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

RAPPORT 2013

soigner & témoigner

MÉDECINS DU MONDE

En 2000, Médecins du Monde (MdM) s'est doté d'un **Observatoire de l'accès aux soins** pour témoigner de l'état de santé et des conditions d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité en France.

L'Observatoire, outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de MdM, est intégré au sein de la Direction des Missions France. En mettant à disposition des équipes de terrain des outils de recueils de données, il contribue ainsi à enrichir les connaissances sur les populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique. Sur la base de ces données objectives, il est alors possible d'interpeller les acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des populations vivant dans la précarité.

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

– des recueils médico-sociaux des Caso et actions mobiles de proximité ;

– des rapports d'activité des programmes ;

– des observations et des témoignages recueillis par les acteurs de terrain, sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes au niveau local.

REMERCIEMENTS :

Nous souhaitons d'abord 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.

RAPPORT ÉCRIT PAR :

– l'équipe de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France – Marielle Chappuis et Anne Tomasino – et les membres de l'équipe de la Direction des Missions France, MdM ;

– Georges Fahet, Étienne Gardiès et Thibaud Bouillie – Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.

AVEC LA COLLABORATION :

– du groupe de santé publique de MdM chargé du suivi de l'Observatoire de l'accès aux soins.

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 2014

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

RÉSUMÉ 7

2013 EN CHIFFRES 11

PARTIE 1. ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO 17

1. **Activité des Caso de 2007 à 2013** 18
2. **Motifs de consultation dans les Caso** 21
3. **Profils des personnes rencontrées dans les Caso en 2013** 22
4. **État de santé et accès à la prévention des personnes rencontrées en 2013** 30
   - 4.1 Les problèmes de santé des patients accueillis en 2013 30
   - 4.2 La couverture vaccinale des patients reçus en consultation dans les Caso 33
   - 4.3 La tuberculose : des difficultés d'accès à la prévention pour les populations précaires 35
   - 4.4 Connaissance des statuts sérologiques vis-à-vis du VIH et des hépatites 36
   - 4.5 Les troubles d'ordre psychologique repérés chez les patients 38
     - • Des populations particulièrement exposées aux violences : des conséquences physiques et psychologiques sur la santé inévitables 39
5. **La santé bucco-dentaire des patients accueillis aux Caso en 2013** 40
   - • Un état de santé bucco-dentaire particulièrement dégradé pour les personnes à la rue ou en habitat précaire 41
6. **L'accès à l'alimentation des personnes en situation précaire dans les Caso** 42
7. **Les difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun pour les personnes reçues dans les Caso** 44
   - 7.1 Les droits à la couverture maladie 44
   - 7.2 Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins en 2013 46
     - • Des caisses primaires qui n'arrivent plus à faire face à leur obligation de service public 47
     - • Le principe de l'adresse déclarative encore rarement appliqué par les caisses de sécurité sociale 48
   - 7.3 Le retard de recours et le renoncement aux soins 51

PARTIE 2. ACTIONS MOBILES VERS LES PLUS EXCLUS 55

1. **La réduction des risques** 56
   - 1.1 La prévention du VIH, des hépatites et des IST 56
     - • Hépatite C : assurer l'accès inconditionnel aux nouveaux traitements 57
     - • Une nécessaire poursuite des stratégies de dépistage à l'aide des Trod du VIH et des hépatites 58
     - • Proposer des solutions innovantes aux usagers de drogues 60
   - 1.2 La réduction des risques auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés 61
     - • Prostitution et pénalisation des clients : les impacts d'une loi contre-productive 62

2. **Aller vers les sans-abri et les mal-logés** 63

3. **Interventions auprès des populations vivant dans des bidonvilles** 66

- Une nécessaire trêve hivernale des expulsions également pour les personnes en squats ou bidonvilles 67
- Un accès à l'eau encore limité pour les personnes en situation de grande précarité en France 69
- La médiation, pour un meilleur accès à la santé des populations précarisées 70

4. **Interventions auprès des migrants en transit** 71

- Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) : une nécessaire harmonisation des pratiques 72
- Comprendre les projets migratoires pour mieux accompagner les migrants et leurs familles 74

PARTIE 3. FOCUS POPULATIONS 75

1. **Mayotte : un *statu quo* intolérable** 76

- Des enfants soignés loin de leurs parents 84

2. **La Guyane : un accès aux droits et aux soins très dégradé** 85

- Une Pass ferme cinq mois en raison d'une épidémie de dengue 86
- La prévention du VIH : développer l'offre de dépistage pour atteindre les plus exclus 89
- L'absence de traçabilité des dossiers à la CGSS pointée par la Cour des comptes 89
- Des barrages policiers qui bloquent l'accès aux soins et aux administrations 90

3. **L'accueil des mineurs accompagnés et des mineurs isolés en France** 92

- L'accueil des mineurs isolés étrangers : des pratiques indignes des services de l'État au vu des engagements internationaux de la France 96

4. **Les femmes en situation de précarité : quel accès au suivi gynécologique et au suivi de grossesse ?** ... 97

- Le dépistage des cancers féminins : moins de recours chez les femmes en situation de précarité 99

5. **Les français et étrangers résidents : quelles difficultés d'accès aux droits et aux soins ?** 100

- L'accès à une complémentaire santé en France : des inégalités qui persistent 102
- La précarité en zone rurale : un manque de propositions innovantes pour répondre à des besoins spécifiques 104

6. **Les demandeurs d'asile : malgré un système « à bout de souffle », une réforme à venir qui inquiète** 105

- Réforme de l'asile : une absence d'ambition pour répondre aux enjeux de l'asile aujourd'hui 109

7. **Les étrangers en situation administrative précaire** 110

- Le droit des étrangers gravement malades vivant en France : pour une réforme protectrice de la santé des personnes 113

BIBLIOGRAPHIE 114

ANNEXES 119

GLOSSAIRE

ACS Aide pour une complémentaire santé
Alur Accès au logement et pour un urbanisme rénové
AME Aide médicale de l'État
ANRS Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ARS Agence régionale de santé
ASE Aide sociale à l'enfance
ATA Allocation temporaire d'attente
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
CCNE Comité consultatif national d'éthique
CDAG Centre de dépistage anonyme et gratuit
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
CHU Centre d'hébergement d'urgence
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
DAL Droit au logement
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
DOM Département d'outre-mer
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 pour les réfugiés
HSH Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Iedom Institut d'émission des départements d'outre-mer
IGA Inspection générale de l'administration
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
Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISM Inter service migrant
IST Infection sexuellement transmissible
InVS Institut de veille sanitaire
LAM Lit d'accueil médicalisé
LDH Ligue des droits de l'homme
LHSS Lit halte soin santé
LSI Loi de sécurité intérieure
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
Ofpra Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS Organisation mondiale de la santé
ONU Organisation des Nations unies
ORS Observatoire régional de la santé
Pada Plateforme d'accueil pour les demandeurs d'asile
Pass Permanence d'accès aux soins de santé
PMI Protection maternelle et infantile
PNNS Plan national nutrition santé
RdR Réduction des risques
RESF Réseau éducation sans frontières
ROR Rougeole-Oreillons-Rubéole
RSA Revenu de solidarité active
Semna Secteur éducatif auprès des mineurs non accompagnés
SSPT Syndrome de stress post-traumatique
Tass Tribunal des affaires de sécurité sociale
Trod Test rapide d'orientation diagnostique
UE Union européenne
VHB Virus de l'hépatite B
VHC Virus de l'hépatite C
VIH Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

→ Aujourd'hui, la pauvreté concerne plus de 3 millions de personnes en France, soit 14,3 % de la population[1]. Depuis 2008, **la part des personnes en situation de précarité ne cesse d'augmenter et les inégalités sociales de santé de s'accentuer. Dans ces conditions, les programmes de Médecins du Monde (MdM) ne désemplissent pas.**

En 2013, 29 960 personnes se sont rendues dans les Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) et plus de 30 000 contacts auprès des publics en situation de grande précarité (personnes vivant à la rue, en squat ou dans des bidonvilles, personnes se prostituant, usagers de drogues, migrants en transit…) ont été réalisés dans le cadre des actions mobiles envers les plus exclus.

Dans la grande majorité des cas, **les personnes rencontrées cumulent difficultés financières et conditions de logement précaires :** 97 % des personnes rencontrées dans les Caso vivent sous le seuil de pauvreté, plus d'un tiers vivent en squat, bidonvilles ou sont sans domicile fixe et 80 % des foyers sont en situation d'insécurité alimentaire pour raison financière.

Bénéficier d'une couverture maladie est ainsi déterminant pour les populations vulnérables. Mais pour de multiples raisons (méconnaissance des droits, complexité des dispositifs, barrière linguistique…), **elles accèdent difficilement au système de soins.** MdM, ainsi que d'autres associations, dénoncent la complexité administrative à laquelle viennent s'ajouter fréquemment des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative, demandes de pièces justificatives non obligatoires…) ou des dysfonctionnements des administrations qui découragent les demandeurs et qui génèrent un retard, voire un renoncement à une prise en charge médicale, menaçant directement leur état de santé : **plus d'un tiers des personnes (36 %) présentent un retard de recours aux soins et 20 % ont même renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois.** Ces indicateurs témoignent des difficultés d'accès aux soins des populations en situation de précarité. Par ailleurs, les seuils imposés pour pouvoir bénéficier de la CMUc, par exemple, bien qu'augmentés sensiblement en juin 2013, excluent encore un grand nombre de personnes qui vivent pourtant sous le seuil de pauvreté[2].

En 2013, les étrangers en situation précaire, qui représentent la grande majorité des patients accueillis par MdM, font toujours face aux stratégies d'une politique migratoire particulièrement répressive qui vise à les dissuader de rester sur le territoire français, quitte à mettre en danger leur vie ou à stigmatiser certaines communautés. Ainsi, **les migrants en situation de transit sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais, les populations en situation irrégulière à Mayotte ou encore les Roms migrants précaires subissent de très fortes pressions ; ce climat d'insécurité permanent aggravant leurs conditions de vie et les éloignant du système de soins.**

L'année 2013 est marquée également par **une augmentation du nombre de mineurs isolés.** Ces jeunes se trouvent bien souvent dans une situation d'impasse face aux dysfonctionnements des services de l'État, en contradiction avec les principes de protection de l'enfance.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, officiellement adopté en janvier 2013, marque la volonté du gouvernement de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Cependant, l'impact concret de ces mesures tarde à se révéler et reste largement insuffisant.

De manière générale, **il y a nécessité à simplifier l'accès aux droits et aux soins.** Des mesures telles que la fusion AME-CMU et le renforcement des Pass et des dispositifs de proximité doivent être envisagées. Elles doivent également être appliquées dans les territoires ultrapériphériques tels que Mayotte ou la Guyane.

Concernant l'hébergement, le gouvernement s'est engagé, entre autres, à mettre fin aux plans saisonniers, ce qui reste encore un effet d'annonce sans traduction concrète dans certaines régions. **MdM souligne l'urgence de mettre fin à la gestion au thermomètre et appelle de nouveau à la mise en place de solutions en nombre suffisant, adaptées à la**

(1) Insee, « Les revenus et le patrimoine des ménages », édition 2014, 136 pages.
(2) Tel est le cas par exemple des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui n'ont pas accès à la CMUc.

diversité des besoins, avec en priorité un accompagnement vers du logement pérenne pour les personnes à la rue. Par ailleurs, depuis quelques années, la France voit resurgir des bidonvilles. Une réalité à laquelle la circulaire du 26 août 2012[3], relative à la prévention des démantèlements de campements illicites, n'a apporté jusqu'à présent que peu de réponses. Au contraire, **l'année 2013 a été caractérisée par une nette recrudescence des expulsions sans solution de relogement,** dont les conséquences en matière de santé ou encore de scolarisation des enfants peuvent être désastreuses. L'annonce, en février 2014, d'une politique de résorption des bidonvilles a été accueillie très favorablement par l'ensemble des acteurs concernés mais, à l'heure où nous rédigeons ce rapport, les associations s'interrogent sur les modalités de sa mise en œuvre et attendent les résultats des premières démarches pilotes. Enfin, dans le contexte particulièrement tendu autour de Calais et de l'accueil des migrants en transit, MdM et d'autres associations portent depuis plusieurs années le projet de Maisons du migrant ou de Maisons de transit[4], qui permettraient aux exilés de passage d'avoir accès aux soins, à des informations sur leurs droits et sur la possibilité de les ouvrir dans des délais raisonnables, et de trouver une réponse à la couverture de leurs besoins fondamentaux.

À l'heure où se discute également une réforme du droit d'asile, MdM et d'autres associations appellent à un renversement de logique, en passant d'une logique de contrôle et de dissuasion à une logique de protection des personnes, dans le respect du droit international et à l'exclusion de toute considération relative à la gestion de l'immigration.

Dans le cadre de la réforme sur l'immigration, **il est également nécessaire de restaurer la protection des étrangers gravement malades dans ses deux volets :** non-expulsion du territoire et droit au séjour des personnes lorsque le traitement nécessaire à leur pathologie n'est pas effectivement accessible dans leur pays d'origine, en revenant aux termes équilibrés de la rédaction de la loi de 1998.

Enfin, depuis plus de vingt ans, MdM est engagé auprès des usagers de drogues et des personnes proposant des services sexuels tarifés dans une démarche de réduction des risques. Il s'agit d'intervenir avec et auprès d'eux, dans le but de leur proposer un accès à des services de santé innovants, adaptés à leurs besoins, tout en travaillant à faire évoluer leur statut social et légal. Le débat autour de l'usage des drogues en France, contraint pendant des années par une politique plus répressive que préventive, a empêché la mise en place de dispositifs adaptés à la prévention de la transmission des hépatites, en particulier de l'hépatite C. **Pourtant, des réponses efficaces peuvent être apportées pour limiter l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues, notamment en autorisant l'ouverture expérimentale de salles de consommation à moindres risques, en légalisant au plus vite l'utilisation de Test rapide d'orientation diagnostique (Trod) pour l'hépatite C et en intégrant dans le droit commun les programmes d'éducation aux risques liés à l'injection (Erli),** dont l'évaluation récente a mis en évidence des résultats très positifs sur les comportements des usagers. **Les associations dénoncent également les prix prohibitifs des nouveaux traitements de l'hépatite C annoncés par les laboratoires, qui ne permettront pas de garantir l'accès à un traitement équitable à tous.**

Deux ans après l'élaboration du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, alors que la crise économique et sociale produit toujours de l'exclusion, et en amont des débats sur la future loi de santé publique, MdM rappelle que la solidarité doit être plus que jamais au cœur de nos politiques publiques. Les autorités doivent tout mettre en œuvre pour que la lutte contre les inégalités fasse écho à la réalité des besoins en assumant une politique sociale ambitieuse en faveur du respect des droits fondamentaux et pour un meilleur accès aux soins de tous.

(3) Circulaire interministérielle du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.
(4) Petites unités d'hébergement de 20 à 40 personnes réparties sur le territoire de la région Nord-Pas-de-Calais.

RÉSUMÉ

→ En 2013, les 20 Caso de Médecins du Monde ont reçu près de 30 000 personnes et réalisé 40 547 consultations médicales, 3 685 consultations dentaires et 14 278 consultations sociales. Par ailleurs, plus de 30 000 contacts[1] ont été réalisés dans le cadre d'actions mobiles envers les plus exclus (personnes vivant à la rue, en squat ou en bidonvilles, personnes se prostituant, usagers de drogues, migrants en transit…).
Si le motif de contact avec l'association reste pour une large part des personnes la demande de soins (84 %), le besoin d'accompagnement social est également très présent (22 %).

ACTIVITÉS DES CASO ET POPULATIONS REÇUES

Qui sont les personnes rencontrées dans les Caso ?

La file active des Caso est jeune (moyenne d'âge 33,3 ans) et composée à 62 % d'hommes. Elle se caractérise par une grande diversité des nationalités (146 nationalités différentes en 2013). Ainsi, plus de 95 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (27,4 % des patients), du Maghreb (26,5 %) et d'Union européenne (14,7 %). Plus d'un tiers (38 %) des étrangers reçus sont des primo-arrivants[2] et 34,4 % sont concernés par une demande d'asile[3].
Près de 90 % des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont accueillies pour la première fois dans un Caso, alors que près des trois quarts consultants pourraient théoriquement en bénéficier.

Un isolement familial important et des conditions de vie dégradées…
Seulement un quart des personnes reçues dans les Caso en 2013 ont déclaré vivre en couple. Lorsqu'elles ont des enfants, la plupart des personnes (60,1 %) sont séparées d'au moins l'un d'entre eux.
Les personnes rencontrées connaissent pour la quasi-totalité d'entre elles d'importantes difficultés de logement : seules 8 % disposent d'un logement personnel lorsqu'elles se présentent la première fois au Caso, 59,3 % sont hébergées, 13,5 % vivent en squat ou dans un bidonville et, enfin, 19,1 % sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence.

On constate une augmentation de la part des personnes sans domicile fixe au cours de la dernière année, mettant en évidence une dégradation des conditions de vie et, encore et toujours, l'insuffisance des capacités d'hébergement… Les demandeurs d'asile ne sont pas épargnés par ces difficultés dans la mesure où seuls 3 sur 10 sont hébergés par un organisme ou une association et 29 % sont à la rue. Chacun s'accordant à constater que le système de l'asile est aujourd'hui « à bout de souffle », **les associations demandent une réforme de l'asile en profondeur dont l'objectif est la protection des réfugiés pour permettre à la France de remédier aux graves et nombreux dysfonctionnements de son système d'asile dans le respect des obligations internationales.**
L'année 2013 est marquée également par une augmentation du nombre de mineurs isolés accueillis dans les Caso (leur nombre a été multiplié par 4, passant de 64 en 2011 à 263 en 2013). Cette hausse s'explique en partie par les difficultés accrues pour ces jeunes à obtenir une prise en charge par les services dédiés. Faute de protection, ils sont forcés de se tourner vers les associations. Ces jeunes se trouvent bien souvent dans une situation d'impasse face aux dysfonctionnements des services de l'État ; situation qui peut avoir des répercussions dramatiques sur leur devenir, en contradiction avec les principes de protection de l'enfance.

MdM souligne l'urgence de mettre fin à la gestion au thermomètre et appelle de nouveau à la mise en place de solutions d'accueil et d'hébergement en nombre suffisant, adaptées à la diversité des besoins de tous les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion, avec une priorité à l'accompagnement vers du logement pérenne.

(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) Les primo-arrivants désignent les personnes présentes en France depuis moins de trois mois.
(3) Sont concernées par une demande d'asile les personnes qui ont ou qui souhaitent déposer une demande. Les demandeurs d'asile en cours de procédure représentent 7,5 % de l'ensemble des patients.

Une très grande précarité financière et des difficultés d'accès à l'alimentation particulièrement importantes

En 2013, moins d'un quart des personnes accueillies exercent une activité professionnelle, que celle-ci soit déclarée ou non, et seules 10 % ont indiqué percevoir des ressources officielles. En conséquence, la situation financière de la population fréquentant les Caso est extrêmement précaire, avec 97 % des personnes qui se retrouvent en deçà du seuil de pauvreté et parmi elles 27 % qui ne disposent d'aucunes ressources pour vivre.
Dans ces conditions, il est particulièrement difficile de disposer d'une alimentation suffisante, saine et équilibrée. Selon une étude réalisée dans 7 Caso en 2014, 80 % des foyers fréquentant les Caso sont en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières. La simplification des repas et les restrictions alimentaires qui laissent place à la faim, voire à la privation absolue de nourriture, se traduisent assez rapidement par un amaigrissement ; puis dans un deuxième temps apparaissent à l'inverse des problèmes de surpoids, voire d'obésité et des pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires…) en raison d'une alimentation inadaptée. Plus de 3 personnes sur 10 présentent au jour de l'enquête une pathologie chronique ou aiguë en lien possible avec une mauvaise alimentation.
Face à ces constats il est urgent de **développer des dispositifs d'aide alimentaire adaptés et ouverts tout au long de l'année afin de permettre aux populations précaires d'accéder à une alimentation saine et équilibrée ; d'agir sur les déterminants sous-jacents de la malnutrition (accès au logement, aide financière…) et de mener des actions de prévention et de promotion de la santé ciblées auprès de ces populations.**

Quels sont les problèmes de santé rencontrés par les patients ?

Des pathologies chroniques pour près de 6 patients sur 10

Les pathologies les plus fréquentes parmi les personnes consultant dans les Caso sont avant tout respiratoires (27 % des patients), digestives (26 %), ostéoarticulaires (20 %) et dermatologiques (16 %). Force est de constater que près de 6 patients sur 10 présentent une pathologie chronique, (nécessitant un suivi ou un traitement dans 80 % des cas), mais seuls 19 % étaient suivis pour leur affection avant de s'adresser au Caso.
Certaines pathologies peuvent devenir potentiellement graves en l'absence de prise en charge régulière et adaptée. **Cela soulève la question des modalités de leur prise en charge dans un contexte où la plupart des patients ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions de précarité extrêmes.**

Des besoins en santé mentale importants

Des troubles de santé mentale ont été repérés pour 11 % des consultants des Caso en 2013. Les troubles anxieux ou les syndromes dépressifs sont les plus fréquents. Ces troubles sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. On constate une majoration des troubles d'ordre psychologique pour les demandeurs d'asile et les personnes ayant déclaré être exposées à des situations de violences.
La précarité sociale et administrative et la barrière de la langue auxquelles sont confrontés les migrants précaires constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale.
Il convient d'offrir à ces populations des lieux spécifiques, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie, leur permettant d'exprimer dans leur langue leurs souffrances. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, EMPP, CMP…) doivent être développés, renforcés et adaptés aux populations précaires et/ou migrantes.

Quel accès à la prévention et aux dépistages pour les populations rencontrées ?

Une moindre couverture vaccinale

La vaccination est l'un des fondements essentiels de la prévention en santé et doit être accessible à tous. Or les couvertures vaccinales des populations rencontrées dans les Caso ou lors des actions dans les bidonvilles, par exemple, restent très inférieures aux recommandations nationales fixées dans le Plan de santé publique – un tiers des mineurs ne sont pas à jour de leur vaccination – et mettent en évidence des besoins importants. Si l'on observe une amélioration des couvertures vaccinales avec la durée de séjour en France, suggérant un phénomène de rattrapage avec le temps, on constate par ailleurs que les conditions de logement sont significativement associées à l'accès à la vaccination : ainsi, les enfants vivant dans des logements précaires (squat, bidonvilles) ou sans logement ont une plus faible probabilité d'être « à jour » de leurs vaccins que les autres enfants. Ce résultat met en évidence l'éloignement du système de soins et de l'accès à la prévention pour ces personnes.

Un état bucco-dentaire particulièrement dégradé

L'état bucco-dentaire des patients examinés en 2013 est particulièrement dégradé avec un nombre moyen de dents cariées qui s'élève à 3,1 parmi les patients des Caso, contre 1,2 en population générale. Les études indiquent que ce sont les soins dentaires auxquels les adultes renoncent le plus[4]. Bien souvent, le renoncement aux soins est d'autant plus fréquent que l'état de santé est dégradé[5]. Or il est reconnu qu'à long terme l'absence de consultation dentaire et la mauvaise

(4) *Despres 2011*
(5) *Azogui-Lévy 2005*

santé bucco-dentaire qui en découle peuvent avoir des répercussions graves sur l'état de santé général, physique comme psychologique des personnes.
Pour ces populations, **la prévention bucco-dentaire doit être intégrée dans une démarche de prévention globale. Le dispositif des Pass dentaire, entre autres, doit être renforcé pour permettre une meilleure prise en charge de ces publics.**

■ Le VIH et les hépatites : une nécessaire intensification des dépistages
En 2013, plus des deux tiers des personnes reçues dans les Caso ne connaissent pas leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH. Ces résultats doivent inciter à proposer des dépistages de façon beaucoup plus systématique de ces maladies infectieuses et des IST.
L'usage des Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et du VHC constitue, à ce titre, un outil complémentaire aux dépistages classiques et une nouvelle opportunité de dépistage pour les personnes exclues du système classique de dépistage, de soins et d'information.

Quelles sont les difficultés d'accès aux droits et aux soins ?

■ La complexité du droit français et des dispositifs existants : premier obstacle à l'accès aux droits
Les patients sont confrontés à de nombreuses difficultés pour faire valoir leurs droits à une couverture maladie. Les obstacles rencontrés sont essentiellement liés à la complexité de la législation en vigueur, à laquelle s'ajoutent fréquemment des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative, demandes de pièces justificatives non obligatoires…) ou des dysfonctionnements des administrations. MdM, ainsi que d'autres associations, dénoncent ces pratiques, qui découragent les demandeurs et qui génèrent un retard, voire un renoncement, à une prise en charge médicale, menaçant directement leur état de santé.
MdM demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. Des mesures doivent également être appliquées sur les territoires ultrapériphériques tels que Mayotte, Saint-Denis de La Réunion ou la Guyane.

■ La barrière de la langue et la peur de se déplacer : obstacles supplémentaires pour les migrants en situation administrative précaire
Pour les étrangers, la barrière de la langue, la peur de se déplacer et la complexité du droit en matière d'immigration viennent s'ajouter à la complexité des démarches et multiplient les obstacles à l'ouverture des droits. **Ce constat met en lumière l'importance de l'accompagnement et de la médiation sanitaire et la nécessité de développer le recours à l'interprétariat professionnel au sein de toutes les structures intervenant dans le champ de la santé et de l'accès aux droits.**

Des conditions qui génèrent un retard de recours aux soins pour un tiers des patients

En 2013, un retard de recours aux soins a été constaté pour 36 % des consultants dans les Caso et 30 % des enfants ayant consulté dans le centre pédiatrique de Mayotte. Par ailleurs, plus d'un patient sur 5 a déclaré avoir renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois en métropole comme à Mayotte ou en Guyane. Ainsi, le renoncement aux soins reste particulièrement fréquent et met en évidence les limites et dysfonctionnements des dispositifs existants. Le renoncement aux soins est fortement associé à l'absence de couverture maladie. Ce résultat souligne le rôle décisif de l'assurance maladie et l'étendue de la couverture. Si la généralisation de l'accès à la complémentaire santé est au cœur de la stratégie nationale de santé présentée fin 2013, les associations rappellent la nécessité de revaloriser le panier de soins de la CMUc (notamment sur l'optique, les prothèses auditives et les soins dentaires) ainsi que les seuils d'attribution (au moins à la hauteur du seuil de pauvreté).
Elles réclament la fusion de l'AME dans le dispositif CMU, pour un accès aux soins plus simple et moins stigmatisant, seule garantie d'une politique de santé publique efficace.
Mayotte fait une nouvelle fois figure d'exception dans ce paysage, dans la mesure où, depuis 2005, un système spécifique de Sécurité sociale a été mis en vigueur, sans CMU, CMUc ni AME, et disponible aux seuls Français et étrangers en situation régulière. Ce système exclut un quart de la population insulaire de toute protection maladie.

LES ACTIONS MOBILES VERS LES PLUS EXCLUS

Les actions de proximité s'adressent aux personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas faire la démarche de venir elles-mêmes dans des structures fixes telles que les personnes à la rue, en squats ou dans des bidonvilles, les migrants en transit, les usagers de drogues ou les personnes proposant des services sexuels tarifés. L'objectif est *d'aller vers* et de *travailler* avec les personnes concernées pour une meilleure prise en compte de leurs difficultés et de leurs besoins.

La réduction des risques : proposer des solutions innovantes aux usagers de drogues

Afin de limiter et de prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de produits, MdM a mis en place plusieurs programmes auprès des usagers de drogues et milite pour que les autorités publiques s'engagent dans des stratégies d'intervention innovantes auprès de ces publics. En effet, la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues reste insuffisante en France au regard de l'épidémie d'hépatite C, qui continue de sévir alors que **des réponses efficaces peuvent être proposées, telles que des actions d'éducation aux**

risques liées à l'injection (Erli) ou la mise en place de salle de consommation à moindres risques dont les bénéfices sur la morbidité associée au VIH et au VHC ont été largement démontrés.

Aller vers les sans-abri et les mal-logés

De nombreuses personnes malades à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit

En 2013, plus de 18 000 contacts avec des personnes à la rue ont été réalisés par les équipes. Une enquête menée au cours de l'hiver révèle que près d'un tiers (31 %) des personnes sans abri souffrent d'un problème de santé. Les conditions de vie extrêmement précaires exposent ces populations à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent alors souvent le seul recours pour ces patients, alors qu'ils pourraient bénéficier du dispositif spécifique des Lits haltes soins santé (LHSS), aujourd'hui saturé.

Le développement des LHSS, des Lits d'accueil médicalisés (LAM[6]) et une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existants permettraient le désengorgement du dispositif.

L'année 2013 caractérisée par une recrudescence des expulsions sans solution de relogement

Dans le contexte de pénurie de logements, la France voit resurgir depuis quelques années des bidonvilles. Face à cette réalité, MdM intervient auprès des Roms vivant dans des bidonvilles afin de les accompagner dans leurs démarches d'accès effectif aux dispositifs de prévention et de soins et de lutter contre leur stigmatisation. Plus de 10 000 contacts ont été réalisés au cours de l'année.

L'année 2013 a été caractérisée par une nette recrudescence des expulsions sans solution de relogement. S'apparentant plus souvent à un recensement des populations plutôt qu'à un réel travail d'insertion (comme demandé dans le cadre de la circulaire du 26 août 2012 relative à la prévention des démantèlements de campements illicites), **les associations alertent sur les conséquences désastreuses de ces expulsions à répétition, en matière de santé ou encore de scolarisation des enfants, et dénoncent les discriminations et les lacunes du cadre juridique national dont sont victimes les Roms migrants en France.** La destruction continuelle et intensive des bidonvilles ne fait que rendre les difficultés des familles qui y vivent encore plus compliquées.

Le lancement d'une mission nationale pour résorber les bidonvilles début 2014, dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne, a été accueilli très favorablement et les associations demandent que des mesures concrètes soient mises en œuvre rapidement.

Un contexte répressif et législatif qui éloigne les migrants précaires des structures de santé

Le cas des migrants en transit dans le Nord-Pas-de-Calais

Depuis les années 1990, de nombreux migrants fuyants leur pays affluent sur le littoral de la région Nord-Pas-de-Calais dans le but de rejoindre l'Angleterre. Au cours de l'année 2013, 3 970 contacts ont été effectués avec ces populations autour de Dunkerque et environ 1 800 à Calais.

Ces personnes connaissent des conditions de vie particulièrement difficiles et fortement préjudiciables à leur santé (promiscuité, absence de point d'eau, aucune gestion de déchets…), aggravées par les pressions et harcèlements des forces de police qui précarisent des personnes déjà en situation de très grande vulnérabilité. Comme l'a recommandé récemment le Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR), **la France doit assurer des conditions d'accueil dignes et rechercher activement tous les moyens qui peuvent fournir protection et sécurité aux personnes fuyant un conflit dans leur pays.**

Le cas des personnes proposant des services sexuels tarifés

Le contexte répressif français touche également les personnes proposant des services sexuels tarifés. Ces personnes sont la plupart du temps dans des situations de grande précarité sociale et vivent dans des logiques de survie au quotidien. Étant pour la plupart ressortissantes étrangères, elles se heurtent aux difficultés de tout migrant pour accéder aux droits et aux soins en France. Par ailleurs, les débats actuels sur la proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel en France viennent nuire aux personnes proposant des services sexuels tarifés et au travail des équipes sur le terrain. **MdM s'oppose à la possible pénalisation des clients qui engendrerait des conditions de vie, d'accès aux droits et aux soins des personnes proposant des services sexuels tarifés encore plus difficiles.**

(6) Les LAM ont été mis en place comme relais des LHSS pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés.

© Régis Dondain

© Véronique Burger / Phanie

© Marine Lebrun

© Cyrille Girard

© Olivier Borson

© Sarah Alcalay

2013
EN CHIFFRES

En 2013, les 20 Caso ont reçu 29 960 personnes différentes et assuré 40 547 consultations médicales, 6 685 consultations dentaires et 14 000 consultations sociales par un travailleur social ou un accueillant social. ■

2013 EN CHIFFRES

CRÉÉE EN 1986,
LA MISSION FRANCE
AGIT AUJOURD'HUI DANS

→ 32 **villes** au travers de :

70 **programmes** menés par
1 979 **bénévoles** et
87 **salariés** (79 équivalents temps plein)

→ 20 **Centres** d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ont accueilli :

29 960 **personnes** différentes, dont **3 760 mineurs,** lors de
63 480 **passages,** dont **40 547 consultations médicales et 3 685 consultations dentaires**

PARMI **LES PERSONNES**
CONSULTANT DANS LES CASO[1]

62,0 % sont des **hommes**
12,7 % sont des **mineurs**
94,5 % sont **étrangers**
13,5 % vivent **en squat ou bidonville** et
19,1 % sont **sans domicile fixe**
97,0 % vivent **sous le seuil de pauvreté**
37,9 % des **étrangers** sont en France depuis **moins de trois mois**
7,5 % des étrangers sont en **demande d'asile** et
53,0 % sont **sans autorisation de séjour**
87,8 % n'ont **aucuns droits ouverts à l'assurance maladie**
36,0 % présentent un **retard de recours aux soins**

→ 1 **centre de soins pédiatriques à Mayotte** ayant enregistré
- 2 060 consultations médicales pour 1 276 enfants

→ 35 **actions mobiles** ayant effectué
- plus de 35 000 contacts[2] auprès des personnes non ou mal logées, des personnes vivant dans des bidonvilles, des gens du voyage, des migrants en transit

→ 12 **programmes de réduction des risques (RdR)**
auprès des usagers de drogues ou des personnes proposant des services sexuels tarifés
- Plus de 11 000 contacts en milieu festif et 1 300 dans les squats bayonnais, marseillais et franciliens
- 120 bénéficiaires du programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (Erli) basé en Île-de-France
- 340 échantillons (toutes drogues confondues) analysés dans le cadre du programme XBT
- Plus de 30 000 contacts avec des personnes proposant des services sexuels tarifés

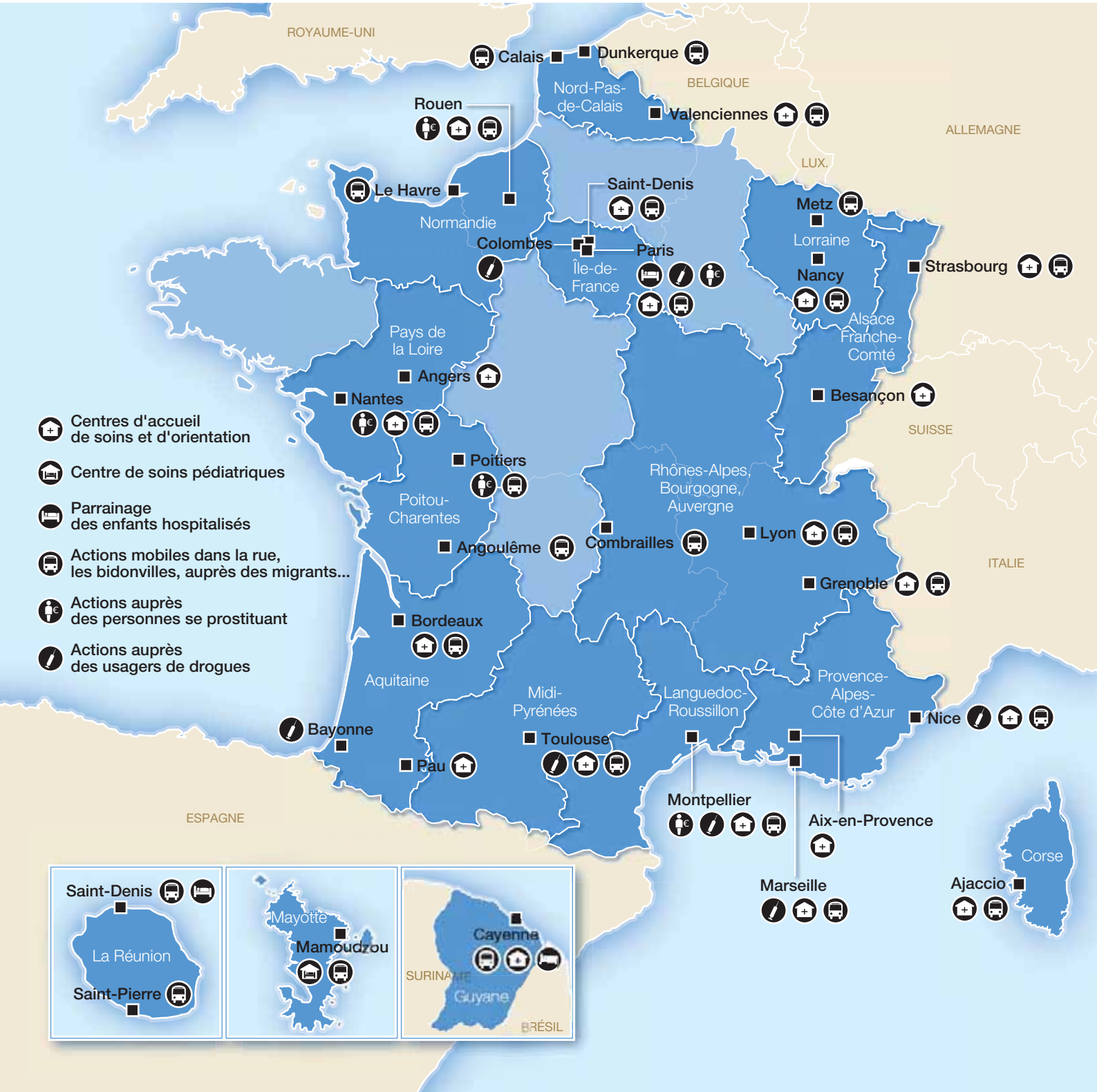
→ 1 **programme de parrainage pour des enfants hospitalisés**
- 145 parrainages

→ 1 **programme transversal « Prévention du VIH, des hépatites, IST et de la tuberculose »**

(1) Il s'agit de la situation de la file active lors de sa 1re visite au Caso, en 2013.
(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.

LA MISSION FRANCE
ET SA DIVERSITÉ EN 2013

→ En 2013, la Mission France compte 70 programmes menés dans 32 villes



Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association ouvre, à Paris, un centre de soins gratuits pour les plus démunis avec la volonté de fermer le programme dans les six mois et d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion.
Près de trente ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et ont incité MdM à développer des programmes nationaux sous la forme de centres de santé (Caso) mais également d'actions mobiles de proximité. Ces programmes sont portés par des salariés et près de 2 000 bénévoles.

Les Centres d'accueil, de soins et d'orientation

2013

29 960	bénéficiaires
40 547	consultations médicales
3 685	consultations dentaires
14 000	consultations sociales

Au nombre de 20, les **Caso** assurent un accès aux soins pour les personnes vulnérables exclues du système de santé français. Ce sont des structures « à bas seuil d'exigence » qui accueillent le public sans condition et hors rendez-vous. Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des prises en charge adaptées, les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun, assurent les orientations nécessaires.
En plus des consultations de médecine générale proposées par l'ensemble des Caso, certains centres dispensent également des consultations de spécialistes (gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie, soins dentaires...), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers…), avec des psychologues ou des psychiatres et des entretiens avec des travailleurs sociaux. Certains Caso réalisent également des actions de prévention individuelles ou collectives pour lutter contre le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose.
Dans quelques Caso, des actions spécifiques d'accompagnement des étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raisons médicales ont été mises en place en partenariat avec des associations œuvrant dans le domaine juridique.

Le centre de soins pédiatriques

2013

1 276	bénéficiaires
2 060	consultations médicales

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

Les actions de proximité

2013 Nombre de contacts[3] :

30 000	avec des personnes se prostituant
18 000	avec des personnes non ou mal logées
10 000	avec des personnes dans des bidonvilles
3 300	avec des migrants en transit
4 000	avec des gens du voyage
13 000	avec des usagers de drogues

Ces missions de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller vers des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas 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 les 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 face à l'hygiène, difficultés d'observance des traitements médicamenteux, problèmes d'addiction ou de santé mentale… Par ailleurs, MdM assure, **auprès des populations vivant dans des bidonvilles,** une veille sanitaire (consultations médicales, pédiatriques, vaccination, suivi périnatal…), oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit

(3) 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.

commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions d'hygiène sur les terrains.

Les actions de proximité **auprès des usagers de produits psychoactifs** ont pour objectif d'aller au-devant des personnes pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En 2013, quatre missions Rave sont intervenues en milieu festif et urbain (Bayonne, Méditerranée, Montpellier et Toulouse) et trois programmes ont été menés dans des squats à Bayonne, Marseille et en Île-de-France ; soit au total plus de 1 300 contacts. Ces programmes disposent d'un pôle d'analyse de drogues avec le soutien de la mission transversale XBT. Celle-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs consommés sur les lieux d'usage. Les produits sont analysés sur place (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire. En 2013, 340 échantillons (toutes drogues confondues) ont été collectés, documentés et analysés par la mission. Par ailleurs, le programme d'éducation aux risques liés à l'injection (Erli) basé en Île-de-France totalise une file active de 120 personnes. Son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en proposant une approche éducative individuelle lors de séances où l'usager s'injecte son produit habituel sur la base d'un protocole explicite.

Enfin, depuis 1999, MdM intervient **auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés** dans cinq 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 et aux IST et sur les droits des personnes. Deux équipes proposent également des permanences en lieu fixe afin d'effectuer un suivi plus individuel.

→ Programme de parrainage pour des enfants hospitalisés

2013

145 parrainages

De nombreux enfants, souvent de milieux défavorisés, venant de France et du monde entier, sont régulièrement hospitalisés dans les établissements de la région parisienne pour des pathologies qui ne peuvent être traitées près de chez eux. Depuis 1988, un programme de parrainage pour des enfants hospitalisés a été développé dans les hôpitaux d'Île-de-France, de Guyane et de 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, des IST et de la tuberculose »

2013

18 programmes impliqués
28 000 personnes concernées

MdM a mis en place un programme de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès aux dépistages et de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies sur les programmes. Les objectifs spécifiques sont : délivrer des messages de prévention, en les adaptant à la population reçue à MdM ; 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.

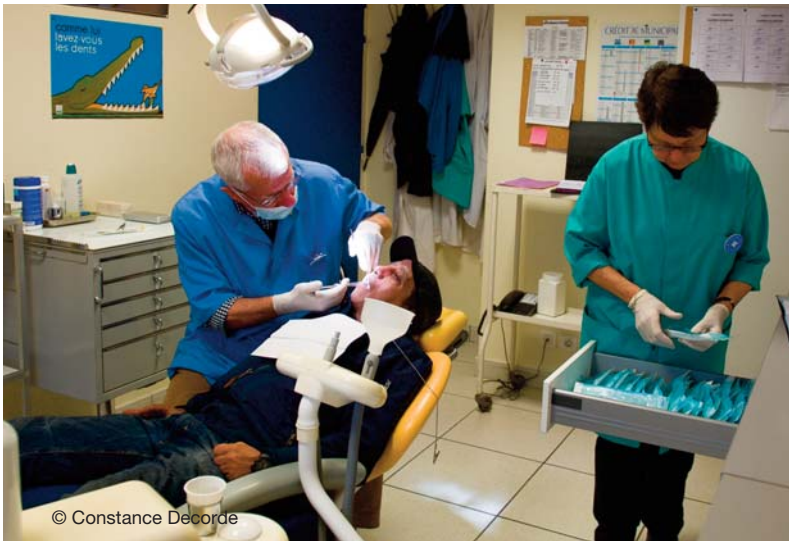
© Jérôme Sessini / Magnum photos pour MdM

© Véronique Burger / Phanie

© Benoît Guenot

© Lahcène Abib / MdM

© Véronique Burger / Phanie


© Constance Decorde

PARTIE 1

ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO

PARTIE 1

1. Activité des Caso de 2007 à 2013

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, les Caso ont reçu 29 960 personnes et ont enregistré 63 480 passages.**
- **40 547 consultations médicales et 3 685 consultations dentaires ont été délivrées. L'activité des Caso marque un léger fléchissement par rapport à 2012.**
- **Plus de 32 000 entretiens sociaux ont été réalisés, dont 42 % par des travailleurs sociaux.**
- **Plus de 18 000 examens complémentaires et actions de dépistage ont été proposés, concernant 27 % des consultants.**

Le Caso est une structure qui offre un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux soins en France. Cette structure constitue un lieu de recours aux soins et d'accès aux droits pour les personnes en grande difficulté et/ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir. À l'origine, les Caso ont été créés pour pallier le manque de structures œuvrant auprès des populations les plus démunies. Entre 1986 et 2000, 32 Caso ont été ouverts. Grâce aux différentes réformes qui sont intervenues à partir de 1998 et ont modifié de manière substantielle le paysage institutionnel, certains Caso ont pu fermer au fil des années[4]. Ainsi, depuis 2012, l'association compte 20 Caso.

Un léger fléchissement de l'activité globale des Caso en 2013

En 2013, ces Caso ont reçu 29 960 personnes et ont enregistré 63 480 passages[5]. Depuis 2008, l'activité des Caso est orientée globalement à la hausse, comme en témoigne le nombre de passages, qui a progressé de près de 17 %, et la file active[6] qui a augmenté de 21 % sur la période 2008-2013. Toutefois, entre 2012 et 2013, l'activité des Caso affiche une légère baisse. En effet, si le nombre de passages est resté stable, la file active a diminué de 2 %, le nombre de personnes reçues en consultation médicale et en consultation dentaire a diminué respectivement de 1,5 % et 4 % *(tableau 1)*. Cette évolution est en partie liée aux modalités d'accueil de certains Caso qui, devant une affluence toujours plus importante et des ressources identiques, ont dû fixer des critères à l'entrée dans le Caso : ainsi, les personnes disposant de droits (AME, CMU…) se voient désormais orientées systématiquement vers les dispositifs de droit commun sans bénéficier de consultation médicale dans certains Caso.

Sur l'année, les personnes ont consulté en moyenne 1,8 fois un médecin et 2,2 fois un dentiste *(tableau 2)*. **Le nombre moyen de consultations par patient, relativement faible, illustre la volonté pour les équipes de MdM de ne pas s'engager dans une démarche de suivi médical et d'orienter au maximum les personnes vers le système de droit commun.**

Plus de 32 000 interventions et entretiens ont été réalisés par différents professionnels : dans plus de 4 cas sur 10, ces interventions sont réalisées par des travailleurs sociaux, dans 2 cas sur 10 par des professionnels paramédicaux et dans 1 cas sur 10 par des psychologues. Ces entretiens permettent en général aux travailleurs sociaux de faire le point sur la situation sociale des personnes venant au Caso et de les aider et/ou de les accompagner dans leurs démarches d'ouverture de droits, de régularisation…

(4) La fermeture des Caso est possible lorsque les dispositifs socio-sanitaires sont fonctionnels et prennent le relais.
(5) Il s'agit de tous les types de consultations possibles (consultations médicales, sociales, entretiens de prévention…).
(6) La file active est le nombre total de personnes différentes rencontrées au cours de l'année.

Tableau 1 : Activités des Caso de 2000 à 2013

	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	Nb moyen de consultations par patient	Nb de consultations	Nb de patients	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

Nb : nombre ; nd : non disponible.
* toutes consultations confondues (consultations médicales, paramédicales, dentaires, entretiens sociaux…).

En 2013, plus de 18 000 examens complémentaires ou dépistages[7] ont été proposés à l'issue des consultations médicales, pour plus d'un quart des patients *(tableau 3)*. Plus de 17 % des patients se sont vu proposer un dépistage pour une maladie infectieuse (VIH, hépatites ou autres IST) et 20 % des examens complémentaires, principalement des radiographies pulmonaires dans le cadre du dépistage de la tuberculose ou encore d'autres examens de laboratoire. **Ces chiffres traduisent le travail important d'information, de sensibilisation et de prévention réalisé par les professionnels auprès des personnes accueillies.**

Ces examens sont réalisés par des structures externes à MdM. Ainsi, à l'issue des consultations, près de 1 patient sur 4 s'est vu proposer une orientation externe vers un dispositif de prise en charge de droit commun tel que les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), les services de Protection maternelle et infantile (PMI), les centres de vaccination, de dépistage…

Tableau 2 : Consultations et entretiens délivrés dans les Caso, 2013

Consultations	Nombre de consultations	Nombre de patients différents[1]	Nombre moyen de consultations par patient
Consultations médicales	**40 547**	**22 827**	**1,8**
dont Médecins généralistes	*37 728*	*22 289*	*1,7*
Médecins spécialistes	*2 819*	*1 708*	*1,7*
Consultations dentaires[2]	**3 685**	**1 696**	**2,2**
Interventions & entretiens	**32 344**	**15 767**	
dont Travailleur social	14 278	8 933	1,6
Entretien avec accueillant	6 995	4 162	1,7
Infirmier(ère)	4 511	3 543	1,3
Psychologue	2 295	583	3,9
Autres[3]	4 265	3 083	1,4

[1] Un même patient a pu consulter plusieurs professionnels différents. C'est pourquoi la somme des patients par entretien ou consultation n'est pas égale au total des patients reçus.
[2] Seuls 8 Caso proposent des consultations dentaires (Nice, Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Marseille, Nancy, Rouen, Toulouse).
[3] Les entretiens de prévention et les consultations de podologue, opticien, ophtalmologiste, sage-femme ont été regroupés dans « Autres ».

Tableau 3 : Dépistages, examens complémentaires et orientations proposés à l'issue des consultations, 2013

	% de patients	Nombre de patients concernés	Nombre d'examens ou orientations proposés
Dépistage(s) ou examen(s)	27,1	6 180	18 259
dont…			
Dépistages maladies infectieuses	17,3	3 953	12 181
Examens complémentaires	20,1	4 585	6 078
Orientation externe[1]	23,1	5 269	5 638
Orientation interne	7,6	1 731	1 952
Orientation pour régularisation pour raison médicale	0,7	159	173
Autre orientation	3,1	702	727

[1] Vers structures et/ou professionnels de santé.

(7) Tous types de dépistages confondus (maladies infectieuses, cancers…).

2. Motifs de consultation dans les Caso

LES POINTS ESSENTIELS

- **Au cours de l'année 2013, près de 30 000 personnes différentes ont été reçues dans les Caso. Pour plus des trois quarts d'entre elles, il s'agissait du premier contact avec MdM.**
- **7 personnes sur 10 s'adressent au Caso sans orientation préalable par un partenaire institutionnel ou associatif.**
- **84 % des personnes se présentent pour un problème de santé, 22 % viennent pour une demande d'ordre social, administratif ou juridique.**

En 2013, la file active des 20 Caso atteint 29 960 personnes. Parmi elles, 76 % se sont adressées aux Caso pour la première fois au cours de l'année 2013, 13 % étaient connues depuis 2012 et 11 % depuis plus de deux ans.
Dans la majorité des cas (7 fois sur 10), les personnes s'adressent au Caso sans orientation préalable par un partenaire institutionnel ou associatif ; seul un quart des patients est orienté par une institution administrative ou sociale ou une association. Les patients français ainsi que les consultants les plus jeunes (moins de 20 ans) sont plus souvent orientés vers le Caso par une institution ou une association alors que les ressortissants étrangers s'adressent plus fréquemment au Caso sans orientation préalable et ce d'autant plus qu'ils séjournent en France depuis peu (moins de trois mois). Force est de constater que **5 % des patients sont orientés par des structures de soins susceptibles, la plupart du temps, d'assurer elles-mêmes les soins ou la prise en charge sociale.**
La demande exprimée par près de 84 % des personnes s'adressant aux Caso concerne un problème de santé et 2 fois sur 10 environ une question administrative, juridique ou sociale *(tableau 4).*
Les motifs de recours liés à un problème de santé concernent plus fréquemment les patients des classes d'âge extrêmes (moins de 20 ans et 60 ans et plus), les Français, ainsi que les nouveaux patients non connus des Caso les années précédentes. Inversement, le recours pour des motifs administratifs est plus souvent le fait des ressortissants étrangers et est tout particulièrement fréquent parmi les anciens patients.
Le recours au Caso reste donc le plus souvent lié à un besoin de soins qui n'est pas pris en charge ailleurs et dans un second temps, à un soutien social pour des personnes qui connaissent des difficultés durables d'accès aux droits.

Tableau 4 : Motifs de recours au Caso exprimés par les personnes lors de leur première visite, 2013

(plusieurs réponses possibles[1])	%	n
Besoin de « santé »	83,7	23 217
Besoin d'un accompagnement social, administratif ou juridique	22,0	6 103
Autres motifs	4,1	1 126

Taux de réponse : 92,6 %.
[1] Les personnes peuvent consulter pour plusieurs motifs, ce qui explique que le total soit > 100 %.

> *Monsieur B., d'origine polonaise, et connu du Caso depuis mai 2013 pour des problèmes d'addictions à l'alcool, avait été orienté vers le service d'addictologie de l'hôpital Saint-André à l'issue d'une consultation avec un psychiatre. En août 2013, il demande à rencontrer l'assistante sociale du Caso : Monsieur B. déclare alors être sous traitement et sobre depuis plusieurs mois. Il est hébergé par une amie, explique les nombreuses démarches entreprises et montre une réelle envie de s'en sortir. Du fait de sa fragilité psychologique et de la détermination dont il fait preuve, l'assistante sociale décide de l'accompagner dans ses démarches (recherche de financements pour le renouvellement de son passeport, recherche de colis alimentaires, inscription à Pôle Emploi, renouvellement de l'AME…). En janvier 2014, Monsieur B. obtient enfin son passeport lui permettant une inscription à Pôle Emploi, l'obtention de la carte de bus gratuite auprès du CCAS de Bordeaux, ainsi que la carte Sésame auprès du conseil général (chéquier de 24 voyages en TER ou bus en Aquitaine). Depuis, Monsieur B. consulte les offres d'emploi régulièrement et postule spontanément dans divers restaurants. Il espère trouver rapidement un travail afin de régulariser sa situation sur le territoire français."* [Caso de Bordeaux]

PARTIE 1

3. Profils des personnes rencontrées dans les Caso en 2013

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, 62 % des personnes accueillies sont des hommes.**
- **La moyenne d'âge des consultants est de 33 ans ; environ 13 % des patients sont mineurs.**
- **Près de 95 % des personnes reçues sont de nationalité étrangère. Les groupes continentaux les plus représentés sont l'Afrique subsaharienne, l'Union européenne et le Maghreb.**
- **Plus d'un tiers des patients étrangers séjournent en France depuis moins de trois mois.**
- **Seules 8 % des personnes disposent d'un logement personnel, 59 % sont hébergées, 14 % occupent un logement précaire (squat, campement…) et 19 % sont sans domicile fixe.**
- **97 % des personnes vivent sous le seuil de pauvreté ; 27 % n'ont aucunes ressources financières.**

Une population particulièrement jeune…

Parmi les personnes reçues dans les Caso, 62 % sont des hommes *(tableau 5)*. On constate depuis 2007 une représentation de plus en plus faible des femmes dans la file active des Caso : leur part passe de 44 % en 2007 à 38 % en 2013.
En revanche, depuis 2007, la structure par âge de la file active des Caso reste relativement stable *(tableau 5)*. La moyenne d'âge des patients est de 33,3 ans, sans variation significative selon le sexe ou la nationalité. La file active des Caso est donc particulièrement jeune, avec une forte représentation de la classe d'âge des 24-39 ans, qui regroupe quasiment un consultant sur deux *(tableau 6)*. On constate toutefois **une augmentation importante de la part des mineurs, passant d'environ 9 % en 2007 à près de 13 % en 2013** (voir le chapitre consacré aux mineurs page 92).

Tableau 6 : Répartition par âge des personnes reçues dans les Caso, 2013

Classes d'âge	%	n
Moins de 18 ans	12,7	3 760
18-23 ans	9,9	2 920
24-29 ans	19,2	5 667
30-39 ans	27,4	8 104
40-49 ans	16,2	4 784
50-59 ans	8,8	2 615
60 ans et plus	5,8	1 704
Total	**100,0**	**29 554**

Taux de réponse : 98,6 %.

Tableau 5 : Évolution des caractéristiques des personnes reçues dans les Caso de 2007 à 2013

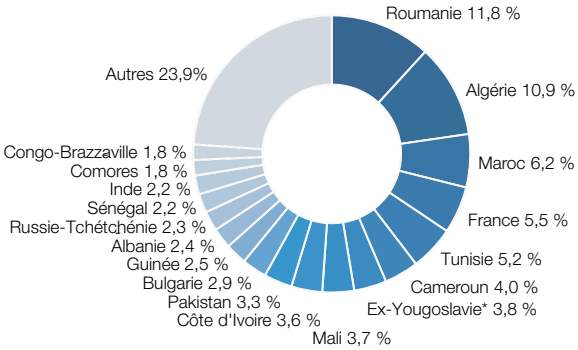
	Âge moyen	Mineurs		Sexe		Nationalité	
		%	n	Hommes (%)	Femmes (%)	Français (%)	Étrangers (%)
2007	35,0	8,7	1 953	55,8	44,2	10,5	89,5
2008	34,5	9,4	2 152	56,1	43,9	10,6	89,4
2009	34,0	11,2	2 680	58,3	41,7	9,5	90,5
2010	34,2	10,7	2 971	58,5	41,5	7,5	92,5
2011	33,3	11,9	3 284	59,8	40,2	6,4	93,6
2012	32,9	12,3	3 513	60,5	39,5	5,6	94,4
2013	33,3	12,7	3 760	62,0	38,0	5,5	94,5

… Caractérisée par une grande diversité de nationalités

Près de 95 % des patients reçus au cours de l'année sont étrangers *(tableau 5)*. La proportion de Français dans la file active, en diminution constante depuis plusieurs années, n'est que de 5,5 % en 2013 (ils étaient 10,6 % en 2008). Cette évolution est très probablement liée à l'instauration de la CMU en 2000, qui a permis à de nombreux Français d'intégrer le système de droit commun, au référencement vers ces dispositifs plus facile pour les Français ainsi qu'aux revalorisations successives des seuils d'attribution de la CMUc, qui permettent une meilleure couverture maladie.
Le groupe continental le plus représenté reste, comme les années précédentes, l'Afrique subsaharienne (28,3 % des patients), devant l'Union européenne incluant la France (23,5 %) et le Maghreb (22,7 %). Ces dernières années ont été marquées par différentes évolutions *(figure 1)*.
– On constate que les ressortissants du continent africain sont toujours plus nombreux et majoritaires depuis 2009. Ils représentent 28 % de la file active en 2013.
– Concernant les patients originaires du Maghreb, après une baisse sensible entre 2007 et 2010, leur part a ensuite augmenté (en lien probablement avec les révolutions arabes) pour se stabiliser autour de 23 % en 2013.
– La part des étrangers originaires de l'UE enregistre depuis deux ans une nette diminution en raison de la baisse du nombre de Roumains et de Bulgares.

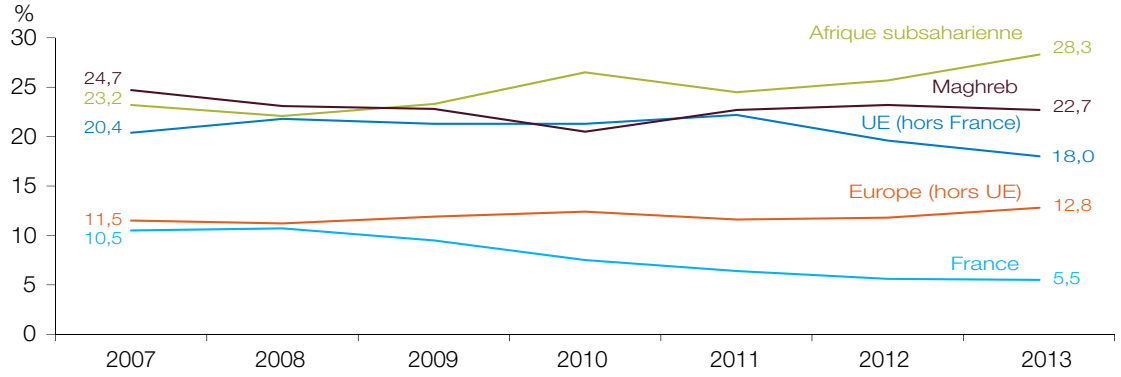
La diversité des origines des patients reste toujours la caractéristique des Caso, dans la mesure où ces derniers ont accueilli des personnes originaires de plus de 146 nationalités différentes en 2013 *(figure 2)*. Sans variations majeures (à l'exception de la part des Français, divisée par 2), les pays d'origine les plus représentés depuis 2007 parmi les patients fréquentant les Caso restent la Roumanie, l'Algérie, le Maroc, la France et la Tunisie.

Figure 2 : Répartition des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité, 2013



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

Figure 1 : Évolution de la répartition des personnes reçues dans les Caso selon le groupe continental* de 2007 à 2013



* Les groupes continentaux Asie, Proche et Moyen-Orient, Océanie et Amériques ne sont pas représentés sur ce graphique. Ils représentent chacun entre 4 et 5 % des consultants.

Cette diversité se traduit, dans 46 % des situations, par la nécessité de recourir à un interprète lors de l'entretien *(tableau 7)*. Dans près de 80 % des cas, l'interprétariat a pu être assuré sur place mais le plus souvent par une personne accompagnante. Malgré un investissement important depuis quelques années, l'interprétariat professionnel n'a été sollicité que pour 7 % des consultations nécessitant un interprète et dans 20 % des cas aucun interprète n'a été trouvé.

Des efforts doivent être poursuivis afin de développer le recours à l'interprétariat professionnel au sein des Caso, mais également au sein de toutes les structures intervenant dans le champ de la santé et de l'accès aux droits. De la qualité de la communication entre le patient et le soignant dépend la qualité de la prise en charge, évitant ainsi des malentendus et incompréhensions tout en garantissant la confidentialité et le respect du secret professionnel.

> *À l'été 2013, lors d'une consultation prénatale pour sa grossesse, Madame A. apprend que son bébé a un problème aux pieds. Mais en l'absence d'interprète, elle ne comprend pas le diagnostic exact et le traitement qui sera mis en place à la naissance. Lors d'une visite sur le bidonville, un bénévole de MdM constate l'angoisse et la détresse de Madame A. Il reprend contact avec l'hôpital, obtient un autre rendez-vous avec le chirurgien et le kinésithérapeute et s'assure de la présence d'une interprète. À partir de ce moment, tous les rendez-vous seront accompagnés par une bénévole avant et après l'accouchement, toujours en présence de l'interprète."*
> [Mission Bidonville, Toulouse]

Un tiers des personnes accueillies dans les Caso résident en France depuis moins de trois mois

En 2013, 38 % des ressortissants étrangers accueillis dans les Caso résident en France depuis moins de trois mois, 31 % comptent une durée de séjour comprise entre trois et douze mois et 31 % résident en France depuis un an ou plus lors de leur première visite au Caso *(tableau 8)*. Les « primo-arrivants[8] » sont plus fréquemment des ressortissants originaires d'Europe hors UE (51 %) ou d'Afrique subsaharienne (42 %). Toutefois, au-delà de la date de dernière entrée sur le territoire, on constate que près de 12 % des « primo-arrivants » indiquent avoir déjà vécu en France pendant plus de trois mois. Ces chiffres traduisent notamment la situation des personnes amenées à faire des allers-retours dans leur pays d'origine, en particulier pour rester en situation régulière, comme c'est le cas fréquemment pour les ressortissants de l'UE.

Tableau 8 : Durée de résidence en France[1] des personnes étrangères reçues dans les Caso, 2013

Durée de résidence	%	n
< 3 mois	37,9	8 933
[3-12 mois [	31,3	7 378
[1 an - 3 ans [	14,8	3 492
[3 ans - 10 ans [	11,4	2 676
≥ 10 ans	4,6	1 083
Total	100,0	23 562

Taux de réponse : 82,9 %.
[1] Depuis la date de la dernière entrée en France.

Tableau 7 : Besoins d'interprètes dans les Caso, 2013

	%	n
Besoin d'un interprète lors de l'entretien	45,6	11 265
Type d'interprète		
Personne accompagnante	48,9	4 961
Intervenant MdM ou personne externe	24,6	2 498
Par téléphone (interprétariat professionnel)	7,0	714
Pas d'interprète	19,5	1 973

Taux de réponse : Besoin interprète : 87,0 % ; Présence interprète : 90,1 %.

(8) Ici, les « primo-arrivants » désignent les personnes présentes en France depuis moins de trois mois.

Un isolement familial fréquent

Seul un quart des personnes reçues dans les Caso déclarent vivre en couple et 43 % indiquent par ailleurs avoir un ou plusieurs enfants mineurs *(tableau 9)*. Les femmes reçues dans les Caso vivent deux fois plus souvent en couple que les hommes (35 % *vs* 17 %) et ont également plus fréquemment des enfants à charge (52 % *vs* 37 %). Les ressortissants étrangers se présentent également plus fréquemment en couple que les Français (24 % *vs* 16 %) et sont plus souvent parents d'enfants mineurs (43 % *vs* 29 %).
Il est important de souligner que dans plus d'un cas sur deux (52,9 %) les parents ne vivent avec aucun de leurs enfants et dans 7 % des cas avec seulement une partie d'entre eux.

Tableau 9 : Situation familiale des personnes de 18 ans ou plus reçues dans les Caso, 2013

	%	n
En couple	24,0	5 259
Présence d'enfants mineurs	42,9	8 210
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
– Vivent avec tous leurs enfants	39,9	3 078
– Vivent avec une partie de leurs enfants	7,2	557
– Ne vivent pas avec leurs enfants	52,9	4 076

Taux de réponse : Situation familiale : 85,1 % ; Ont des enfants mineurs : 74,1 % ; Lieux de vie des mineurs : 93,9 %.

Des conditions de logement particulièrement précaires

> *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."* [Caso, Marseille]

Les personnes accueillies dans les Caso connaissent pour la quasi-totalité d'entre elles d'importantes difficultés de logement : seules 8 % disposent d'un logement personnel lorsqu'elles se présentent la première fois dans les Caso, 59,3 % sont hébergées (le plus souvent par de la famille ou des amis), 13,5 % vivent en squat ou dans un bidonville et enfin 19,1 % sont sans domicile fixe *(tableau 10)*. Si la part des personnes hébergées est identique entre les hommes et les femmes, on constate en revanche que les hommes sont significativement plus souvent sans domicile fixe que les femmes (23 % *vs* 13 %) et *a contrario* les femmes disposent plus souvent d'un logement personnel *(figure 3)*. **Les conditions de logement des personnes fréquentant les Caso semblent s'être dégradées par rapport à l'année précédente avec une augmentation sensible de la part des personnes sans domicile fixe ou accueillies ponctuellement en hébergement d'urgence** (15 % en 2012 *vs* 19 % en 2013). Ce constat est également rapporté par l'Insee, qui indique une augmentation de 44 % des personnes sans domicile en France entre 2000 et 2012 *[Yaouancq 2012]*.

Tableau 10 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso[1], 2013

	%	n
Logement personnel	**8,1**	**2 025**
Hébergé(e)s	**59,3**	**14 842**
– Hébergé(e)s par la famille ou des amis	48,0	12 013
– Hébergé(e)s par un organisme ou une association (≥ 15 jours)	11,3	2 829
Logement précaire	**13,5**	**3 385**
– Occupent un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	5,7	1 425
– Occupent un terrain sans droit (campement illégal)	5,1	1 271
– Autre situation	2,7	689,0
Sans domicile fixe	**19,1**	**4 764**
– Personnes à la rue	13,5	3 366
– Hébergement d'urgence (< 15 jours)	5,6	1 398

[1] Il s'agit de la situation le jour de la première visite au Caso.
Taux de réponse : Logement : 83,5 %

Deux chapitres spécifiques consacrés aux actions mobiles travaillant auprès des personnes sans domicile fixe et dans les bidonvilles sont proposés *pages 63 et 66.*

> *Mlle M., jeune malienne de 29 ans, est arrivée à Nice, seule, après s'être enfuie du Mali ou elle a été kidnappée et violée par des ravisseurs se réclamant de la cause islamique. N'ayant jamais quitté son pays et sa famille, elle se retrouve sur une terre totalement inconnue, seule et très sévèrement traumatisée. Elle est orientée vers les services compétents qui l'aident à déposer une demande d'asile mais ne peut bénéficier d'aucun logement. Elle accède parfois à un accueil de nuit mais le plus souvent elle n'y a pas de place et passe la nuit dehors. La nuit, elle cherche refuge près des lieux d'animation où elle essaie de se rassurer par la présence des autres. Quand les lumières s'éteignent, elle essaie de dormir sur la plage ou dans une encoignure de porte. Le jour, elle erre, dans les jardins et les rues, de banc en banc. Nuit et jour elle fait l'objet, selon les circonstances, de menaces et de propositions qui mettent son équilibre déjà fragile et son existence en péril. Par chance, nous sommes en plein été à Nice. Si tout cela se passait au cœur de l'hiver…"*
> [Caso, Nice]

Les situations vis-à-vis du logement varient sensiblement selon la nationalité *(figure 4)*. Les patients français se caractérisent par une part importante de personnes disposant d'un logement personnel (26 % *vs* 7 % pour les étrangers) mais également une proportion beaucoup plus importante de personnes vivant à la rue (28 % *vs* 19 %). Les ressortissants étrangers sont hébergés dans 60 % des cas, toutefois on constate de fortes disparités selon le groupe continental dont ils sont originaires : les étrangers originaires d'Union européenne ou d'Europe hors UE sont les patients connaissant les conditions de logement les plus précaires : les premiers, en effet, sont près de 50 % à vivre dans un squat ou un campement illégal ; les seconds sont plus du tiers (35 %) à vivre à la rue.

Même si la situation vis-à-vis du logement s'améliore progressivement avec la durée de séjour en France (avec notamment une proportion de personnes disposant d'un logement personnel qui passe de 3,6 % chez les primo-arrivants à 21 % au-delà de dix ans passés en France), **les difficultés s'inscrivent pour beaucoup dans la durée : en effet, au-delà de trois ans de résidence en France, 6 étrangers sur 10 restent hébergés et près de 10 % sont sans domicile.**

Figure 3 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon le sexe, 2013 (%)

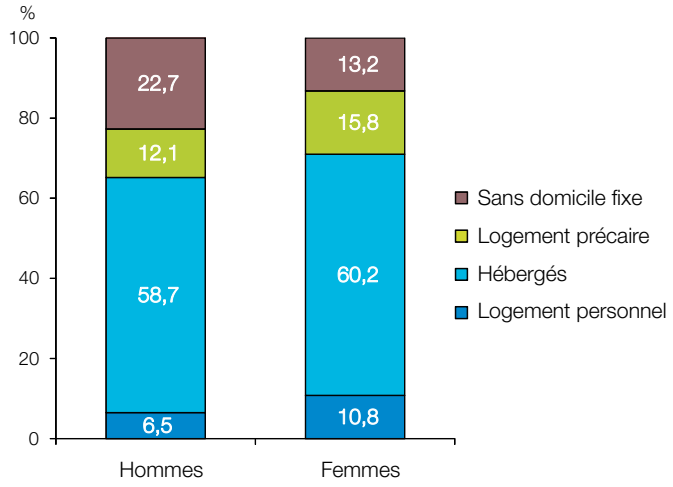
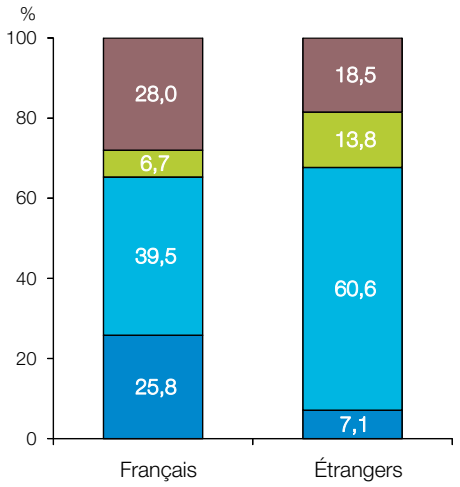


Figure 4 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité, 2013 (%)



Plus d'un quart des personnes accueillies sont sans ressources pour vivre

En 2013, moins d'un quart des personnes exercent une activité professionnelle, que celle-ci soit déclarée ou non *(tableau 11)*. En conséquence, **la situation financière des personnes fréquentant les Caso est extrêmement précaire avec 97 % des patients dont les ressources se situent en deçà du seuil de pauvreté[9] et parmi eux 27 % qui ne disposent d'aucunes ressources pour vivre.** Les femmes exercent moins fréquemment une activité « rémunératrice » que les hommes et sont plus nombreuses à être sans ressources. Parmi les étrangers, l'absence de ressources financières est particulièrement prégnante chez les ressortissants d'Europe hors UE (42 %) et d'Afrique subsaharienne (34 %) ainsi que chez les patients étrangers présents en France depuis moins d'un an (35 %).

Plus d'un tiers des étrangers hors UE sont concernés par une demande d'asile

En 2013, plus de 34 % des étrangers originaires d'un pays n'appartenant pas à l'UE étaient concernés par une demande d'asile *(tableau 12)*, proportion qui enregistre une augmentation sensible par rapport à 2012 (31 %). Dans plus des 2/3 des cas, les personnes avaient déjà déposé leur demande le jour de la consultation au Caso. Pour près de 70 % d'entre elles la procédure est en cours,

Tableau 11 : Activité et ressources des personnes de 16 ans ou plus reçues dans les Caso, 2013

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie	23,2	4 697
Disposent de ressources officielles	9,9	2 607
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
– Aucunes ressources	27,4	1 959
– Ressources inférieures au seuil de pauvreté[1]	69,6	4 974
– Ressources supérieures au seuil de pauvreté	3,0	213

Taux de réponse : Exerce une activité : 76,6 % ; Ressources du foyer : 26,9 %.
[1] Ce seuil s'établit en 2011 à 977 euros mensuels pour une personne seule (Insee).

Tableau 12 : Étrangers hors UE concernés par une demande d'asile, 2013

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	**34,4**	**5 600**
dont – Demande non déposée	33,0	1 851
– Demande déposée	67,0	3 749
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
– Débouté(e)s	27,5	871
– Demande Ofpra en cours	59,4	1 882
– Recours CNDA	10,3	325
– Reconnu(e)s réfugié(e)s ou protection subsidiaire	2,8	89
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile (plusieurs réponses possibles)		
– Arrivée trop récente	76,9	1 133
– Difficultés pour les démarches	19,1	281
– Placement en procédure Dublin III	5,0	74

Taux de réponse : Demande d'asile : 75,3 % ; Situation si demande d'asile déposée : 84,5 % ; Motif de non-dépôt de la demande : 79,6 %.

(9) Le seuil utilisé est celui publié par l'Insee. Il correspond à 60 % du revenu médian de la population et s'établit en 2011 à 977 euros mensuels pour une personne seule.

27,5 % ont été déboutées du droit d'asile et seules 2,8 % ont obtenu le statut de réfugié.
Au total, **les demandeurs d'asile en cours de procédure représentent 7,5 % de l'ensemble des patients,** toutes nationalités confondues. Leur part connaît depuis 2007 une augmentation discrète mais régulière *(tableau 13)*. Un chapitre spécifique est consacré aux demandeurs d'asile *page 105.*
Lorsque la demande d'asile n'a pas pu être déposée, dans 77 % des cas les personnes évoquent une arrivée sur le territoire trop récente et dans 19 % des cas des difficultés pour réaliser les démarches. Dans 5 % des cas, la demande n'a pas été déposée car la personne a été placée en procédure Dublin III, situation dans laquelle la demande d'asile relève de la compétence d'un autre État européen *(tableau 12)*.

Plus de 7 étrangers sur 10 en situation administrative précaire

En 2013, 53 % de l'ensemble des patients reçus dans les Caso sont des étrangers sans autorisation de séjour[10], soit près de 69 % des étrangers de plus de 18 ans. La part des étrangers dans la file active est en légère baisse par rapport aux années précédentes *(tableau 13)*.
L'absence d'autorisation de séjour concerne plus fréquemment les étrangers originaires d'un pays extérieur à l'UE (70 %) que les étrangers appartenant à l'espace communautaire (57 %) *(tableau 14)*.
Les caractéristiques des étrangers sans titre de séjour sont abordées dans un chapitre spécifique *page 110*.

Tableau 13 : Évolution de la situation administrative des étrangers reçus dans les Caso de 2007 à 2013 (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Étrangers sans autorisation de séjour	56,0	55,9	53,7	55,1	57,3	57,5	53,0
Demandeurs d'asile[1]	4,5	4,9	6,0	6,3	6,5	7,0	7,5

[1] Demande ou recours en cours ou procédure prioritaire.

Tableau 14 : Situation administrative des ressortissants étrangers de plus de 18 ans reçus dans les Caso, 2013

	%	n
Ressortissants de l'UE		
N'ont pas besoin de titre de séjour (séjour < 3 mois)	34,1	923
Autorisés à rester en France (ressources officielles en France et une couverture maladie)	9,1	246
Non autorisés à rester en France	56,8	1 540
Étrangers hors UE		
Visa touriste en cours de validité	7,0	1 175
Rendez-vous ou convocation préfecture	3,9	653
Titre de séjour valide	14,1	2 350
Titre de séjour dans un autre pays européen	4,6	771
Sans titre de séjour	70,4	11 770
Ensemble des étrangers		
Situation « régulière »	31,5	6 118
Situation « irrégulière »	68,5	13 310

Taux de réponse : 83,9 %.

(10) À l'exception des mineurs (dont l'accès aux droits est un principe inconditionnel), tous les étrangers originaires d'un pays n'appartenant pas à l'UE doivent disposer d'un titre de séjour pour résider légalement en France. Le droit au séjour des ressortissants de l'UE au-delà de trois mois de présence sur le territoire est défini par la directive européenne du 29 avril 2004, transposée en droit français : de manière schématique, le droit au séjour est conditionné à l'exercice d'une activité professionnelle ou pour les personnes dites inactives à la preuve de ressources suffisantes et d'une couverture maladie, sauf à détenir un droit au séjour sur un autre fondement (en qualité de membre de famille d'un ressortissant UE détenant un droit au séjour par exemple).

Il est intéressant de noter que **parmi les personnes disposant d'un titre de séjour valide, près de 6 sur 10 ont une validité inférieure à trois mois, soulignant encore une fois la précarité du séjour pour ces personnes.**

En 2013, 13 % des étrangers reçus aux Caso ont déposé une demande de régularisation. Dans 34 % des cas, cette demande de régularisation était en lien avec un motif de santé. Les demandes de régularisation, quel que soit le motif, sont plus fréquentes parmi les étrangers résidant en France depuis au moins trois ans (41 % *vs* 8 % des étrangers vivant en France depuis moins d'un an) et concernent également plus souvent les étrangers âgés d'au moins 40 ans.

> *Suite au refus de renouvellement d'un titre de séjour pour raison médicale d'une femme âgée de 74 ans vivant depuis plusieurs années en Haute-Garonne chez ses enfants, nous sommes sollicités pour rédiger un certificat médical afin de soutenir le recours au tribunal administratif. Son état de santé impose quotidiennement des traitements complexes à visée cardiologique et respiratoire. Elle doit, en outre, bénéficier de séances de physiothérapie respiratoire et d'un suivi cardiaque et pneumologique spécialisé. Dans son pays d'origine, classé 151e pays pour la performance globale du système de santé (Pnud 2011) et qui a vu une dégradation récente du système de santé, la prise en charge médicale nécessaire risque de faire défaut. Après plusieurs semaines d'attente, la cour administrative d'appel de Bordeaux a finalement rendu un jugement favorable pour la patiente en reprenant des éléments précis du certificat médical de MdM."* [Caso, Toulouse]

Une augmentation continue de la part des patients ne disposant d'aucuns droits à la couverture maladie

Le tableau 15 présente l'évolution de 2007 à 2013 de la situation des patients vis-à-vis de la couverture maladie. La part des personnes relevant d'une couverture maladie poursuit la baisse entamée les années auparavant, en lien notamment avec la diminution de la présence des Français dans la file active des Caso. Parallèlement, **la part des personnes ne disposant d'aucuns droits à la couverture maladie se stabilise autour de 24 % depuis 2010,** après avoir enregistré un doublement entre 2001 (9 %) et 2007 (22 %). Enfin, **la proportion de personnes disposant de droits effectivement ouverts au jour de la première consultation[11] ne cesse de diminuer depuis 2007, pour atteindre 12,2 % en 2013, témoignant du durcissement des procédures et de la complexité croissante des démarches administratives à accomplir pour obtenir une couverture maladie[12],** mais également de la réorientation immédiate vers les dispositifs de droit commun des patients ayant des droits ouverts, en particulier dans les plus gros centres.

Tableau 15 : Évolution des droits à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso le jour de leur première consultation, 2007 à 2013 (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Patients ne disposant d'aucuns droits[1]	23,6	20,0	22,2	23,4	22,2	24,7	23,9
Patients ayant des droits ouverts[2]	18,8	19,4	15,7	14,0	13,5	12,6	12,2

[1] Cette catégorie concerne les patients exclus de la couverture maladie en raison notamment du critère de stabilité de résidence.
[2] Parmi les patients disposant de droits théoriques en France.

(11) Parmi celles ayant des droits théoriques.
(12) Rappelons toutefois que la plupart des Caso, en limite de capacité d'accueil, reçoivent majoritairement les personnes ne disposant d'aucuns droits et orientent celles ayant des droits ouverts vers les dispositifs de droit commun.

PARTIE 1

4. État de santé et accès à la prévention des personnes rencontrées en 2013

4.1 Les problèmes de santé des patients accueillis en 2013

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les principales pathologies rencontrées sont les pathologies respiratoires (27 % des patients), digestives (26 %) et ostéoarticulaires (20 %).**
- **Pour 20 % des patients, au moins deux pathologies ont été diagnostiquées.**
- **57 % des patients souffrent d'une pathologie chronique.**
- **Dans près des trois quarts des situations, un suivi et/ou un traitement est nécessaire.**
- **Près des deux tiers des patients ne bénéficiaient d'aucun suivi de leur problème de santé avant de s'adresser au Caso.**

L'analyse des données de santé repose sur l'ensemble des consultations médicales de médecine générale ou de spécialistes (n = 40 547) réalisées en 2013. Dans 86 % de ces consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué par les médecins[13], dans 20 % des cas, deux problèmes de santé ont été identifiés et dans 4 % des consultations, trois diagnostics ont été posés.

Une prédominance des affections respiratoires et du système digestif

Si l'on considère les problèmes de santé diagnostiqués par appareil anatomique *(tableau 16)*, les pathologies les plus fréquentes sont avant tout respiratoires (27 % des patients), digestives (26 %), ostéoarticulaires (20 %) et dermatologiques (16 %). On retrouve aux 5e et 6e rangs les pathologies cardiovasculaires (11 %) et les troubles psychologiques (11 %). L'analyse par grands groupes de diagnostics permet de détailler de façon plus précise les principales pathologies rencontrées. Nous retrouvons ainsi au premier rang des diagnostics les infections respiratoires supérieures (13 % des patients), devant les symptômes et plaintes d'origine digestive (12 %) ou ostéoarticulaire (8 %) et les troubles anxieux (7 %). Notons la fréquence non négligeable de patients souffrant de pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle (environ 7 %) ou le diabète (4 %).

Près de 6 patients sur 10 présentent une pathologie chronique…

Au total, 55 % des patients reçus en consultation souffrent d'une affection aiguë et 57 % d'une pathologie chronique[14] *(tableau 17)*. Les pathologies chroniques affectent plus fréquemment les patients plus âgés (74 % des patients de 40 ans ou plus souffrent d'une pathologie chronique, contre 49 % des patients plus jeunes) et les consultants étrangers par rapport aux Français (58 % *vs* 48 %).

Près des trois quarts des patients reçus en consultation ont besoin d'un suivi et/ou traitement et tout particulièrement les personnes souffrant d'une affection chronique. Cela soulève la question des modalités de ces prises en charge dans un contexte où la plupart des patients ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions de précarité extrêmes.

Par ailleurs, près de **66 % des patients ont indiqué n'avoir bénéficié d'aucune prise en charge avant leur contact au Caso pour le problème de santé dont ils souffraient.** Cette absence de soins peut être particulièrement préjudiciable pour certains patients et notamment ceux souffrant d'une pathologie chronique : en effet, seuls 19 % d'entre eux étaient suivis pour leur affection avant de s'adresser aux Caso et 42 % présentaient un retard de recours aux soins.

(13) Les médecins des Caso utilisent la Classification internationale des soins de santé primaires (CISP) pour recueillir les données de santé au cours des consultations. Ne sont présentés ici que les problèmes de santé identifiés par les médecins, qu'ils soient ou non à l'origine de la consultation. Les problèmes de santé sont présentés d'une part par appareil anatomique et d'une autre part de façon plus détaillée par grandes catégories de diagnostics.
(14) Le total dépasse 100 % car un même patient peut souffrir d'une affection aiguë et et d'une autre chronique.

Tableau 16 : Prévalences des pathologies par appareil anatomique et par diagnostics détaillés selon la CISP, 2013

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	Nombre de patients
Respiratoire	**26,7**	**5 509**
Toux	3,6	742
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,5	522
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,7	340
Infections respiratoires supérieures	**13,4**	**2 747**
Asthme	2,0	409
Infections respiratoires inférieures	**5,4**	**1 114**
Autres diagnostics du système respiratoire	2,9	604
Système digestif	**25,9**	**5 329**
Symptômes et plaintes du système digestif	**11,9**	**2 440**
Affections dents-gencives	**6,4**	**1 319**
Autres diagnostics du système digestif	**6,8**	**1 399**
Hépatite virale	2,0	418
Infections gastro-intestinales	1,4	293
Pathologies ulcéreuses	0,5	97
Ostéoarticulaire	**19,9**	**4 105**
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	**7,6**	**1 559**
Symptômes et plaintes du rachis	**5,8**	**1 183**
Autres diagnostics locomoteurs	**4,5**	**922**
Syndromes dorsolombaires	3,8	786
Peau	**15,9**	**3 274**
Symptômes et plaintes cutanés	3,1	637
Éruptions cutanées/tuméfactions	1,7	352
Autres pathologies cutanées	3,6	741
Infections cutanées	2,5	504
Parasitoses/candidoses	4,3	886
Dermatites atopiques et contact	2,1	428
Cardiovasculaire	**10,6**	**2 183**
Hypertension artérielle	**6,6**	**1 351**
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,0	207
Pathologies vasculaires	2,0	404
Cardiopathies, troubles du rythme	1,3	263
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,8	166
Psychologique	**10,6**	**2 182**
Angoisse/stress/troubles psychosomatiques	**6,9**	**1 408**
Syndromes dépressifs	2,5	513
Autres problèmes psychologiques	1,5	305
Usage de substances psychoactives (alcool)	0,4	87
Psychoses	0,5	110
Usage de substances psychoactives (drogues)	0,2	41
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,2	34
Métabolisme, nutrition, endocrinien	**6,7**	**1 389**
Diabète (insulino et non insulinodépendant)	4,0	828
Autres diagnostics métaboliques	1,6	322
Symptômes et plaintes métaboliques	0,7	139
Excès pondéral-obésité	1,1	220
Général et non spécifié[1]	**9,0**	**1 861**
Symptômes et plaintes généraux	4,5	931
Diagnostics non classés ailleurs	3,1	626
Tuberculoses	0,2	30

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	Nombre de patients
Neurologique	**7,1**	**1 454**
Symptômes et plaintes neurologiques	4,0	829
Autres diagnostics neurologiques	2,8	570
Épilepsie	0,5	101
Œil	**7,1**	**1 464**
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,6	337
Lunettes-lentilles	1,3	263
Autres diagnostics du système oculaire	2,7	545
Infections de l'œil	2,2	454
Système génital féminin	**4,8**	**996**
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,9	395
Troubles des règles	1,6	325
Autres diagnostics du système génital féminin	0,8	173
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	1,0	202
Grossesse, accouchement	**4,6**	**948**
Grossesses et couches non pathologiques	3,3	681
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	0,5	95
Contraception	0,6	123
Grossesses et couches pathologiques	0,3	61
Système urinaire	**4,0**	**830**
Symptômes et plaintes urinaires	1,7	344
Infections urinaires/rénales	2,0	418
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,6	122
Oreille	**3,7**	**766**
Symptômes et plaintes du système auditif	1,0	212
Infections du système auditif	2,1	428
Autres diagnostics du système auditif	0,7	147
Sang, système hémato/immunologique	**1,6**	**334**
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,2	46
VIH	0,3	68
Anémies	0,8	154
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,2	43
Système génital masculin	**1,8**	**360**
Symptômes et plaintes du système génital masculin	1,0	197
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,3	66
Autres diagnostics du système génital masculin	0,5	92
Catégories transversales	**5,6**	**1 161**
Peurs de/Préoccupations	1,0	201
Traumatismes	3,0	617
Cancers	0,6	112
Maladies infectieuses non classées ailleurs	1,2	247

Taux de réponse : 90,3 %.
Les 10 résultats de consultation détaillés les plus fréquents sont signalés en gras.
[1] La catégorie « général et non spécifié » regroupe divers symptômes ou pathologies non classés ailleurs dans la CISP, tels que douleur générale, asthénie, ou encore certaines maladies infectieuses (tuberculose, rougeole…), etc.
Remarque : la somme des résultats détaillés ne correspond pas 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…

Tableau 17 : Nature des pathologies diagnostiquées et suivi des patients reçus en consultation, 2013

	%	n
Types de pathologie[1]		
Chronique	57,2	6 952
Aiguë	54,9	6 673
Indéterminée	8,8	1 075
Nécessité d'un suivi ou d'un traitement	73,2	8 094
Problème de santé suivi ou traité avant contact avec MdM[2]	17,1	1 284

Taux de réponses : Type de pathologie : 53,3 % ; Nécessité d'un traitement : 48,4 % ; Problème de santé suivi : 67,7 %.
[1] Un même patient peut présenter une pathologie aiguë et une pathologie chronique.
[2] Si traitement ou suivi nécessaire.

4.2 La couverture vaccinale des patients reçus en consultation dans les Caso

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les couvertures vaccinales des patients sont faibles, avec des taux qui vont de 27 à 40 % selon les vaccinations chez les adultes et de 57 % à 68 % parmi les mineurs.**
- **Les taux de vaccination sont plus faibles chez les hommes et les patients étrangers et diminuent avec l'âge.**
- **La précarité du logement est associée à une moindre couverture vaccinale.**

L'analyse du statut vaccinal des patients reçus en consultation est réalisée en référence au calendrier vaccinal français de 2013[15], qui définit les vaccinations obligatoires (DTP) et recommandées (BCG, hépatite B, ROR, coqueluche/haemophilius) ainsi que les modalités d'administration et de rappel.
De façon globale, le taux de couverture vaccinale[16] des adultes reçus dans les Caso est faible, avec 27 % des patients à jour pour l'hépatite B, 38 % pour la diphtérie/polio et 40 % pour le BCG et le tétanos *(tableau 18)*. La comparaison avec les couvertures vaccinales en population générale en France est difficile à établir dans la mesure où il n'existe pas actuellement de système de recueil de données de routine des vaccinations chez l'adulte. Toutefois, selon des estimations de 2002 de l'InVS, on considère que 29,1 % des adultes étaient vaccinés contre la diphtérie, 36,1 % contre la polio et 62,3 % contre le tétanos *[Fonteneau 2013]*.
L'état des vaccinations des mineurs, meilleur que celui des adultes, reste insuffisant avec entre 57 et 68 % de jeunes correctement vaccinés selon le vaccin *(tableau 18)*. **Ces taux de couverture vaccinale restent inférieurs à ceux de la population générale et bien en deçà des objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004** (au moins 95 % pour toutes les vaccinations à l'exception de la grippe, 75 %).
Bien que les services de PMI soient accessibles et gratuits à tous les enfants de moins de 7 ans et les centres de vaccination ouverts à tous, les populations précaires plus exposées et moins bien ancrées dans un système de prévention demeurent moins vaccinées et protégées que la population générale.

Il est par conséquent nécessaire de développer l'information et des campagnes de sensibilisation ciblées et adaptées à ces populations, de rendre ces services plus accessibles par des fonctionnements mieux adaptés (sans rendez-vous, opérations hors les murs…).

(15) Ministère des Affaires sociales et de la Santé « Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013 du ministère des Affaires sociales et de la Santé, selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique » ; 2013 ; 52 pages.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante-_pdf.pdf
(16) Malgré une nette progression au fil des années, les taux de réponses sur la couverture vaccinale restent faibles (autour de 40 %) et les résultats doivent par conséquent être pris avec précaution.

Une analyse des caractéristiques sociodémographiques associées aux couvertures vaccinales pour le ROR et BCG chez les mineurs est présentée dans le *tableau 19*[17].
Il ressort de cette analyse que les taux de couverture vaccinale sont sensiblement plus élevés chez les filles par rapport aux garçons, ainsi que parmi les mineurs français par rapport aux ressortissants étrangers. Toutefois, les couvertures vaccinales semblent s'améliorer avec la durée de séjour en France, mais seulement au-delà de trois ans de résidence ; suggérant un phénomène de rattrapage avec le temps.
Enfin, on observe que **les conditions de logement sont significativement associées à l'accès à la vaccination : ainsi, les enfants vivant dans des logements précaires (squats, campement) ou sans logement ont une plus faible probabilité d'être « à jour » de leurs vaccins par rapport aux autres enfants.** Ce résultat met en évidence l'éloignement (géographique, culturel…) du système de soins et de l'accès à la prévention pour ces personnes, soulignant tout l'intérêt du travail de prévention et des démarches d'« aller vers » pour ces populations.
On retrouve les mêmes tendances chez les adultes quel que soit le vaccin.

Tableau 18 : Personnes « à jour[1] » de leurs vaccinations selon l'âge et le vaccin, 2013 (% en ligne)

	Adultes		Mineurs	
	%	n	%	n
Tétanos	40,4	3 728	67,6	994
Diphtérie/polio	38,2	3 486	67,7	1 006
BCG	40,1	3 549	66,9	964
Hépatite B	27,4	2 371	56,5	777
Rougeole/oreillons/rubéole	---	---	61,7	849
Coqueluche/haemophilius[2]	---	---	62,9	645

Taux de réponse : autour de 40 % selon les vaccins.
[1] Sont considérés comme à jour de leurs vaccinations les patients pouvant présenter un carnet de vaccination ou les personnes pour lesquelles les infirmier(e)s ou les médecins ont de bonnes raisons de penser que leurs vaccins sont à jour.
[2] Analyse limitée aux enfants de moins de 15 ans.

Tableau 19 : Facteurs sociodémographiques associés à la couverture vaccinale des patients mineurs consultant dans les Caso, 2013

	BCG			ROR		
	%	n	OR[1]	%	n	OR[1]
Ensemble des patients mineurs	**66,9**	**964**		**61,7**	**849**	
Sexe						
Garçons	64,1	502	réf	58,4	439	réf
Filles	70,7	459	1,2^{ns}	66,1	407	1,3*
Âge						
< 7 ans	70,7	519	réf	66,1	453	réf
7-10 ans	68,1	173	0,9^{ns}	65,6	170	1,1^{ns}
11-14 ans	73,6	131	1,2^{ns}	66,7	112	1,1^{ns}
15-17 ans	51,3	141	0,4***	43,0	114	0,4***
Nationalité						
Français	87,1	81	réf	82,4	70	réf
Étrangers	65,3	847	0,3**	60,1	747	0,4**
Logement						
Personnel	72,2	104	réf	73,8	107	réf
Hébergés	71,0	450	1,2^{ns}	64,1	391	0,8^{ns}
Squat, campement	60,2	156	0,6*	52,5	128	0,4***
Sans domicile fixe	53,2	117	0,5**	49,0	100	0,4***
Durée de résidence en France (parmi les mineurs étrangers)						
≤ 1an	62,5	544	réf	57,4	483	réf
1 an à < 3 ans	61,1	66	0,9^{ns}	58,2	64	1,0^{ns}
≥ 3 ans	78,1	50	2,1*	71,9	46	1,9*

[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 BCG est 2,1 fois plus importante chez les étrangers qui résident en France depuis plus de trois ans par rapport à ceux qui résident depuis un an ou moins (OR=2,1 significatif p<0,01).

(17) Nous avons choisi dans cette analyse de ne présenter que les facteurs associés à la vaccination pour ces deux vaccins sachant que les résultats sont similaires pour les autres types de vaccins.

4.3 La tuberculose : des difficultés d'accès à la prévention pour les populations précaires

LES POINTS ESSENTIELS

> **10 cas de tuberculose ont été dépistés sur un échantillon de 1 844 patients dans les Caso de Paris et Saint-Denis, soit une prévalence de 0,54 %.**

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible causée par une bactérie qui touche le plus souvent les poumons. Cette « maladie de la pauvreté » touche essentiellement les personnes en situation de précarité et/ou migrants originaires de pays où la maladie existe à l'état endémique. En France, l'incidence de la tuberculose est peu élevée avec, en 2012, 4 975 cas déclarés, soit 7,6 cas pour 100 000 habitants. Cependant, il existe de grandes disparités régionales (la Guyane, Mayotte et l'Île-de-France sont les plus touchées avec respectivement 24,2, 16,9 et 14,7 cas pour 100 000 habitants). En Île-de-France, les départements avec les taux de déclarations les plus élevés restent la Seine-Saint-Denis (26,8/100 000) et Paris (19,0/100 000).

Des disparités populationnelles sont également observées. Ainsi 55,7 % des cas diagnostiqués en 2012 sont nés à l'étranger, principalement en Afrique subsaharienne, Afrique du Nord et Union européenne hors France) *[Antoine 2014]*. Les personnes sans domicile fixe constituent également un groupe à risque avec un taux de déclaration de 173,7/100 000. Toutefois, le taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger diminue avec l'ancienneté de l'arrivée en France (216,5/100 000 chez les personnes arrivées en France depuis moins de deux ans contre 12,9/100 000 chez celle arrivée en France depuis dix ans ou plus) ce qui justifie pleinement la mise en œuvre d'actions spécifiques auprès des populations précaires et des migrants récemment arrivés.

Rappelons que l'obligation vaccinale contre la tuberculose a été suspendue depuis 2007, mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents considérés à risque *[DGS 2014]*[18]. Entre 2000 et 2012, le taux de déclaration de tuberculose a baissé dans toutes les classes d'âge sauf chez les moins de 5 ans, avec une hausse en France métropolitaine, hors Île-de-France. L'insuffisance de la couverture vaccinale notamment hors Île-de-France et la part importante, dans cette même zone, de cas de méningites tuberculeuses de l'enfant, chez des enfants éligibles à la vaccination, mais qui n'étaient pas vaccinés, doivent inciter à poursuivre la sensibilisation des médecins) *[Antoine 2014]*. Pour rappel, seuls 40 % des adultes et 67 % des enfants venant consulter dans les Caso sont vaccinés contre la tuberculose en 2013.

Nous rapportons ici les actions dans les deux Caso d'Île-de-France ayant des partenariats, avec des Centres de lutte anti tuberculeuse (Clat), permettant le dépistage le plus optimal possible pour les patients[19]. Au total, **sur 1 844 patients dépistés en 2013 dans les deux Caso par une radiographie pulmonaire, 10 cas de tuberculose maladie ont été diagnostiqués, soit 542 cas pour 100 000 personnes.** Cette prévalence, particulièrement élevée, est sans doute sous-estimée dans la mesure où, en cas de forte suspicion de tuberculose, le patient est directement orienté vers l'hôpital (et nous n'obtenons pas toujours le retour des services hospitaliers). Par ailleurs, 2 tuberculoses extra-pulmonaires ont été diagnostiquées.

Ces données reflètent l'importance d'un partenariat actif entre les centres de dépistage de la tuberculose et les associations prenant en charge les populations en situation précaire. Elles démontrent aussi l'importance et la nécessité de proposer systématiquement aux primo-arrivants une radiographie pulmonaire.

Ces données démontrent bien, cette année encore, que les programmes de MdM sont des lieux privilégiés pour délivrer des messages de prévention et amener les patients à un dépistage le plus précoce possible.

(18) Sont considérés à risque les enfants répondant à l'un des critères suivants : enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ; enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ; enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ; enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ; enfant résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte ; enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU de base, CMUc, AME…) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

(19) Au Caso de Paris, les radiographies sont effectuées et lues au Clat Edison 75013. Une double lecture est réalisée au Caso par les pneumologues et couplée à l'étude du dossier clinique. Cette confrontation radio-clinique permet d'adapter la décision médicale aux antécédents et aux conditions de vie du patient. Au Caso de Saint-Denis, le protocole de dépistage de la tuberculose, possible grâce à l'affectation sur l'action d'une équipe dédiée au Plan tuberculose du conseil général du 93 a été poursuivi. Le dépistage a lieu chaque semaine, dans un camion stationné devant le Caso. Il accueille toutes les personnes qui souhaitent faire une radio pulmonaire avec ou sans signe d'appel. Cependant, au vu du nombre limité de places, il n'est pas possible d'orienter tous les nouveaux patients. Les personnes dépistées en priorité sont donc les personnes présentant des conditions de vie très précaires : à la rue, dans des squats ou bidonvilles, dans des conditions de promiscuité et de manque d'hygiène pouvant favoriser la maladie ou les personnes présentant une symptomatologie pulmonaire.

4.4 Connaissance des statuts sérologiques vis-à-vis du VIH et des hépatites

LES POINTS ESSENTIELS

- **Moins d'un tiers des personnes reçues dans les Caso en 2013 connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH.**
- **La méconnaissance des statuts sérologiques est beaucoup plus importante chez les étrangers que chez les Français.**
- **Parmi les étrangers, les occasions de dépistage progressent avec la durée de résidence en France.**

Le passage dans les Caso est une opportunité de faire le point sur leur statut sérologique. Ces questions sont particulièrement importantes à aborder et cela d'autant plus que pour de nombreux patients en situation précaire, la consultation au Caso est bien souvent l'unique occasion d'accéder à la prévention et aux soins. Si ces questions ne sont pas encore abordées de manière systématique par les médecins des Caso, on observe toutefois une nette progression des taux de réponse (40 % en 2013, contre 35 % l'année précédente), traduisant une accentuation de l'effort de prévention de la part des bénévoles médicaux.

Parmi les personnes interrogées, seules 26 % connaissaient leur statut sérologique concernant les hépatites B et C et environ 32 % concernant le VIH *(tableau 20)*.

Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes accueillies dans les Caso, et il est fort probable que ces proportions soient sous-estimées du fait d'un biais de mémoire ou de pratiques à risques ayant pu avoir lieu entre les derniers dépistages éventuellement pratiqués et la visite au Caso.

Comme des études récentes l'ont déjà montré *[Dourgnon 2009]*, il existe un défaut de connaissance plus important parmi les ressortissants étrangers, en particulier vis-à-vis du VIH. Cette méconnaissance est significativement plus importante parmi les étrangers des classes d'âge extrêmes (moins de 20 ans et 60 ans et plus), ainsi que parmi les étrangers de sexe masculin *(tableau 21)*. Il est probable que les opportunités de dépistage soient en effet plus nombreuses pour les femmes, notamment en cas de grossesse.

La moindre connaissance du statut sérologique chez les migrants peut être expliquée par le faible développement économique du pays d'origine, mais également par les conditions de vie précaires dans lesquelles ils vivent une fois en France. En effet, il est reconnu que les populations immigrées ont un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs que préventifs *[Alberts 1998]*. L'accès aux droits et notamment à la protection sociale, ainsi que les difficultés de communication pour ces populations constituent des barrières importantes à l'accès à l'information et à la prévention.

C'est parmi les étrangers originaires d'Asie, du Proche et Moyen-Orient et d'Europe hors UE que la part des personnes ignorant leur statut sérologique est le plus élevée. Cette méconnaissance vis-à-vis du VIH en revanche apparaît plus faible lorsque les personnes sont originaires d'Afrique subsaharienne et d'Océanie et Amériques. Ces résultats peuvent être expliqués par des habitudes culturelles et des caractéristiques économiques propres au pays d'origine *[Berchet 2012 ; Jusot 2009]*. Rigal et al. soulignent également que l'origine géographique des patients peut constituer un facteur lié à l'absence de proposition de dépistage par les professionnels de santé *[Rigal 2011]*.

Tableau 20 : Connaissance des statuts sérologiques (VHB, VHC et VIH) des personnes reçues dans les Caso, 2013

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu	26,0	2 588	25,5	2 533	31,7	3 193

Taux de réponse : VHB : 41,4 % ; VHC : 41,3 % ; VIH : 41,9 %.

Enfin, on observe que la durée de séjour en France est un élément favorisant l'accès au dépistage du VIH. Mais il convient de souligner que la part des personnes méconnaissant leur statut vis-à-vis du VIH diminue seulement au-delà de trois années passées en France. Ce résultat met en évidence l'importance des résistances et l'impact des barrières précitées.

Les personnes en situation de grande précarité sont ainsi confrontées à de nombreux obstacles pour accéder à la prévention. Il est donc primordial de poursuivre les actions de prévention et de renforcer les stratégies de dépistage, tel que recommandé par les experts auprès des publics éloignés des dispositifs de soins.

Ainsi, **on voit bien la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention envers les populations reçues dans les Caso et de faciliter l'accès au système de soins des populations les plus précaires. Les Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), proposés depuis 2010 dans plusieurs programmes de MdM, constituent de ce fait une nouvelle opportunité de dépistage pour les populations qui ont peu accès aux dispositifs de dépistage** (un chapitre spécifique est consacré aux activités de dépistage du VIH, des hépatites et autres IST page 56).

Tableau 21 : Caractéristiques associées à la méconnaissance du statut sérologique VIH parmi les patients étrangers reçus dans les Caso, 2013

	Méconnaissance statut VIH		
	%	n	OR[1]
Ensemble des patients étrangers	**69,4**	**6 468**	
Sexe			
Homme	72,1	4 155	réf
Femme	65,1	2 297	0,8***
Âge			
Moins de 20 ans	89,8	786	réf
20-39 ans	65,7	3 650	0,2***
40-59 ans	68,3	1 562	0,3***
60 ans et plus	80,3	412	0,6**
Groupe continental			
Union européenne (hors France)	77,9	928	réf
Europe (hors UE)	82,5	585	1,3*
Afrique subsaharienne	61,3	2 230	0,5***
Maghreb	76,7	1 699	1,1ns
Proche et Moyen-Orient	82,7	421	1,2**
Asie	84,5	360	1,8***
Océanie et Amériques	39,1	253	0,2***
Durée de résidence en France			
≤ 1 an	70,8	4 658	réf
1 an à < 3 ans	68,1	759	0,9ns
≥ 3 ans	59,8	687	0,6***

[1] Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau.
*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de méconnaître son statut VIH est multipliée par 1,8 chez les personnes originaires d'Asie par rapport aux personnes d'Union européenne (hors France).

PARTIE 1

4.5 Les troubles d'ordre psychologique repérés chez les patients

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, un trouble d'ordre psychologique a été repéré chez un peu plus d'un patient sur dix ; il s'agit principalement de troubles anxieux ou de syndromes dépressifs.**
- **Ces troubles sont plus fréquents chez les Français (18 % *vs* 10 % des étrangers).**
- **Parmi les étrangers, le fait d'être sans domicile fixe, demandeur d'asile ou encore d'avoir été victime de violences est associé à une prévalence plus élevée des troubles d'ordre psychologique.**

En 2013, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés[20] pour près de 11 % des consultants, plaçant ces troubles au 5e rang des problèmes de santé diagnostiqués parmi les patients des Caso *(tableau 22)*. Les syndromes anxieux, le stress, les troubles psychosomatiques sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés (7 % des patients), devant les syndromes dépressifs (2,5 %) et les autres troubles psychologiques (1,5 %). À l'heure actuelle, une douzaine de Caso proposent des consultations avec des psychologues et/ou des psychiatres pour répondre aux besoins des patients.

Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi, 65 % des personnes souffrant d'un trouble psychologique présentaient par ailleurs au moins une autre pathologie contre seulement 37 % des autres patients.
La fréquence des troubles d'ordre psychologique repérés est plus élevée chez les patients français (18 %) par rapport aux ressortissants étrangers (10 %). Les différences les plus notables concernent les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (5,1 % *vs* 0,4 % des étrangers) et les psychoses (1,4 % *vs* 0,4 %). Toutefois, ces prévalences doivent être considérées avec précaution du fait des barrières culturelles et linguistiques auxquelles sont confrontés les migrants. On peut ainsi supposer que les problèmes d'ordre psychologique sont sous-diagnostiqués dans ces populations. En effet, si la prévalence des troubles psychotraumatiques chez les personnes exilées est difficile à estimer, les études s'accordent pour affirmer que la situation est alarmante : selon l'association Primo Levi *[Agrali 2012], « 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 »*. Ce constat est confirmé par nos résultats, qui mettent en évidence **une part plus importante des troubles d'ordre psychologique pour les demandeurs d'asile et chez les personnes ayant déclaré avoir été ou être exposées à des situations de violences** (avec une fréquence des troubles multipliée par 2,5) *(cf. encadré page suivante)*.

Tableau 22 : Patients souffrant de troubles d'ordre psychologique reçus dans les Caso, 2013

	%	n
Diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques	**10,5**	**2 156**
dont…		
– Angoisse, stress, trouble psychosomatique	6,9	1 408
– Syndrome dépressif	2,5	513
– Autre problème psychologique	1,5	305
– Usage abusif de substances psychoactives	0,8	162
– Psychose	0,5	110

(20) Il s'agit des troubles d'ordre psychologique repérés par les médecins lors de consultations médicales. Les patients orientés vers les psychologues ne sont pas comptabilisés ici.

Madame S. est une jeune femme de 23 ans, qui vient de Bosnie. Près de douze ans après la fin du conflit, elle a tenté avec son mari de se réinstaller dans la maison familiale, située sur une zone de conflit. Quelque temps après, ils sont agressés par des individus qui assomment son mari et la violent alors qu'elle est enceinte de 4 mois. Elle fait une fausse couche. Ils s'enfuient et viennent rejoindre à Lyon une sœur qui a obtenu l'asile.
De nouveau enceinte, elle est envahie par des angoisses de destruction au 4e mois de sa grossesse. Sans papiers, mal reçue par le droit commun, elle vient consulter au Caso pour demander un soutien psychothérapique à cette grossesse." [Caso, Lyon]

En matière de santé mentale, s'il existe de nombreux dispositifs de droits communs pour accueillir les personnes souffrant de troubles d'ordre psychologique, les délais de rendez-vous et la difficulté des prises en charge des patients non francophones restent fortement problématiques. La question de l'interculturalité, dans le dépistage, l'identification des troubles ou le traitement des patients est également rarement prise en compte. Enfin, l'absence de protection sociale et les délais importants pour obtenir une couverture maladie impliquent des retards et/ou des ruptures de traitement parfois très longs.
Ainsi, la précarité sociale et administrative et la barrière de la langue auxquelles sont confrontées les populations constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale.

Il convient d'offrir et de développer pour ces populations des lieux spécifiques, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie, et leur permettant d'exprimer dans leur langue leurs souffrances. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), centres médico-psychologique (CMP)…) doivent être développés, renforcés, et adapter leur offre de soins aux populations précaires et migrantes. De nouveaux lieux sont également à développer, comme par exemple des consultations transculturelles.

(21) Depuis 2003, une fiche a été élaborée et mise à disposition des médecins afin de recueillir les situations de violences auxquelles les consultants ont pu être confrontés. Depuis 2012, les questions sur les violences subies peuvent être abordées par toute personne préalablement formée à la prise en charge des violences (travailleur social, psychologue, psychiatre, médecin, IDE) et non plus par les seuls médecins. Toutefois, cette question, délicate par nature, est difficilement abordable lors du premier contact avec la personne, c'est pourquoi les données recueillies ne sont pas exhaustives et ne sauraient être représentatives de l'ampleur du phénomène.

Des populations particulièrement exposées aux violences :
des conséquences physiques et psychologiques sur la santé inévitables

Les études indiquent que les migrants sont particulièrement exposés aux actes de violence, même une fois arrivés en Europe *[MdM 2014b]*. Il est reconnu que la violence a des conséquences physiques et psychologiques sur la santé inévitables. Par ailleurs, les professionnels de santé ont un rôle important dans le repérage de la violence subie et l'identification des conséquences de celle-ci. Ce constat s'applique non seulement aux syndromes de stress post-traumatique (SSPT) qui sont bien connus, mais également à des symptômes moins spécifiques tels que la dépression, l'angoisse, l'insomnie, les céphalées, l'irritabilité…
Les patients victimes de violences doivent par conséquent pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique (sociale, psychologique, médicale…), voire – dans certains cas – faire l'objet d'un signalement. Dans les Caso de MdM, ce sont près de 1 000 personnes (soit 3,3 % des consultants) qui ont dit avoir été victimes de situations violentes en 2013[21]. **Les situations les plus fréquemment évoquées sont le fait d'avoir vécu dans un pays en guerre, d'avoir souffert de la faim, ou encore le fait d'avoir été victime de violences de la part des forces de l'ordre.** Dans la plupart des cas et lorsqu'il s'agit de patients étrangers, les situations de violences ont été subies dans le pays d'origine, voire quelquefois au cours du trajet les menant en France. Notons cependant **le nombre élevé de personnes indiquant avoir souffert de la faim une fois arrivées en France,** confortant les résultats de notre enquête sur l'alimentation réalisée en 2014 *(cf. chapitre page 42)*.

Mademoiselle M. est une jeune femme malienne de 29 ans. Vivant dans le nord du Mali auprès de sa famille et exploitant un petit commerce, elle a été enlevée par un groupe d'hommes avec trois autres jeunes femmes alors qu'elles lavaient des vêtements au bord du fleuve.Les agresseurs, se réclamant de la cause islamique, prétendaient leur apprendre comment les femmes doivent se comporter selon leurs préceptes. Pendant vingt et un jours, Mlle M. a été soumise au joug de ses ravisseurs, tous les ravisseurs, le jour et la nuit ; la mort étant promise à quiconque d'entre elles tenterait de s'échapper. Ce qu'elles ont réussi à faire, malgré tout, au bout de trois semaines, en attirant l'attention d'un chauffeur de pick-up qui transportait des passagers et qui a accepté de les emmener. Les quatre jeunes femmes décident alors de se séparer. Mlle M. passe en Mauritanie, où elle travaille pour une famille pendant plusieurs mois avant de s'embarquer clandestinement sur un bateau, payant son passage avec l'argent qu'elle a pu économiser. Direction Marseille, où elle ne connaît personne, puis Nice par le fait du hasard." [Caso, Nice]

PARTIE 1

5. La santé bucco-dentaire des patients accueillis aux Caso en 2013

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, 3 685 consultations dentaires ont été dispensées.**
- **L'état de santé bucco-dentaire des personnes accueillies est très dégradé, en particulier parmi les patients de 40 ans et plus qui comptent en moyenne 7 dents absentes non remplacées.**

> Le jeune V., 19 ans, arrive au Caso avec la joue très enflée : *« Je n'ai pas dormi depuis deux nuits, j'ai trop mal à la dent ! J'ai fini par essayer de m'arracher la dent avec une clé à molette tellement j'avais mal. Ça m'a fait péter les plombs ! ».* V. n'a pas souhaité se rendre à l'hôpital car… *« à L'hôpital, on demande toujours des papiers. Si tu n'as pas l'argent et pas la carte médicale, on ne te soigne pas… C'est un copain qui m'a dit qu'ici, je n'ai pas besoin d'avoir peur et que peut-être on pourrait faire quelque chose pour moi. Il m'a dit ça… »*
> Pourtant, le jeune homme de 19 ans avait tous les justificatifs nécessaires pour obtenir une couverture maladie et accéder à des soins…" [Caso, Marseille]

La plupart du temps, les Caso orientent les personnes en demande de soins dentaires vers les urgences hospitalières ou les Pass dentaires lorsqu'elles existent. Toutefois, certains Caso comme Saint-Denis, Grenoble ou Angers ont mis en place des partenariats avec des associations proposant des soins dentaires et d'autres comme Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nice, Rouen et Strasbourg proposent des consultations dentaires[22]. **En 2013, 3 685 consultations dentaires ont été dispensées par ces Caso auprès de 1 696 patients différents,** soit en moyenne 2,2 consultations dentaires par personne. L'activité dentaire (en nombre de consultations) a légèrement diminué en 2013 (– 4 % par rapport à 2012).

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[23]. L'indice CAO a été calculé pour 428 personnes, soit le quart des patients reçus en consultation dentaire en 2013. Il s'élève à 9,2 *(tableau 23)*. Des études récentes montrent que le CAO chez les adultes est compris entre 13 et 15 en France *[HAS 2010a]*. **Le nombre moyen de dents cariées est de 3,1 parmi les patients rencontrés dans les Caso, contre 1,2 dans la population générale adulte française** *[HAS 2010a]*. Or il est reconnu qu'à long terme l'absence de consultation dentaire et la mauvaise santé buccodentaire qui en découle peuvent avoir des répercussions graves sur l'état de santé général, physique comme psychologique des personnes *[Teissier 2012]*. Parmi les risques associés à une mauvaise santé bucco-dentaire figurent, entre autres, les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, les accouchements précoces et l'obésité *[Vergnes 2012]*.
Les études montrent qu'il subsiste de fortes inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire qui peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène dentaire, alimentation, addictions…), mais également par un accès aux soins limité selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière. À ce titre, Despres et al. rappellent que ce sont les soins dentaires auxquels les adultes renoncent le plus *[Despres 2011]* et bien souvent le renoncement aux soins est d'autant plus important que l'état de santé est dégradé *[Azogui-Lévy 2005]*.

(22) À Toulouse, un dentiste est présent pendant les consultations médicales et propose systématiquement un bilan bucco-dentaire. À Nancy, les consultations dentaires sont délivrées dans les locaux de la faculté d'odontologie dépendant du CHU, hors du Caso.
(23) L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire qui se décompose en trois indices : nombre de dents Cariées (C), nombre de dents Absentes (A), nombre d'Obturations, de dents soignées (O). L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées. Il peut être utilisé globalement ou de manière éclatée selon ses différentes composantes.

Dans la population des Caso, on constate que l'indice CAO est significativement plus élevé chez les Français que chez les étrangers en raison d'un nombre plus élevé de dents obturées. Les variations les plus sensibles s'observent logiquement avec l'âge, qui s'accompagne d'une dégradation significative de la santé bucco-dentaire, en particulier à partir de 40 ans. Cette dégradation est due pour une grande part à une augmentation importante du nombre de dents absentes chez ces patients, qui présentent en moyenne 7 dents absentes non remplacées.

Pour les populations en situation précaire, il est indispensable que la prévention des pathologies bucco-dentaires soit intégrée dans une démarche globale. Pour cela, le dispositif des Pass dentaires, entre autres, doit être renforcé sur l'ensemble du territoire.

Un état de santé bucco-dentaire particulièrement dégradé pour les personnes à la rue ou en habitat précaire

Une étude menée en 2014 auprès des consultants des 7 plus gros Caso *[MdM 2014a]* a montré que plus d'un tiers (38,3 %) des personnes de 15 ans ou plus considèrent avoir un mauvais ou très mauvais état de santé buccodentaire, contre 25 % en population générale *[Azogui-Lévy 2005]*. 60 % des personnes de 15 ans ou plus déclaraient au moins une dent absente (contre 36 % en population générale) et pour plus de 2 personnes sur 5, au moins 5 dents étaient absentes.

Les conditions de logement sont significativement associées à l'état de santé bucco-dentaire : en effet, les personnes à la rue, en campement ou en squat ont significativement plus de dents absentes que les personnes hébergées durablement. La santé bucco-dentaire ou plutôt la mauvaise santé bucco-dentaire résulte à la fois d'un défaut d'accès aux soins, d'une mauvaise alimentation (exposition adéquate au fluor, exposition aux acides de certains aliments et de certaines boissons), mais est également une conséquence de la mauvaise hygiène buccodentaire (question d'accès à l'eau, et des moyens disponibles pour le brossage des dents). D'autre part, l'absence de dents peut être source de pathologies digestives et très handicapante, en particulier pour les personnes qui ne sont pas en mesure de cuisiner ni même de choisir la nourriture qu'elles peuvent consommer.

Tableau 23 : Indice CAO des patients de 15 ans ou plus examinés dans les Caso selon la nationalité, le sexe et l'âge, 2013

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents absentes	Nombre moyen de dents obturées	Indice CAO
Ensemble des patients	**3,1**	**4,3**	**2,0**	**9,2**
Nationalité				
Français	3,9^{ns}	5,1^{ns}	4,7***	12,8**
Étrangers	3,0	4,1	1,7	8,6
Sexe				
Hommes	3,2^{ns}	4,0^{ns}	1,9^{ns}	8,9^{ns}
Femmes	2,9	4,9	2,3	9,8
Âge				
15-20 ans	5,3***	0,4***	0,6^{ns}	6,0***
20-39 ans	3,2	3,0	1,8	7,9
40-59 ans	2,6	7,1	2,5	11,9
60 ans et plus	2,5	6,8	4,1	12,1

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

PARTIE 1

6. L'accès à l'alimentation des personnes en situation précaire dans les Caso

LES POINTS ESSENTIELS

- **80 % des foyers en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières.**
- **Seules 42 % des personnes rencontrées ont eu recours à de l'aide alimentaire.**
- **Un tiers des personnes rencontrées présentent une pathologie en lien possible avec une alimentation défavorable.**

Alors que le Plan national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 présente l'amélioration de l'état nutritionnel de la population comme *« un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France »,* nous avons pu faire le constat, lors d'une enquête spécifique récente menée auprès des patients de 7 Caso *[MdM 2014a]*, d'un écart particulièrement important entre les recommandations et la réalité de l'alimentation des personnes en situation de grande précarité en France.

80 % des foyers en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières

Selon les résultats d'une étude menée auprès de 346 personnes en 2014 dans 7 Caso *[MdM 2014a]*, **80 % des foyers accueillis dans les Caso sont en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières[24]. Cette proportion est 6 fois supérieure à la moyenne nationale française** *[Darmon 2009]*. L'enquête révèle que l'insécurité alimentaire pour raisons financières est très fortement associée aux conditions de logement des personnes (les personnes à la rue ou en squat dépensent moins, déclarent plus souvent des absences de repas…) et s'avère plus fréquente pour les personnes en situation administrative précaire (telles que les demandeurs d'asile ou les personnes en situation irrégulière).
Selon Darmon et al., au-dessous d'un seuil de dépenses alimentaires de 3,50 euros par jour et par personne, il existe des risques pour la santé *[Darmon 2006]*. Or, près de deux tiers des foyers de notre échantillon ont déclaré une somme inférieure à ce seuil.

Une sous-utilisation des dispositifs d'aide alimentaire

Pour pallier ces contraintes, les structures d'aide alimentaire peuvent apporter un support en denrées. Or, on constate que **seules 42 % des personnes rencontrées dans les Caso ont eu recours à de l'aide alimentaire au cours du mois précédant l'enquête.** Ce résultat met en évidence une sous-utilisation importante de ces structures par une population qui pourrait être particulièrement concernée. L'enquête révèle que les personnes n'ayant pas bénéficié de l'aide alimentaire sont en grande majorité ignorantes de ce type de support. Par ailleurs, pour les personnes ayant eu accès à l'aide alimentaire, une part non négligeable déplorent l'absence de variétés des produits proposés et des quantités trop faibles. **Même si pour beaucoup de foyers, cette aide est essentielle à la survie, elle reste souvent insuffisante et/ou trop ponctuelle pour couvrir la totalité des besoins alimentaires.** Le recours à l'achat pour compléter les besoins alimentaires du foyer est fréquent et difficile compte tenu des ressources très faibles. Les personnes pour qui cette aide constitue un approvisionnement en nourriture essentiel ont donc une alimentation fortement contrainte et insuffisante. Les populations précaires doivent par conséquent faire face à de fortes contraintes financières pour l'achat d'aliments et celles ayant recours à des services d'aide alimentaire n'ont pas le choix des aliments servis ou n'ont pas la possibilité de faire la cuisine, ce qui renforce les difficultés alimentaires.

(24) L'insécurité alimentaire pour raisons financières est estimée à travers la question du Food Sufficiency Indicator (USA FSI) *: « Parmi les quatre situations suivantes, quelle est celle qui correspond le mieux à la situation actuelle de votre foyer ? 1) Vous pouvez manger tous les aliments que vous souhaitez ; 2) Vous avez assez à manger mais pas tous les aliments que vous souhaiteriez ; 3) Il vous arrive parfois de ne pas avoir assez à manger ; 4) Il vous arrive souvent de ne pas avoir assez à manger) » ;* et d'une question complémentaire permettant de déterminer les raisons de l'absence d'aliments en quantité suffisante. Les personnes ayant déclaré *ne pas avoir assez à manger souvent ou parfois, ou avoir assez à manger mais pas toujours les aliments souhaités* et précisant que c'était lié à un manque d'argent étaient considérées en « situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières ».

Un tiers des personnes présentent une pathologie en lien avec une alimentation défavorable

Il apparaît que les consommations tant des adultes que des enfants sont nettement insuffisantes et ne peuvent pas permettre de garantir un état de santé satisfaisant, ni une croissance optimale pour les enfants. Selon cette enquête *[MdM 2014a]*, près de la moitié des adultes et plus de 20 % des jeunes de 5 à 18 ans ont déclaré ne pas avoir mangé au moins une journée entière au cours du mois et dans plus de 6 cas sur 10 les personnes ont déclaré avoir pris moins de 3 repas la veille de l'enquête. Si l'on s'attache à la composition des repas, les consommations sont là aussi nettement insuffisantes : un quart des enfants et adolescents n'avaient consommé ni fruit, ni légumes, ni laitages dans les dernières vingt-quatre heures, 40 % n'avaient pas consommé de viande, poisson ou œuf. Chez les adultes, le constat est le même avec des portions très en deçà des recommandations nationales en vigueur.

Cette insécurité alimentaire se traduit à court terme par un amaigrissement, conséquence physique d'une sous-alimentation des personnes. Ainsi, dans notre **échantillon, plus d'un tiers des adultes ont déclaré avoir perdu du poids de manière imprévue au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.** Les plus touchés sont les primo-arrivants et les personnes vivant à la rue ou en campement. À ce titre, **parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois fréquentant les Caso en 2013, 3,5 % étaient en situation de malnutrition aiguë[25] et 7,1 % accusaient un retard de croissance[26].**

Par ailleurs, les problèmes de surpoids ou d'obésité touchent un tiers des adultes vus en consultation médicale et sont ainsi 2 fois plus fréquents que dans la population générale française *[Inserm 2012]*. L'obésité, concernait 18,7 % des adultes. Elle était particulièrement élevée chez les femmes (30,9 %).

Au total, un tiers des personnes interrogées présente une pathologie (chronique ou aiguë) pouvant être en lien avec une alimentation défavorable (telle que diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, ostéoporose…). Bien qu'il soit souvent difficile de dissocier les effets particuliers de l'insécurité alimentaire de ceux d'autres facteurs de risque également plus fréquents dans les populations précaires, il est reconnu que l'insécurité alimentaire est associée à un mauvais état de santé général.

Face à ces constats **MdM recommande de mieux informer les personnes en situation de grande précarité sur leurs droits et les dispositifs existants d'aide alimentaire ; de développer des aides alimentaires adaptées et ciblées (dispositifs innovants ou de proximité) pour les personnes précaires ; de mettre fin aux arrêtés anti-glanages et anti-mendicité, qui peuvent constituer des ressources de dernier recours pour les plus précaires ; d'adapter les actions de prévention et de promotion à la santé pour toucher les plus précaires et les migrants (dépistages systématiques par exemple à l'ouverture des droits AME...) et enfin d'agir sur les déterminants sous-jacents de la malnutrition (accès au logement, aide financière, conditions de séjour…).**

(25) Indice poids/taille < -2 zscore (normes OMS 2006).
(26) Indice taille/âge < -2 zscore (normes OMS 2006).

PARTIE 1

7. Les difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun pour les personnes reçues dans les Caso

7.1 Les droits à la couverture maladie

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, 89 % des patients reçus n'avaient pas de couverture maladie lors de leur première visite.**
- **L'accès aux droits s'avère particulièrement difficile pour les étrangers relevant de l'AME.**
- **Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée : près de 70 % des personnes résidant en France depuis plus de dix ans ne disposent pas de couverture maladie au jour de leur visite au Caso.**

En 2013, 76 % des patients reçus dans les Caso relèvent, au regard de leur situation administrative, d'un dispositif de couverture maladie : plus de 50 % relèvent de l'AME, 21 % de l'assurance maladie et 5 % environ d'un système de protection sociale d'un autre pays européen.
Plusieurs évolutions marquantes peuvent être rappelées concernant les droits à la couverture maladie des patients fréquentant les Caso : La première est une diminution importante, depuis plus de dix ans, de la part des personnes relevant de l'assurance maladie (elles étaient 40 % en 2001, contre 21 % en 2013), en lien probablement avec la baisse du nombre de Français parmi les consultants. La seconde est le doublement, à partir de 2004, de la proportion de personnes exclues de tout dispositif de couverture maladie en raison du critère de résidence de plus de trois mois imposé cette année-là pour pouvoir bénéficier de droits (de 10 % en 2004, elle varie depuis entre 19 % et 24 %).
Malgré le fait que plus des trois quarts des consultants peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, seuls un peu plus de 12 % d'entre eux disposent de droits ouverts lorsqu'ils se présentent pour la première fois dans les Caso *(tableau 24)*. Les difficultés d'accès aux droits sont variables selon le dispositif dont relèvent les personnes : ainsi, les patients relevant de l'assurance maladie de base sont environ 37 % à disposer de droits ouverts, contre seulement 15 % des personnes relevant de la CMUc et 9 % des personnes relevant de l'AME, soulignant ainsi les difficultés importantes que rencontrent nombre de personnes à faire valoir leurs droits. Ces difficultés ont par ailleurs été soulignées dans le récent rapport du Défenseur des droits, qui indique que *« 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]*.

De façon globale et quelle que soit la situation administrative des personnes, 89 % d'entre elles ne disposaient d'aucune couverture maladie lorsqu'elles ont été reçues la première fois dans les Caso. Il est fort probable qu'une grande majorité des personnes, récemment arrivées sur le territoire français, ne soit pas informée des droits et des dispositifs existants en matière de couverture maladie ; toutefois, **on constate que les difficultés d'accès aux droits des étrangers s'inscrivent dans la durée, dans la mesure où 70 % n'ont toujours pas de couverture maladie même après dix années de résidence sur le territoire** *(figure 5)*.

Ces personnes, ne pouvant prétendre à l'AME, ne peuvent bénéficier que du dispositif hospitalier Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) qui ne concerne que les *« soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital [..] »* et qui sont bien souvent laissés à l'appréciation des médecins, ou se rendre dans les Pass lorsqu'elles existent et fonctionnent.

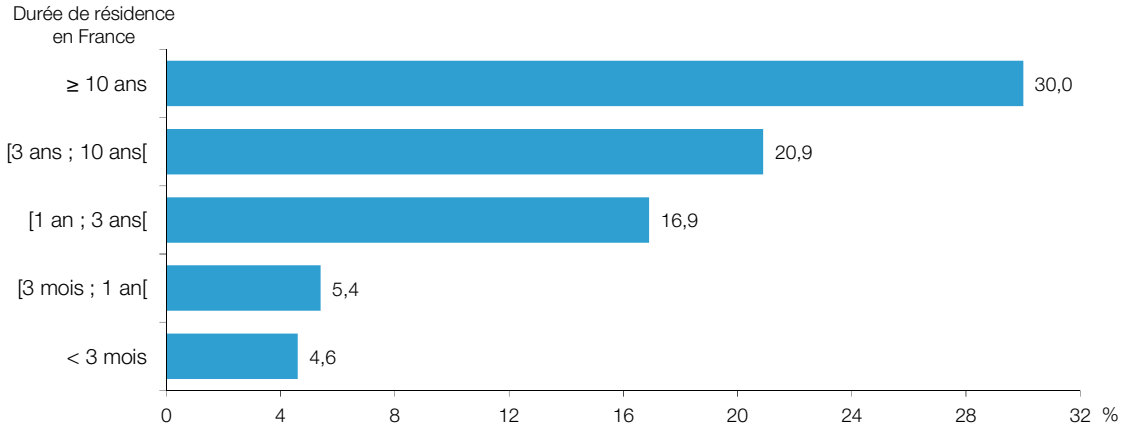
Tableau 24 : Croisement entre les droits théoriques et les droits effectifs à la couverture maladie des patients reçus

	Droits ouverts		Droits non ouverts	
	%	n	%	n
Patients relevant de l'assurance maladie de base uniquement	36,6	402	63,4	696
Patients relevant de la CMUc	14,6	524	85,4	3 055
Patients relevant de l'AME	9,0	1 028	91,0	10 330
Patients ayants droit à une couverture maladie[1]	**12,2**	**1 954**	**87,8**	**14 081**

Taux de réponse droits effectif : 77,6 %

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

Figure 5 : Part des étrangers reçus dans les Caso ayant des droits ouverts selon la durée de résidence en France, 2013



7.2 Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins en 2013

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les principaux obstacles à l'accès aux soins des patients sont la méconnaissance des droits et des structures (30 %), les difficultés administratives (29 %), la barrière linguistique (20 %).**
- **Le tiers des étrangers sans titre de séjour déclarent limiter leurs déplacements par peur d'être interpellés.**
- **Un patient sur quatre âgé de 16 ans et plus nécessite une domiciliation administrative pour accéder aux droits.**

La complexité des démarches : premier obstacle à l'accès aux droits… renforcé par des dysfonctionnements administratifs et des pratiques abusives

Les principaux obstacles mentionnés par les patients sont **la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins (pour 30,1 % des patients) et les difficultés administratives auxquelles ils font face (28,8 %)** *(tableau 25)*. Ce résultat vient contredire le mythe selon lequel les migrants viendraient en France dans le but de se faire soigner dans la mesure où ils ne connaissent pas le système de soins français.

Par ailleurs, **près de 2 personnes sur 10 évoquent l'impossibilité d'obtenir des droits en raison des différents critères exigés, dont l'obligation de fournir la preuve d'une résidence en France depuis au moins trois mois.** À ce titre, le critère de résidence ininterrompue de trois mois en France pour accéder aux droits constitue un obstacle particulièrement prégnant.

Enfin, 7 % évoquent des délais d'instruction particulièrement longs. Rappelons que les délais d'ouverture des droits peuvent aller jusqu'à plus de six mois, avec de fortes disparités selon les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam). À Nice, par exemple, seules un quart des demandes d'AME sont traitées dans les deux mois. Ces dysfonctionnements ont un impact sur l'activité des Pass, qui deviennent le seul recours aux soins pour ces personnes pendant toute la période de traitement des demandes.

> *En septembre, nous recevons en consultation médicale Monsieur T, arménien. Il y a un an, il a été victime d'un accident vasculaire cérébral et doit suivre un traitement depuis. Ce monsieur s'est vu retourner 4 fois son dossier de demande de renouvellement d'AME car, logiquement n'ayant aucunes ressources, il déclarait 0 euro de ressources, ce qui aux yeux de la réglementation est un motif légitime pour ne pas prendre de décision concernant l'octroi de cette prestation. De fait, sans AME, il vient nous voir après trois mois d'arrêt de traitement."* [Caso, Nice]

> *Monsieur D. a déposé sa demande d'AME le 28 janvier 2013 et a reçu l'accord de la Cpam pour l'ouverture de ses droits six mois plus tard. Lorsqu'il est allé chercher sa carte, il s'est rendu compte que ses droits étaient ouverts depuis la date de dépôt et jusqu'au 27 janvier 2014."* [Caso, Grenoble]

Comme le souligne Michel Legros dans les travaux préparatoires à la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, *« comme dans bien d'autres domaines, l'empilement des dispositifs, la juxtaposition des législations, sont ici de véritables obstacles à l'accès aux soins et en particulier pour les personnes en situation de grande précarité »*[27]. Selon le Défenseur des droits, *« le bénéfice* [des droits à une couverture maladie] *est conditionné à l'accomplissement d'un parcours administratif qui se caractérise par sa complexité pour l'usager comme pour les personnes chargées de sa gestion ». [DDD 2014].*

(27) Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale « Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins », Travaux préparatoires. Pilote du groupe de travail : M. Legros.

Au-delà des obstacles cités par les patients, les associations de terrain et les intervenants de MdM constatent au quotidien un désengagement des services publics, une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel du social et du médical et de nombreuses pratiques abusives des administrations, sous couvert de lutter contre les abus et les fraudes *[Comede 2014]*. Ces dysfonctionnements, rapportés par le Défenseur des droits dans son récent rapport *[DDD 2014]*, aboutissent généralement à une augmentation des délais de traitement, voire à des refus d'ouverture de droits, ce qui signifie pour les patients des retards dans le recours, voire des renoncements aux soins.

Tableau 25 : Principaux obstacles à l'accès aux soins cités par les patients reçus dans les Caso, 2013

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Méconnaissance des droits et des structures	30,1	6 311
Difficultés administratives	28,8	6 023
Barrière linguistique	19,5	4 080
Aucuns droits possibles (séjour < 3 mois,visa touriste, plafond de ressources dépassé...)	18,9	3 955
Difficultés financières (avance de frais, soins non pris en charge…)	10,7	2 241
Délais d'instruction trop longs	6,7	1 410
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,7	571
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2,5	519
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	1,5	310
Autre raison exprimée	4,7	979

Taux de réponse : 69,9 %.

Des caisses primaires qui n'arrivent plus à faire face à leur obligation de service public

L'accès aux soins des plus démunis, par l'accès aux différents droits existants (CMU, CMUc, ACS, AME…), doit être défendu dans un objectif de santé publique. Or si la réglementation en vigueur concernant l'accès à ces dispositifs est complexe, certaines pratiques des Caisses de sécurité sociale se développant sur le territoire en marge de la réglementation et de manière totalement hétérogène viennent compliquer encore plus l'accès aux droits. Les équipes de MdM constatent au quotidien la grande hétérogénéité des pratiques des Cpam et une augmentation des demandes de justificatifs de manière abusive, en particulier pour l'obtention de l'AME.

Par ailleurs, lors du dépôt des dossiers, les usagers ne se voient pas systématiquement remettre un récépissé, pourtant prévu par la loi. Les délais d'instruction des dossiers sont particulièrement longs. Lorsque le dossier est complet, d'après les expériences sur le terrain, les délais moyens sont proches de trois, voire six mois selon les Cpam. Ces délais de réponses posent un vrai problème d'efficacité en termes d'accès à la couverture maladie avec l'impossibilité pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite[28] ou d'un retard de procédure. Ces difficultés peuvent être illustrées par une pratique récente de la Cpam de Seine-Saint-Denis, qui, expliquant ne pas disposer de moyens suffisants pour traiter les demandes d'AME, a donné pour consigne en février 2014 de ne pas traiter les demandes d'AME déposées et non encore instruites au 6 décembre 2013 (soit approximativement 12 000 dossiers). En refusant d'examiner les demandes des usagers, qui ne sont ni avertis ni mis en position d'exercer des recours, la Cpam a démissionné purement et simplement de son obligation de service public, empêchant les personnes de se soigner ou les laissant endettés face à des factures hospitalières. Cette technique du « déstockage des dossiers », dénoncée[29] par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE[30]), dont MdM est membre, est illégale et nuit à l'intérêt général en portant atteinte à la santé publique et à l'accès aux droits de chacun. L'ODSE a alerté la ministre des Affaires sociales et de la santé de son inquiétude quant au risque de pérennisation d'une telle pratique comme mode de gestion de la charge de travail des caisses et a demandé que l'État exerce son pouvoir de contrôle.

Face à la mobilisation associative début 2014, la direction de la Caisse a réagi favorablement en augmentant les moyens dédiés au traitement des dossiers et assuré que l'ensemble des dossiers seraient traités.

(28) Le silence de l'administration pendant deux mois vaut décision implicite de rejet.
(29) Une lettre ouverte à Mme Marisol Touraine a été adressée par l'ODSE en date du 21 février 2014.
(30) L'ODSE est un collectif d'associations qui entendent dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale (odse.eu.org).

Le principe de l'adresse déclarative encore rarement appliqué par les caisses de sécurité sociale

L'une des conditions indispensables pour pouvoir accéder à une couverture maladie est de disposer d'une adresse postale[31] afin de recevoir tout courrier qui lui est relatif. Les caisses de sécurité sociale doivent s'en tenir à cette adresse déclarée par les personnes, sans demander de justificatif de domicile. La domiciliation administrative est, quant à elle, réservée aux personnes dans l'incapacité de déclarer une adresse postale. Cette domiciliation (généraliste pour la CMU, spécifique pour l'AME) peut être demandée auprès d'un Centre communal d'action social[32] (CCAS) ou auprès d'une association agréée. **En 2013, au jour de leur première consultation au Caso, 24,5 % des personnes ont besoin d'une domiciliation et 25,3 % en ont obtenu une, dans plus de 8 cas sur 10 auprès d'une association** *(tableau 26)*. **Ce résultat met en évidence la sollicitation toujours plus importante des associations.**

Les équipes sur le terrain constatent de nombreux dysfonctionnements en lien avec le principe déclaratif de l'adresse et les procédures de domiciliation. En effet, **il n'est pas rare que les personnes se voient refuser leur adresse déclarative ou demander des pièces justificatives de manière abusive** (quittance de loyers, attestation de l'hébergeant, facture…) par les caisses de sécurité sociale. Certaines personnes (n'ayant aucun justificatif ou ne souhaitant pas impliquer leur hébergeant dans ces démarches) se voient alors dans l'obligation de procéder à une domiciliation administrative pour pouvoir ouvrir leurs droits. **Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors que les CCAS et les associations agréées sont déjà saturées.** Certaines en viennent même à appliquer des critères de sélection pour pouvoir faire face à la demande. Par exemple, certains CCAS ne remplissent pas leur mission en refusant de domicilier pour l'AME en particulier, faisant notamment état de la complexité et du manque de lisibilité des dispositifs, ou en appliquant des critères restrictifs, voire rédhibitoires, à l'accès à la domiciliation.

Depuis de nombreuses années, MdM milite, aux côtés d'autres associations, pour la simplification du droit à la domiciliation et demande que soit effectivement appliqué par les caisses de sécurité sociale le principe déclaratif de l'adresse, que soient précisées et harmonisées les missions des CCAS et des associations agréées, que soit améliorée la coordination par le préfet de l'offre de domiciliation sur les territoires, et enfin que la domiciliation pour l'AME ne relève plus d'un dispositif spécifique et soit intégré au « dispositif généraliste » de domiciliation prévue par le Code de l'action sociale et des familles, afin d'en simplifier les procédures.

En mars 2014[33], en application du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les associations ont été en partie entendues dans la mesure où les règles spécifiques de la domiciliation pour les personnes demandant l'AME ont été supprimées et leur régime a été aligné sur la domiciliation généraliste. Pourtant, cette simplification n'est pas encore entrée en vigueur en l'absence de décrets d'application et il est à regretter que seules les personnes sans domicile stable extracommunautaires et en situation administrative irrégulière n'aient pas droit à une adresse pour des droits limitativement fixés (l'aide juridictionnelle, l'AME, l'exercice des droits civile)[34].

> *N'ayant pas d'adresse, ni d'accès possible à une domiciliation administrative, Monsieur V. est obligé de passer par une tierce personne qui possède une carte bleue, pour encaisser les chèques donnés par l'entreprise de récupération de ferraille. Cela lui fait perdre 15 % de ses gains et le rend dépendant de ceux qui ont les moyens de se procurer une domiciliation. Les banques refusent les domiciliations données par les associations. C'est une situation sans issue."*
> [Mission Bidonville, Aubervilliers]

Tableau 26 : Situation des patients de plus de 16 ans reçus dans les Caso vis-à-vis de la domiciliation, 2013

	%	n
Disposent d'une adresse (personnelle ou chez des proches)	50,2	10 630
Disposent d'une domiciliation		
– auprès d'une association agréée	21,2	4 484
– dans un CCAS	4,1	861
Ont besoin d'une domiciliation	24,5	5 177

Taux de réponse : 80,2 %.

(31) Qu'il s'agisse d'une adresse personnelle ou de celle d'un tiers.
(32) Sous condition de l'existence d'un lien avec la commune.
(33) Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014
(34) Article L. 264-2 du Code de l'action sociale et des familles.

La barrière de la langue : un obstacle qui pourrait être réduit par un recours plus fréquent à l'interprétariat professionnel

La barrière de la langue constitue un obstacle à l'accès aux soins pour 2 personnes sur 10 *(tableau 25)*. Ce résultat souligne l'importance de l'accompagnement de ces personnes dans leurs démarches et la nécessité du recours à l'interprétariat professionnel par les administrations ou les professionnels dans la prise en charge de ces publics peu ou pas francophones.

Nous pouvons souligner à ce titre un manque de recherche de solutions des structures et des professionnels pour assurer des consultations avec un interprète professionnel. Selon une étude récente en France, la connaissance du recours à l'interprétariat professionnel est faible chez les médecins (libéraux ou hospitaliers) et moins de 5 % des patients allophones interrogés dans le cadre de cette étude ont eu recours aux services d'interprétariat professionnel. *« Ainsi, sans que cette situation soit anticipée ou délibérément choisie par les services ou les médecins, un nombre conséquent de patients allophones se retrouvent en consultation sans aucune possibilité de dialogue avec le médecin » [Schwarzinger 2012].* **Le recours à l'interprétariat favorise la bonne observance des traitements, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics, et par conséquent réduit les risques de retards 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.**

Comme proposé par M. Legros, *« L'ensemble de ces constats conduit à suggérer le développement de la formation, de l'information, la présence de médiateurs et de traducteurs, la croissance des interfaces, l'évolution vers un système de soins plus accompagnant »* dans un contexte où les organismes de traduction ont du mal à s'adapter à la demande et sont menacés financièrement[35].

MdM s'est également engagé en ce sens à respecter les principes énoncés à Strasbourg en novembre 2012 en signant la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France[36], et continue de s'investir dans ce sens pour que de plus en plus de patients puissent bénéficier de consultations avec l'appui d'un interprète professionnel lorsque c'est nécessaire.

> *Monsieur R., 25 ans, originaire du Pakistan, vient consulter pour des douleurs abdominales. Son anglais ne permettant pas de bien expliquer ses troubles, nous faisons appel à Inter Service Migrants. Grâce à l'interprète de langue urdu, nous comprenons ses troubles et apprenons que M. R. vient de passer trois nuits dans un parc. L'interprète lui explique qu'un rendez-vous est pris pour une prise de sang. Une fois le rendez-vous pris, nous tentons d'en expliquer le lieu et la date. Cela prend un peu de temps, lorsque, soudain, Monsieur R. croise ses bras sur le bureau et y dépose sa tête en signe de désespoir…*
> *Monsieur R. reste dans cette position, muet, sourd à toute parole de réconfort qu'il ne peut comprendre. Finalement, après plus d'une heure, avec l'aide d'un autre patient pakistanais, parlant anglais, l'échange peut être repris. M. R. quitte le Caso avec trois rendez-vous qu'il honorera".*
> [Caso, Saint-Denis]

Les difficultés financières : un obstacle non négligeable pour 1 patient sur 10

La hiérarchie des obstacles à l'accès aux droits en 2013 est conforme à ce que l'on retrouvait en 2012, avec toutefois cette année une prégnance plus importante des difficultés financières : ainsi en 2013, plus d'une personne sur 10 a déclaré être confrontée à des difficultés financières pour accéder aux soins (difficultés d'avance de frais ou de franchise, impossibilité de souscrire à une complémentaire…), contre 6 % en 2012.

Les études montrent que ce sont avant tout les individus les moins protégés par une assurance privée qui doivent affronter les obstacles financiers les plus importants. Alors que la couverture complémentaire s'est largement développée en France ces dernières décennies, il reste une frange non négligeable de la population qui en est dépourvue (de l'ordre de 7 %), en dépit de la création de la CMUc. Ces difficultés financières aboutissent généralement à un retard ou un renoncement aux soins.

(35) « Le casse-tête de la traduction dans les services sociaux », La Croix 21/4/2014.
(36) http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf

Les refus de soins : une réalité encore trop fréquente

Nos équipes sont également fréquemment témoins des mauvaises expériences dans le système d'accès aux soins que peuvent subir les populations en situation de grande précarité. En effet, au-delà des difficultés pour obtenir des droits à une couverture maladie, il est établi que certains professionnels de santé refusent ou retardent l'accès au système de soins à des bénéficiaires en raison de leur type de protection sociale. Malgré des dénonciations nombreuses, ces pratiques discriminatoires demeurent récurrentes aussi bien en médecine libérale qu'à l'hôpital et **les équipes de MdM rencontrent encore nombre de patients qui se heurtent soit à des refus de soins, soit à des dépassements d'honoraires ou des demandes de paiement contraires à la réglementation (facturation de traitements lourds, demande de paiement préalable…) qui constituent, pour ces populations en situation de grande précarité, des refus de soins manifestes ou déguisés qui peuvent avoir des répercussions parfois dramatiques.** En 2013, 4 % environ des patients ont dû faire face à des refus de soins[37].

Ces pratiques s'observent également dans les Pass où elles touchent plus particulièrement les migrants précaires, en dépit de leur mission principale d'accès aux soins pour les plus démunis. Comme le dénonce le Comede dans son récent rapport : *« la délivrance de soins apparaît de plus en plus souvent conditionnée à la détention préalable d'une protection maladie » [Comede 2014]*. Or selon l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, *« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins »*. L'ODSE, dont MdM est membre, dénonce depuis de nombreuses années ces pratiques illégales et espère que des mesures concrètes seront prises dans le cadre de la prochaine loi de santé publique. Il convient, comme le propose le Défenseur des droits, de mieux former les professionnels de santé à l'accès aux soins et à la lutte contre les refus de soins et de proposer un encadrement juridique renforcé pour que les institutions concernées se donnent pleinement les moyens d'identifier et de traiter les refus de soins.

> *Après plusieurs mois d'attente, Monsieur V. arrive enfin au jour de sa consultation avec un spécialiste. À l'issue de la consultation, le médecin lui prépare une prescription et demande le paiement de la consultation. Monsieur V. lui explique qu'il est bénéficiaire de l'AME et qu'il n'a pas d'avance de frais à faire pour cette consultation. Furieux de ne pas avoir été mis au courant avant, le spécialiste déchire l'ordonnance et demande à Monsieur V. de partir. À la suite de cet événement, Monsieur V. s'est présenté au Caso. Le praticien a été dénoncé auprès de la cellule de lutte contre les discriminations en santé, sans suite pour l'instant."* [Caso, Grenoble]

> *En juillet 2013, une assistante sociale du Centre hospitalo-universitaire de Nice nous contacte au sujet d'une patiente pour laquelle il existe une suspicion de cancer du sein et qui n'a pas encore d'AME. Elle nous demande de faire prendre en charge sa mammographie en acte gratuit par un partenaire libéral. Nous lui rappelons que c'est le rôle de la clinique du sein située au Centre anticancéreux, mais celle-ci nous répond que ce centre refuse les patientes sans couverture maladie. Devant la difficulté à faire appliquer la circulaire pour les soins urgents (FSUV), nous acceptons finalement d'orienter la patiente chez un de nos partenaires."* [Caso, Nice]

À ces différents obstacles s'ajoute, pour les étrangers sans titre de séjour, la peur d'être arrêtés. Ainsi, plus du tiers (33,6 %) d'entre eux indiquent limiter leurs activités et leurs déplacements de peur d'être interpellés. Le risque d'être interpellé précarise par conséquent ceux qui y sont confrontés.

(37) Ce chiffre est probablement sous-estimé dans la mesure où la question est abordée lors de la première visite au Caso et que nombre d'entre eux sont des primo-arrivants.

7.3 Le retard de recours et le renoncement aux soins

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, un retard de recours aux soins a été constaté pour près de 36 % des consultants.**
- **30 % des patients nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente.**
- **2 personnes sur 10 ont renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.**
- **Le retard de recours et le renoncement aux soins sont plus fréquents en l'absence de couverture maladie et sont associés à certains indicateurs de précarité (difficultés de logement, absence de titre de séjour).**

En France, malgré la multiplication des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble des populations, le renoncement aux soins reste particulièrement fréquent. Selon une étude de 2008, 16,5 % de la population métropolitaine déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois *[Allonier 2010]*. Cette proportion atteint 30 % parmi les personnes non protégées par une complémentaire, contre 22 % des bénéficiaires de la CMUc et 15 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée. Le renoncement aux soins est également fréquent parmi les bénéficiaires de l'AME. Ainsi, selon une étude de la Drees réalisée en 2008 *[Boisguérin 2008]*, 25 % des bénéficiaires de l'AME déclarent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Le renoncement est avant tout motivé par des raisons financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités telles que le logement ou l'alimentation. Dans cette population, les renoncements aux soins concernent plus fréquemment des soins de premiers recours (alors qu'en population générale, ils concernent davantage les soins dentaires et/ou d'optique).

Ainsi, même si la CMUc ne permet pas de combler totalement l'écart entre ses bénéficiaires et les personnes ayant une complémentaire privée, les premiers renoncent beaucoup moins que les personnes n'ayant pas de complémentaire. Le facteur décisif est donc bien l'existence d'une assurance complémentaire et son degré de couverture[38]. La généralisation de l'accès à la complémentaire santé est au cœur de la stratégie nationale de santé présentée fin 2013[39]. À ce titre, en juin 2013, le gouvernement a relevé le plafond de la CMUc ainsi que celui de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), comme il l'avait annoncé lors de la présentation du plan quinquennal de lutte contre la pauvreté[40]. Selon les estimations du gouvernement, cette revalorisation profiterait à près de 750 000 personnes supplémentaires (400 000 personnes pour la CMUc et 350 000 personnes pour l'ACS) et devrait permettre de réduire le phénomène de non-recours ou de renoncement aux soins. Les associations rappellent également la nécessité de revaloriser le panier de soins de la CMUc (notamment sur l'optique, les prothèses auditives et de soins dentaires), comme cela a été évoqué dans le plan quinquennal.

> *"La jeune A. a 9 ans. Elle est scolarisée mais a du mal à suivre. Elle se plaint souvent de ses yeux. Sa mère l'emmène à l'hôpital, où on lui diagnostique une myopie sévère pour les deux yeux. Toute la famille est bénéficiaire de l'AME, mais cela ne couvre pas les frais de lunettes. Chez les opticiens, le devis le moins cher est à 338 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."* [Caso, Grenoble]

(38) Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, « Santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins », Travaux préparatoires. Pilote du groupe de travail : Michel Legros. Rapporteures : Denise Bauer, Nathalie Goyaux. 29 novembre 2012.
(39) Concomitante avec la baisse progressive et continue des niveaux de remboursements de l'Assurance maladie.
(40) Décret n° 2013-507 du 17 juin 2013 relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

Plus d'un tiers des patients présentent un retard d'accès aux soins et 20 % renoncent à des soins

Au sein des Caso, **plus de 35 % des patients reçus en consultation médicale en 2013 présentent, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 30 % se trouvent dans un état de santé nécessitant des soins urgents ou assez urgents** *(tableau 27)*.
Enfin, **20 % des personnes reçues dans les Caso indiquent avoir renoncé à des soins** au cours des douze derniers mois.
Les femmes renoncent plus fréquemment à des soins que les hommes (21 % *vs* 19 % chez les hommes). Elles sont également plus nombreuses à nécessiter des soins urgents ou assez urgents (33 % *vs* 28 %), notamment dans le cadre de suivis de grossesse.
Les personnes qui recourent tardivement aux soins ou qui renoncent aux soins sont pourtant plus souvent des patients affectés d'une pathologie chronique nécessitant une prise en charge dans la durée.
Si on constate que la fréquence du recours tardif aux soins ne varie pas de façon significative selon le sexe ou la nationalité, il augmente en revanche de façon très nette avec l'âge et est nettement majoré en l'absence de couverture maladie *(tableau 28)*.
Comme pour le recours retardif aux soins, les analyses montrent que le renoncement aux soins est fortement associé à l'âge des patients ainsi qu'à l'absence de couverture maladie. Par ailleurs, force est de constater que le renoncement aux soins est fortement associé aux conditions de logement : il augmente au fur et à mesure que la situation du logement se dégrade. On peut également observer une fréquence plus élevée du renoncement aux soins chez les femmes, parmi les Français ainsi que parmi les étrangers sans titre de séjour. Enfin, le renoncement aux soins croît avec la durée de séjour en France pour les patients étrangers.

Tableau 27 : Retard de recours aux soins, renoncement aux soins et soins urgents selon le sexe des patients reçus dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Femmes		Hommes		Total	
	%	n	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	35,9^{ns}	1 432	35,4	2 230	35,5	3 668
Renoncement à des soins	21,0***	1 407	18,9	2 131	19,7	3 540
Soins urgents ou assez urgents	33,1***	1 503	28,1	2 005	30,1	3 518

Taux de réponse : Retard de recours aux soins : 45,2 % ; Renoncement aux soins : 60,1 % ; Refus de soins : 45,3 % ; Soins urgents ou assez urgents : 51,2 %.
Analyses ajustées sur l'âge, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie
*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

Tableau 28 : Caractéristiques associées au retard de recours aux soins et au renoncement aux soins des patients consultant dans les Caso, 2013

	Retard de recours aux soins			Renoncement aux soins		
	%	n	OR[1]	%	n	OR[1]
Ensemble des patients	35,3	3 668		19,7	3 540	
Sexe						
Hommes	35,4	2 230	réf	18,9	2 131	réf
Femmes	35,9	1 432	1,0^{ns}	21,0	1 407	1,3***
Âge						
Moins de 20 ans	24,6	392	réf	11,7	214	réf
20-39 ans	37,1	1 963	2,0***	19,9	2 043	1,7***
40-59 ans	37,9	1 014	1,8***	22,2	1 021	1,9***
60 ans et plus	39,8	261	1,7***	19,8	221	1,7**
Nationalité						
Française	41,3	207	réf	26,5	204	réf
Étrangers	35,5	3 361	0,9^{ns}	19,5	3 292	0,5***
Durée de résidence en France						
< 1 an	35,6	2 207	réf	17,7	2 023	réf
1 an à < 3 ans	37,0	435	1,1^{ns}	22,3	577	1,5***
≥ 3 ans	37,9	482	1,1^{ns}	23,1	659	1,7***
Logement						
Personnel	31,7	210	réf	18,9	266	réf
Hébergé(e)	36,4	2 018	1,1^{ns}	19,8	2 200	1,6**
Squat, campement	37,7	478	1,3*	19,5	439	1,6**
Sans domicile fixe	37,1	622	1,0^{ns}	19,5	547	1,6**
Situation administrative						
Situation régulière	35,0	1 531	réf	17,9	1 243	réf
Situation irrégulière	36,7	1 778	0,9^{ns}	20,8	2 155	1,2**
Droits à la couverture maladie						
Ouverts	32,4	181	réf	15,2	267	réf
Non ouverts	36,6	2 930	1,3*	20,2	3 104	1,4*
Soins urgents ou assez urgents						
Non	26,1	1 692	réf	20,3	1 057	réf
Oui	57,4	1 589	3,7***	22,0	494	1,1^{ns}

[1] Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau.
*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de présenter un retard de recours aux soins est multipliée par 1,3 parmi les personnes sans couverture maladie par rapport aux personnes disposant de droits ouverts (OR = 1,3 significatif p < 0,05).

© Régis Dondain

© Jérôme Sessini / Magnum photos pour MdM

© Jérôme Sessini / Magnum photos pour MdM

© Jérôme Sessini / Magnum photos pour MdM

© Jérôme Sessini / Magnum photos pour MdM

© Virginie de Galzain

PARTIE 2

ACTIONS MOBILES VERS LES PLUS EXCLUS

PARTIE 2

1. La réduction des risques

1.1 La prévention du VIH, des hépatites et des IST

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, 28 092 personnes ont été concernées par les actions de prévention VIH, hépatites et autres IST menées dans le cadre du programme de prévention de MdM.**
- **La prévalence du VIH atteint 2,8 %, celle de l'hépatite B (AgHbs+) 8,4 %, celle du VHC 5,4 %, soit respectivement 14, 13 et 6 fois plus que la moyenne en population générale.**
- **La prévalence de la syphilis est particulièrement élevée parmi les personnes rencontrées (2,4 %).**

Le dispositif de dépistage du VIH et des hépatites en France montre ses limites : en effet, bien que l'activité de dépistage du VIH soit particulièrement importante (5,2 millions de sérologies par an *[Cazein 2013]*), on estime qu'environ 28 800 personnes sont aujourd'hui porteuses du virus du sida sans le savoir, sur les 150 000 vivant avec le VIH. Ce sont également 500 000 personnes qui sont porteuses du VHB ou du VHC, et respectivement 55 % et 43 % qui ne le savent pas, malgré un nombre de tests anti-VHC et AgHbs estimé à 3,4 millions *[Brouard 2013]*.

En France, les populations précaires (Français et migrants compris) sont des populations particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses comme le VIH et les hépatites, mais aussi la tuberculose. Ces publics sont, pour la plupart, en grande difficulté d'accès à la prévention. Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH (soit 6 400 personnes en 2012), 46 % sont de nationalité étrangère, dont près d'un tiers d'Afrique subsaharienne. La majorité des femmes séropositives sont nées en Afrique subsaharienne *[Cazein 2014]*. Par ailleurs, l'enquête de 2004 sur la prévalence des hépatites B et C met en évidence l'influence de la précarité sociale sur ces pathologies *[InVS 2007]* : les prévalences du portage de l'AgHbs et des anticorps anti-VHC sont respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMUc que chez les non-bénéficiaires.

Toutes ces données doivent nous inciter à accentuer nos actions de prévention et notamment d'incitation au dépistage. En 2013, 18 équipes[41] proposent un programme de prévention du VIH, des hépatites et autres infections sexuellement transmissibles. Ce sont ainsi **28 092 personnes qui ont été concernées par les actions de prévention.**

Les équipes proposent aux patients des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives de prévention. Les patients souhaitant faire un dépistage sont orientés le plus souvent vers les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) ou les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ou encore vers des laboratoires de ville. Enfin, depuis 2010 dans certains programmes, les patients se voient proposer des Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et, depuis 2012, des Trod du VHC, lors de l'entretien de prévention. Ces tests permettent de connaître immédiatement la sérologie du patient et facilitent ainsi la prise en charge en cas de séropositivité.

■ Une prévalence élevée du VIH et des hépatites parmi les patients dépistés dans les programmes de MdM

En 2013, grâce à nos partenariats avec certains CDAG/Ciddist[42] et laboratoires, nous avons obtenu les résultats d'environ 2 200 sérologies pour le VIH et les hépatites dans 8 programmes (à Marseille, Metz, Nantes, Nice, Paris, Saint-Denis et Strasbourg[43]) *(tableau 29)*. Il ressort de ces résultats que **la prévalence du VIH est de 2,8 %, soit 14 fois supérieure à la prévalence en population générale** *[Cazein 2014]*. **Concernant les hépatites B (AgHbs+) et C, les prévalences**

(41) Les Caso de Paris, Saint-Denis, Lyon, Marseille, Rouen, Toulouse, Nice, Cayenne, Bordeaux, Strasbourg 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 et 2 programmes auprès des usagers de drogues à Paris et Colombes (Erli) et Bayonne.
(42) Nos partenariats avec les CDAG/Ciddist prennent différentes formes : orientation des patients vers les CDAG/Ciddist, actions « hors les murs » des CDAG/Ciddist auprès des actions mobiles de MdM ou dans les Caso.
(43) Les Caso de Marseille, Nice, Paris, Saint-Denis, Strasbourg, les programmes auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés de Nantes et Paris ; le programmes auprès des personnes sans domicile fixe de Metz.

sont respectivement de 8,4 % et 5,4 %, soit 13 et 6 fois plus que la moyenne en population générale *[InVS 2007]*. Ces résultats doivent bien sûr être interprétés à la lumière des données épidémiolo-giques décrites précédemment.

Ces résultats viennent conforter les dernières recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH *[Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2014a]*, qui maintient 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'Amérique, usagers de drogues par voie intraveineuse, personnes originaires d'une zone de haute prévalence, personnes proposant des services sexuels tarifés…) 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.

Alors que le Plan Hépatites 2009-2012 s'achevait sans perspective de reconduite, la ministre de la santé s'était engagée à mettre en œuvre un premier rapport d'experts avant la fin 2013. Ce rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou C *[Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2014b]* a été rendu public le 19 mai 2014, lors de la Journée nationale de lutte contre les hépatites. On peut en retenir 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. À ce titre, les experts recommandent, entre autres, de poursuivre 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 première consultation prénatale, d'associer la recherche des trois virus VIH, VHB, VHC et par ailleurs 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.

Hépatite C : assurer l'accès inconditionnel aux nouveaux traitements

La mise en œuvre des recommandations du rapport d'experts hépatites *[Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2014b]* implique des moyens et des mesures à la hauteur des enjeux éthiques et de santé publique que constitue la lutte contre les hépatites B et C. Des collectifs et associations, dont MdM, se mobilisent depuis plusieurs mois pour alerter les autorités compétentes : malgré la révolution thérapeutique concernant l'hépatite C (arrivée de traitements bien mieux tolérés avec des taux de guérison spectaculaires), le prix prohibitif annoncé par les laboratoires va créer des inégalités d'accès aux soins et pourrait être invoqué pour refuser des soins à des populations plus marginalisées, vivant en situation administrative ou socio-économique précaire en ne basant pas la délivrance de médicaments vitaux sur les véritables besoins en santé des personnes. Une saisine du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) permettrait d'avoir son avis sur les dangers de la mise à l'écart de certains patients infectés par le VHC.

Alors que les dernières négociations se sont engagées en septembre 2014 pour la fixation du prix du sofosbuvir (Sovaldi®) entre Gilead et le Comité économique des produits de santé (CEPS), nos organisations appellent l'État à exiger un juste prix, voire à soumettre le sofosbuvir, première de ces molécules prometteuses, au régime de la licence d'office : cela permettrait d'autoriser un tiers à fabriquer le produit breveté et d'avoir ainsi recours à des versions génériques du sofosbuvir, bien moins chères, contribuant ainsi à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Cela est possible dans le cadre des flexibilités de l'accord international sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). La position de la France est attendue : l'épidémie est mondiale et de nombreux pays sont confrontés à des difficultés similaires, voire bien plus graves.

Tableau 29 : Prévalences du VIH et des hépatites B et C parmi les patients dépistés dans 8 programmes de MdM, 2013

	VIH	Hépatite B (AgHBs+)	Hépatite C
Nombre de dépistages	2 181	2 077	2 214
Nombre de séropositivités	62	174	119
Prévalence (%)	**2,8 %** (x14,0/national)	**8,4 %** (x12,9/national)	**5,4 %** (x6,4/national)

Une nécessaire poursuite des stratégies de dépistage à l'aide des Trod du VIH et des hépatites

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

• Les Trod VIH

L'usage des Trod sur les programmes de MdM a démarré en 2010 en Guyane, face à un contexte d'urgence sanitaire et en dépit de l'autorisation légale de les utiliser. Depuis, ce sont 8 programmes[44] qui proposent des Trod VIH aux patients rencontrés. Au total, depuis 2010, 1 383 tests rapides ont été réalisés et 16 tests se sont révélés positifs, soit une prévalence du VIH de 1,2 %. L'équipe de Cayenne a réalisé la majorité de ces tests (652) et la prévalence du VIH est de 1,7 %. Même si l'on constate une montée en charge de l'activité et malgré un fort taux d'acceptabilité par les patients, le nombre de Trod proposés reste faible. Cela traduit la difficulté pour les équipes à intégrer cette nouvelle activité dans le cadre d'une activité « courante » déjà surchargée.

• Les Trod de l'hépatite C

Devançant encore une fois l'autorisation légale d'utiliser les Trod VHC, et compte tenu de l'urgence de santé publique que constitue l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues, l'équipe de MdM de Bayonne propose depuis juin 2012 un dépistage à l'aide de Trod VIH et VHC aux usagers[45]. De juin 2012 à décembre 2013, 132 Trod VHC ont été réalisés. La prévalence du VHC s'élevait à 13,6 % chez les patients, tous usagers de drogues. Par ailleurs, depuis septembre 2013, le Caso de Marseille propose des Trod VHC couplés aux Trod VIH. La Haute Autorité de santé (HAS) a récemment validé le recours aux Trod VHC dans le cadre du dépistage de l'hépatite C *[HAS 2014]*. Nous attendons maintenant l'arrêté ministériel qui permettra leur utilisation effective. **MdM demande l'autorisation légale de pratiquer les Trod hépatites, dans une stratégie globale de réduction des risques, par les personnels médicaux et non médicaux des structures de prévention sanitaire en France.**

• Les Trod de l'hépatite B

Le Caso de Paris a été de 2010 à 2013 un des centres pilote de l'étude Optiscreen B, 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. De février à juin 2013, le Caso a participé à la phase III[46] visant à évaluer l'intérêt de l'utilisation des tests rapides VHB, VHC, VIH pour promouvoir le dépistage de ces infections en population précaire à risque et favoriser l'accès aux soins des personnes infectées. Dans ce cadre, deux groupes de patients ont été constitués : un groupe dans lequel les patients se voyaient remettre une ordonnance pour effectuer des sérologies Elisa VIH, VHB, VHC en laboratoire ; un groupe dans lequel les trois Trod VIH, AgHbs, VHC étaient proposés aux patients lors de la consultation au Caso. Cette étude a permis de montrer que le dépistage et le suivi des patients (résultats rendus et consultation spécialisée en cas de séropositivité) 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 laboratoires (63,6 %).

(44) Les Caso de Bordeaux, Cayenne, Marseille, Nice, Rouen et Strasbourg, l'équipe de Metz dans 3 centres d'hébergement, la mission de Bayonne auprès des usagers de drogues. Tous ces programmes (sauf Rouen et Marseille qui n'ont débuté qu'en 2013) ont répondu aux 2 appels à projet 2011 et 2012 de la DGS « Soutien aux activités de dépistage communautaire par TROD VIH ». Les projets ont été retenus.

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

(46) Il s'agit d'une étude interventionnelle, randomisée, monocentrique et prospective. http://www.infectiologie.com/site/medias/JNI/JNI14/2014-JNI-Impact-TROD-VIH,-VHB,-VHC-MDM.pdf

Une prévalence élevée des co-infections VIH/hépatites parmi les patients dépistés au Caso de Paris

Les données recueillies au Caso de Paris nous permettent de rendre compte de la prévalence des co-infections VIH, VHB et VHC. Entre 2006 et 2013, sur 271 patients diagnostiqués séropositifs au VIH, **10,7 % étaient co-infectés par le VHB (AgHbs+) et 5,2 % par le VHC.**
Selon plusieurs études *[Lert 2013]*, les migrants d'Afrique subsaharienne présenteraient un taux de co-infections de 4,5 %, proche de nos résultats. Les usagers de drogues sont les plus touchés, avec 87,2 % de co-infections, suivis par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) (6,3 %).
En ce qui concerne la co-infection VIH/VHB, on estime que 37 % des patients séropositifs au VIH présentent des marqueurs témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le virus de l'hépatite B. La prévalence de l'infection chronique B est estimée à 7 % des patients séropositifs au VIH *[Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2014a]*. Dans la population du Caso, la prévalence de l'hépatite B est très élevée parmi les patients et explique certainement un tel taux de co-infection (10,7 %) du fait de modes de transmission communs aux deux virus.

Le dépistage des IST : des besoins importants

Grâce aux partenariats avec les CDAG, qui proposent le plus souvent les dépistages de la syphilis, des chlamydiae et plus récemment des gonocoques de façon systématique, nous disposons des données de prévalence dans le cadre de leurs actions « hors les murs » auprès des publics rencontrés à MdM[47].
Sur la période 2008-2013, plus de 2 000 dépistages de la syphilis, 1 230 dépistages des chlamydiae et 560 dépistages des gonocoques ont été réalisés *(tableau 30)*.
La prévalence des chlamydiae parmi les patients que nous rencontrons est estimée à 4,1 %, proche de celle retrouvée dans les laboratoires de ville (3,8 %), mais nettement inférieure à celle retrouvée dans les CDAG (9,4 %) *[Goulet 2011]*.
La prévalence de la syphilis est de l'ordre de 2,4 %. Dans l'étude réalisée auprès des hétérosexuels multipartenaires consultant dans les CDAG parisiens en 2002 *[Couturier 2002]*, la prévalence de la syphilis était de 0,29 %, contre 2,62 % chez les HSH. Ainsi, la population que nous rencontrons nous apparaît comme particulièrement vulnérable à cette pathologie, en particulier les personnes proposant des services sexuels tarifés, avec une prévalence de 4,8 %.
Enfin, **la prévalence de l'infection à gonocoques est estimée à 2,1 % dans notre échantillon.** Malheureusement, nous ne disposons pas de données de prévalence des infections à gonocoques en France auxquelles nous pourrions comparer nos données.
On voit bien là tout l'intérêt de proposer un dépistage systématique des IST, souvent asymptomatiques, notamment chez les femmes. Le Plan national de lutte contre le VIH reprend d'ailleurs les recommandations qu'avait formulées la HAS sur :
– le dépistage des chlamydiae chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans *[Anaes 2003]*.
– le dépistage de la syphilis chez les personnes qui se prostituent et leurs clients, les personnes migrantes, les personnes détenues et les HSH *[HAS 2007]* ;
– enfin, en 2010, la HAS a recommandé *[HAS 2010b]* un dépistage ciblé des gonocoques chez les personnes diagnostiquées pour une autre IST, ayant des antécédents d'IST, les HSH, les personnes porteuses du VIH, les personnes ayant des rapports sexuels à risque.

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

Tableau 30 : Prévalence des IST parmi les patients dépistés au Caso de Paris entre 2008 et 2013

	Syphilis	Chlamydiae	Gonocoques
Nombre de dépistages	2 063	1 238	565
Nombre de séropositivités	49	51	12
Prévalence (%)	**2,4 %**	**4,1 %**	**2,1 %**

(47) 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 2013, ce recueil est étendu aux 8 programmes suivants : les Caso de Marseille, Nice, Paris, Saint-Denis et Strasbourg, le programme auprès des personnes se prostituant de Nantes, le programme de Metz auprès des SDF.

Proposer des solutions innovantes aux usagers de drogues

MdM tente de réduire les effets de l'usage de drogues. Dans une approche pragmatique et de proximité, l'objectif est d'informer, sans juger et d'accompagner les usagers de drogues pour limiter les risques. Ainsi, **afin de limiter et de prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de produits, MdM a mis en place plusieurs programmes innovants auprès des usagers de drogues.**

• Depuis 1999, le programme XBT vise à développer la connaissance des drogues au travers de l'analyse de celles-ci dans un objectif de réduction des risques (RdR), sachant qu'une grande diversité de produit circule tant dans leurs présentations et compositions que dans leurs effets. Le contenu des drogues fait partie des préoccupations majeures des usagers et 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[48]) en complément du dispositif de veille sanitaire. Aujourd'hui, 4 équipes réalisent ces analyses en lieu fixe (Bayonne, Marseille, Nice et Paris) et 3 en milieu festif (Bayonne, Marseille et Toulouse). En 2013, ces missions ont analysé 340 produits (toutes drogues confondues). **Ce dispositif constitue un outil de RdR unique en France, qui va bien au-delà de la remise de résultat, en offrant un espace de parole aux usagers,** au cours des entretiens pré et post-analyse et en leur apportant une information sur la gestion de l'usage ou le développement des modes de consommation à moindre risque. Depuis 2009, le programme XBT souhaite promouvoir le développement de l'analyse de drogues dans les structures de réduction des risques françaises comme outil supplémentaire de RdR. Ainsi, **MdM souhaite transférer le dispositif d'analyse de drogues vers les structures de santé de droit commun en contact avec les usagers de drogues telles que les Caarud, les Csapa ou les associations d'autosupport et d'intervention en milieu festif.**

• Depuis 2010, MdM a mis en place, en partenariat avec le Caarud Sida Parole et le Csapa-Caarud Gaïa Paris, **une action d'éducation aux risques liés à l'injection auprès des usagers de drogues afin de lutter contre les risques infectieux liés à l'injection.** En 2014, l'analyse des données recueillies dans le cadre de l'évaluation[49] du projet a mis en évidence un bénéfice significatif des sessions d'éducation : **on constate ainsi une diminution de plus de 40 % des pratiques à risque de transmission du VHC et de complications dans le groupe ayant bénéficié de l'accompagnement par rapport au groupe témoin.** Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'une grande partie des injecteurs de drogues reste en marge du système de soins, que ce modèle est peu coûteux et qu'il est facile à mettre en place sur les structures d'accueil et de soins des consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

• Depuis 2013, l'association Gaïa Paris, avec le soutien de MdM, et la participation de tous les acteurs concernés (mairie de Paris, acteurs du 10e arrondissement, riverains, usagers, police, SNCF...) travaille activement à la mise en place d'un projet expérimental et innovant : l'ouverture en France de la première salle de consommation à moindres risques, à Paris. La solidité des preuves scientifiques montrant l'utilité des salles de consommation n'est plus à démontrer. Validées par l'Inserm *[INSERM 2010]* et expérimentées dans de nombreux pays, **les salles de consommation à moindres risques permettent la diminution de la consommation dans les lieux publics, la réduction des comportements à risque et de la morbidité associée au VIH et aux VHC ainsi que la diminution des overdoses mortelles.** Le dispositif répond donc également à un enjeu de sécurisation des espaces publics.

Le 8 octobre 2013, le Conseil d'État, consulté pour avis sur un projet de décret permettant l'expérimentation, a émis un avis négatif, recommandant qu'un tel projet soit inscrit dans la loi. Le projet, pourtant abouti, longuement et sérieusement réfléchi avec tous les acteurs concernés n'est donc toujours pas en place, empêchant de fait la mise en œuvre d'une réponse à une urgence sanitaire et sociale. À la suite de cette décision, **l'association Gaïa et MdM demandent au gouvernement de mettre en place dans les plus brefs délais un dispositif juridique adapté favorisant le démarrage expérimental des salles de consommation à moindres risques, dispositif capable d'apporter des réponses concrètes à l'urgence sanitaire, sociale et sécuritaire soulevée par l'usage de drogues en milieu urbain.**

> *"Durant plusieurs mois, S., qui a quitté sa famille depuis 2012, a vécu dans la rue, multipliant les rencontres fortuites, les événements festifs, l'excès de consommation de psychotropes. De nature joviale, S. est également très vulnérable et facilement influençable. Nous l'avons accompagnée pour une prise en charge globale vers le Csapa où elle a pu obtenir une domiciliation et rencontrer psychiatre, médecin, et travailleur social. À cette occasion, nous l'avons aidée à reprendre contact avec sa famille. Malgré cela, S. a continué à « zoner ». Sans possibilité de logement pérenne, elle s'est régulièrement mise en danger. Le stress de la vie dans la rue, la consommation de produits et de médicaments l'ont fragilisée. Elle a fait plusieurs crises d'épilepsie répétées et a été hospitalisée de façon récurrente. Sans réponse pratique du Service intégré de l'accueil et de l'orientation (Siao), une association partenaire a pu lui trouver une solution d'hébergement provisoire afin de la mettre à l'abri. Après plusieurs semaines d'attente, S. a pu être hébergée dans un centre d'hébergement pour femmes seules. Elle a alors stabilisé son traitement et se rend aux rendez-vous médicaux.*
> *Face à sa détermination, nous avons proposé à S. de mener à bien un projet de vie en communauté thérapeutique[50] ; afin d'envisager sereinement sa reconstruction personnelle et la continuité de ses soins au long cours. Aujourd'hui, S. est prise en charge dans une communauté thérapeutique située en milieu rural dans une région voisine, pour une durée maximum de deux ans."* [Mission RdR, Marseille]

(48) 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 trente à cinquante minutes. Ce temps peut être mis à profit pour discuter avec l'usager.
(49) Le projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action (évaluation) menée par MdM en partenariat avec l'UMR912-Sesstim et l'ANRS.
(50) Lieu de prise en charge spécialisé dans l'addictologie qui s'adresse à un public majeur, homme ou femme que les structures existantes en ambulatoire ou en court/moyen séjour n'ont pas suffi à stabiliser et à réinsérer.

1.2 La réduction des risques auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés

En 2009, l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (Ocrteh), estimait le nombre de personnes se prostituant en France entre 18 000 et 20 000. Les études mettent en évidence une précarité globale au sein de cette population, caractérisée par une situation défavorable en termes de logement, situation administrative, couverture maladie, isolement social… Cette précarité peut être aggravée par la stigmatisation et les discriminations auxquelles ces personnes sont confrontées. Face à ces constats, MdM a mis en place des programmes auprès des personnes se prostituant dans 5 villes de France (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Ces programmes se traduisent par des actions (mobiles et en lieux fixes) de promotion de la santé et de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles, avec un accompagnement social, médical, administratif et juridique. Les équipes s'attachent à donner une information adaptée sur les risques liés aux IST, VIH et hépatites et autres problèmes de santé, sur les risques liés aux violences, sur les questions de contraception, suivi gynécologique, vaccination, tuberculose ainsi que sur les droits sociaux et juridiques. Elles mettent à disposition du matériel de réduction des risques et développent des actions spécifiques de dépistage « hors les murs », en partenariat avec les CDAG et les associations auprès de ces publics.

> *"R. monte dans le bus, elle est distante et ne se mêle pas à la conversation. Plus tard, elle m'explique avoir eu une rupture de préservatif il y a deux jours. R. en a parlé à une amie qui lui a donné des médicaments, elle voudrait venir au local demain pour faire des tests. Comme la rupture a eu lieu il y a moins de 48 heures, je lui explique qu'elle peut aller aux urgences maintenant et qu'on peut l'y accompagner. Elle est indécise, dit ne pas pouvoir y aller « habillée comme ça »… Le délai expirant dans quatre heures, nous lui laissons notre numéro de téléphone si elle change d'avis…"*
> [Mission auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés, Nantes]

En 2013, ces équipes ont réalisé près de 30 000 contacts. **La file active totale des 5 programmes est de l'ordre de 2 000 personnes.** Si les caractéristiques sociodémographiques des personnes se prostituant sont assez différentes selon les programmes[51], les équipes s'accordent pour dire que ces personnes sont la plupart du temps dans des situations de grande précarité sociale et vivent dans des logiques de survie au quotidien. Par ailleurs, ces personnes, pour la plupart ressortissantes étrangères, se heurtent aux difficultés de tout migrant pour accéder aux droits et aux soins en France (méconnaissance des droits et du système de soins, peur de se déplacer, barrière linguistique…).

Au vu des résultats de l'enquête ProSanté *[Fnars 2013]*, les stratégies de prévention mises en œuvre contre le VIH, les IST et les hépatites restent également insuffisantes avec une utilisation du préservatif non systématique, une couverture vaccinale contre le VHB très incomplète et un recours encore insuffisant au dépistage et au traitement d'urgence en cas d'exposition. Ces éléments illustrent la nécessité de renforcer les actions de prévention dans ce domaine.

À ce titre, le programme auprès des personnes proposant des services sexuels à Nantes a pu mettre en évidence, grâce à un recueil de données, une amélioration des pratiques préventives des personnes fréquentant le programme : ainsi, l'accès à un médecin traitant, aux dépistages du VIH, du VHC et des autres IST ainsi que l'accès à la contraception et au suivi gynécologique sont significativement améliorés parmi les usagers fréquentant le programme depuis plus d'un an[52].

Ainsi, les intervenants du programme parviennent à améliorer l'accès à la santé des personnes rencontrées en travaillant sur le long terme, en acceptant de s'adapter aux demandes des personnes et à la réalité de leurs situations, ce qui implique d'adapter et de construire le travail avec les personnes concernées.

Les évolutions récentes en matière législative et les débats actuels sur la proposition de loi en France viennent entraver le travail des équipes sur le terrain et ont un impact non négligeable sur la santé des personnes se prostituant. Ces dispositions s'attachent moins à répondre à l'exigence de protection qu'à la volonté d'appliquer des politiques répressives contre-productives pour les personnes censées être protégées *(cf. encadré page suivante)*.

(51) L'âge moyen des femmes fréquentant le programme de Nantes est de 28 ans, il s'élève à 45 ans pour les femmes fréquentant le Lotus Bus à Paris en 2013.
(52) MdM Nantes, « Programme de Réduction des Risques, Personnes proposant des services sexuels tarifés », Rapport d'activité 2013, juin 2014.

Prostitution et pénalisation des clients : les impacts d'une loi contre-productive

En France, la prostitution est tolérée mais le proxénétisme et le racolage y sont interdits, y compris le racolage passif depuis la Loi de sécurité intérieure (LSI) de 2003[53]. Dix ans après la mise en application de la LSI, le constat des associations travaillant avec les personnes se prostituant est unanime : le délit de racolage public (dit « passif » et « actif ») pénalise lourdement les personnes se prostituant et les rend plus vulnérables. En effet, la pénalisation du racolage passif et les contrôles plus stricts de l'immigration impliquent le développement d'une prostitution plus cachée, ce qui oblige les personnes à se déplacer des centres-villes vers les périphéries, les éloigne des structures de soins et de prévention et complique ainsi le travail de proximité mené par les associations de santé.

Depuis quelques années et forts de ces constats, MdM et une vingtaine d'associations ont dénoncé la pénalisation du racolage public dont les conséquences sont délétères sur la santé et les droits des personnes se prostituant. Une proposition de loi sur le système prostitutionnel, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale en novembre 2013, vise à renforcer les moyens de lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle. Si cette proposition de loi prévoit l'abolition du délit de racolage public, elle propose par ailleurs la pénalisation des clients qui, du point de vue des associations, pérennisera les difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes se prostituant. Il est fort probable que la pénalisation des clients engendrera une confusion sur le caractère légal ou illégal de la prostitution, reléguera les personnes vers des lieux plus reculés et plus exposés à la violence et donc plus dangereux. Le pouvoir de négociation avec les clients sera diminué ainsi que le travail des acteurs médico-sociaux qui auront de la peine à accéder aux personnes. On observera aussi une plus grande défiance vis-à-vis des forces de l'ordre et donc un réflexe moindre à y recourir en cas de violence subie, ce qui constitue de fait un recul du droit.

Ainsi, cette mesure engendrera une clandestinité et donc une plus grande vulnérabilité des personnes déjà précaires et induira des stratégies de contournement, qui auront un impact sur leur santé et leurs droits.

S'il faut lutter avec vigueur contre la traite des personnes, les trafics et les violences, il faut d'emblée envisager les effets contre-productifs qu'induira la pénalisation des clients.

(53) Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

2. Aller vers les sans-abri et les mal-logés

D'après l'Insee, plus de 140 000 personnes seraient sans domicile fixe en France métropolitaine, dont 30 000 mineurs *[Yaouancq 2013]*. Depuis 2001, le nombre de personnes sans domicile a augmenté de 50 % et la part des étrangers parmi les sans-domicile est passée de 38 % à 53 %. Cette augmentation est en partie liée à l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile, qui, faute de place dans les Cada, se retrouvent sans domicile (les demandeurs d'asile font l'objet d'un chapitre spécifique *page 105*).

En 2013, 19 % des personnes reçues dans les Caso sont sans domicile[54], soit 4 764 personnes. Par ailleurs, plus de 18 000 contacts ont été effectués par les programmes « sans-abris[55] ». Nous présentons dans la suite de ce chapitre les résultats d'une enquête réalisée au cours de l'hiver 2013-2014, auprès des personnes sans domicile fixe rencontrées par MdM dans 5 villes : Angoulême, Lyon, Nice, Strasbourg et Toulouse *[MdM 2014c]*.

> *Un mercredi soir du mois d'avril, en fermant les volets de ma cuisine, j'aperçois une famille sur un banc. Je descends les voir. La communication est difficile, ils sont kosovars et ne parlent pas un mot de français. Je parviens à comprendre qu'ils envisagent de dormir, à proximité du banc, dans le parc jouxtant l'immeuble.*
> *Ils ont froid et faim. Je sollicite le 115, qui me rappelle deux heures après et m'explique qu'ils vont venir leur apporter une boisson chaude et que la seule solution « d'hébergement » possible, c'est de rejoindre le « campement Stalingrad », où sont déjà installés sous tentes une centaine de demandeurs d'asile…"*
> [Caso, Grenoble]

Quel recours aux soins pour les personnes à la rue ?

Souvent fragiles et désocialisées, ces personnes ont du mal à s'adresser spontanément aux structures de droit commun, elles sont également confrontées au problème de la domiciliation administrative, qui constitue un frein majeur à l'accès aux droits pour ces populations. Selon l'enquête, 42 % des personnes interrogées ne disposaient d'aucune couverture maladie. Les ressortissants étrangers étaient significativement moins couverts (53,5 %) que les Français (26,8 %).

Près d'un tiers (31 %) des personnes sans abri ont déclaré souffrir d'un problème de santé au moment de l'enquête : il s'agit principalement de pathologies chroniques avec une prédominance des pathologies d'ordre psychiatrique (dépression, troubles anxieux, alcoolisme…). Les femmes déclarent significativement plus souvent une pathologie que les hommes (55,6 % *versus* 27,6 % pour les hommes) ainsi que les ressortissants français par rapport aux ressortissants étrangers (45,9 % *versus* 24,1 %). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les Français rencontrés dans la rue y sont depuis plus longtemps (en moyenne 5,6 ans) que les étrangers (2,1 ans).

Si la maladie, lorsqu'elle est mal prise en charge, peut être à l'origine de l'exclusion, il est aussi reconnu que les conditions de vie « dans la rue » ont des effets très délétères sur la santé. En effet, les personnes sans domicile souffrent plus fréquemment de tuberculose et de troubles digestifs, dermatologiques et psychiques. De plus, l'exclusion peut entraîner de fortes souffrances psychiques et/ou renforcer des troubles mentaux préexistants, comme en témoigne l'enquête Samenta menée en Île-de-France auprès des personnes sans logement *[Laporte 2010]*. Selon cette étude, un tiers des personnes sans logement souffrent de troubles psychiatriques sévères et un cinquième au moins d'une addiction, ces niveaux étant bien plus élevés qu'en population générale.

Pour 35,6 % des personnes rencontrées au cours de l'enquête, la dernière visite chez un médecin généraliste (hors MdM) datait de plus de six mois. Le recours aux soins de façon tardive et la difficulté d'observer des traitements du fait des conditions de vie sont ainsi des facteurs aggravants pour la santé des sans-abri.

> *En juillet 2013, la coordinatrice de la mission de Marseille est interpellée un dimanche par une équipe hospitalière d'urgences pédiatriques. Ils ont reçu la veille au soir une famille dont la fillette de 3 ans souffre d'une grave insuffisance cardiaque. Après avoir attendu longuement l'ambulance qui devait assurer le transfert de la fillette vers le service de cardiologie d'un autre hôpital, les parents ont*

(54) Le terme « sans domicile » désigne les personnes ayant déclaré vivre à la rue ainsi que les personnes hébergées par un dispositif d'urgence.
(55) En 2013, MdM comptait 19 missions auprès des personnes sans abri.

finalement quitté l'hôpital avec leur enfant, sortie de ce fait sans aucun traitement. Compte tenu du caractère urgent du traitement, la coordinatrice parvient à retrouver le jour même la famille, dans une maison désaffectée jouxtant l'hôpital ; les parents expliquent qu'ils ont quitté le service car l'attente se prolongeant, la fillette pleurait beaucoup, ce qui augmentait son essoufflement, alors qu'ils demandaient simplement un renouvellement du traitement de leur fille. La famille accepte de retourner aux urgences afin que l'état de la fillette soit réévalué. Face à la situation, l'équipe des urgences décide finalement de surseoir à l'hospitalisation et prescrit à l'enfant le traitement diurétique indispensable. On nous communique l'adresse d'une pharmacie de garde… Arrivée là, il s'avère qu'elle est fermée… mais sur la devanture sont affichées les adresses des trois pharmacies ouvertes ce dimanche… dont aucune n'a en stock le médicament nécessaire. Après plus de quatre heures passées à sillonner la ville avec l'enfant et ses parents, de retour aux urgences pédiatriques, celles-ci finissent par délivrer le traitement via la pharmacie hospitalière." [Caso, Marseille]

Selon les études et le constat de l'âge au décès effectué par le collectif « Les morts de la rue », on estime que l'espérance de vie d'une personne sans abri se situe entre 40 et 45 ans *[Hewett 2010 ; Hewett 2011]*. Ainsi, le fait d'être sans abri constitue un risque majeur pour la santé et augmente la probabilité de décéder précocement. L'alcool serait impliqué dans presque la moitié des causes de décès, selon Hewett et al. L'Insee souligne que l'état de santé de ces personnes se dégrade proportionnellement à la durée du temps vécu dans la rue *[Rochère 2003]*.

Les conditions de vie extrêmement précaires exposent ces populations à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent alors souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé, alors qu'elles pourraient bénéficier du dispositif spécifique des Lits haltes soins santé (LHSS)[56]. 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[57]. Malheureusement ce dispositif, qui a fait la preuve de son utilité, 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. **Le développement des LHSS, des Lits d'accueil médicalisés (LAM[58]) et une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existant permettraient le désengorgement du dispositif.**

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.

"La jeune G., 19 ans, bulgare, vit avec sa famille dans une voiture sur le parking d'une plage de Marseille, depuis plusieurs mois. Elle gagne tant bien que mal sa vie en pratiquant la mendicité sur la voie publique. En mai 2013, un chauffard la renverse et s'enfuit. Souffrant d'une double fracture tibia-péroné, elle subit une intervention chirurgicale orthopédique avec pose de matériel d'ostéosynthèse. Quelques jours plus tard, le service de chirurgie s'apprête à renvoyer la jeune fille « chez elle », dûment munie de prescriptions pour des injections et des pansements quotidiens, des bilans sanguins hebdomadaires, des antalgiques et antibiotiques… G. n'ayant aucuns droits ouverts à l'AME, elle n'a aucune chance d'accéder aux soins en dehors d'une structure de soins. Informé de la situation et des conditions de vie de la jeune fille, le chirurgien qui a pratiqué l'intervention dira : « Dans ces conditions, j'aurais aussi bien pu l'amputer tout de suite ! » Grâce à l'intervention de la mission, G. sera finalement admise en LHSS." [Mission Bidonville, Marseille]

Quel accès à l'hébergement et au logement ?

Les places pérennes d'hébergement d'urgence s'élevaient à 80 000 en 2012[59]. Depuis 2000, les capacités d'hébergement d'urgence ont été augmentées[60], mais insuffisam-

(56) Loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité sociale pour 2006, et décret 2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits halte soins santé ».
(57) Ce dispositif s'adresse à toute personne sans domicile fixe, quelle que soit sa situation administrative, que ses droits à l'assurance maladie soient ouverts ou pas, dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation ou de prise en charge spécialisée, qui doit recevoir des soins.
(58) Les LAM ont été mis en place comme relais des LHSS pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés.
(59) Rapport d'information n° 4221 sur l'évaluation de la politique de l'hébergement d'urgence, Danièle Hoffman-Rispal et Arnaud Richard, Assemblée nationale, janvier 2012.
(60) Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la politique de l'hébergement d'urgence, 26/01/12, Assemblée nationale.

ment au regard des besoins. Même en dehors de la période hivernale, le 115 ne parvient pas à répondre aux demandes d'urgence. Pourtant, le Conseil d'État, dans un arrêt du 10 février 2012, qualifie de liberté fondamentale le droit à l'hébergement d'urgence.

Les résultats de l'enquête *[MdM 2014c]* montrent que, dans près d'un cas sur deux, les personnes ont dormi au moins une fois dehors au cours des trois nuits précédant l'enquête et seules 23 % ont été hébergées au moins une nuit par une association ou en centre d'hébergement d'urgence (CHU) *(Figure 6)*. Les Français étaient significativement plus souvent hébergés en centre d'hébergement d'urgence que les ressortissants étrangers (26,2 % *versus* 10,2 %). Ce résultat a également été souligné par la Fnars, qui met en évidence des difficultés d'hébergement plus importantes pour les ressortissants étrangers *[Fnars 2014]*.

Parmi les personnes ayant fait une demande d'hébergement au cours des trois jours précédant l'enquête, dans un peu plus d'un cas sur deux (53,3 %), la demande auprès du 115 n'a pas abouti. Au total, **seules 24 % des personnes ont été hébergées par le 115. Il convient de souligner que la plupart des personnes hébergées (70 %) ont eu une proposition pour trois nuits ou moins. Ce résultat souligne encore une fois que les places proposées sont attribuées dans l'urgence et rarement de façon pérenne.**

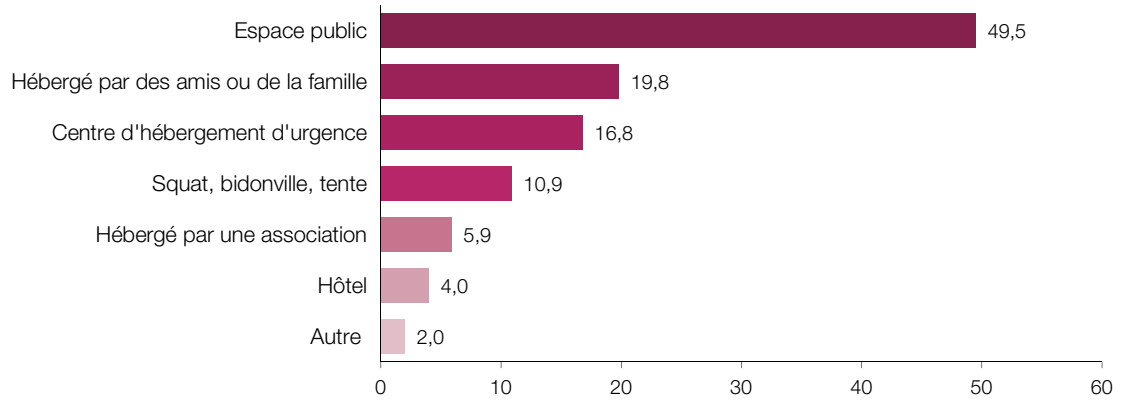
Parmi les personnes restées à la rue, plus de la moitié n'ont pas contacté le 115. Ce refus d'appeler le 115 est souvent relayé par les équipes de MdM, qui décrivent l'agacement ou le « ras-le-bol » des personnes suite aux refus fréquents du 115, aux non-réponses, aux longs délais d'attente, aux mauvaises conditions d'hébergement… Ce phénomène de renoncement est lié en partie aux durées d'hébergement trop courtes qui remettent les personnes à la rue, les obligeant ainsi à solliciter de façon répétée le 115.

Ces résultats mettent en évidence une saturation des dispositifs menant au non-respect des principes d'inconditionnalité de l'accueil et de continuité de l'hébergement. Ils soulignent également l'inadaptation des solutions proposées à l'évolution des publics à la rue.

Un an après la présentation du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion, MdM souligne l'urgence de mettre fin à la gestion au thermomètre et appelle de nouveau à la mise en place de solutions en nombre suffisant, adaptées, pérennes, concrètes et innovantes pour les personnes à la rue, comme par exemple le programme national expérimental « Un chez soi d'abord », qui s'adresse aux personnes à la rue souffrant de troubles psychiques[61].

> *J. est de nationalité nigériane. Lorsque nous la rencontrons au Caso en mai, elle est enceinte d'environ 7 mois et est accompagnée de ses jumelles âgées de 18 mois. Elles dorment dehors depuis 48 heures. J. nous explique être épuisée : «Je ne dors pas la nuit, j'ai peur qu'on me vole mes filles. » L'une des jumelles a été victime d'un accident domestique, elle a une brûlure à la jambe qui nécessite des soins quotidiens. L'assistante sociale du Caso interpelle le conseil général et le CCAS mais, J. ayant vécu quelques années en Espagne, on lui propose un billet retour mais pas d'hébergement."* [Caso, Grenoble]

Figure 6 : Lieux fréquentés au cours des trois dernières nuits (en %)



Source : MdM, L'hébergement d'urgence en 2014. État des lieux et parcours des personnes sans domicile fixe dans 5 villes de France. Mars 2014.

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

PARTIE 2

3. Interventions auprès des populations vivant dans des bidonvilles

À l'heure actuelle, on estime qu'environ 15 000 à 20 000 Roms[62] vivent en France, dont 40 % d'enfants *[Amnesty international 2012]*. Ils sont en grande majorité ressortissants de Roumanie et de façon très minoritaire de Bulgarie et des pays d'ex-Yougoslavie. Ils ne constituent pas un groupe homogène dans la mesure où leurs caractéristiques sociales, démographiques et linguistiques varient selon leur pays d'origine. Contrairement aux idées reçues, la migration et le nomadisme ne sont pas des caractéristiques culturelles de cette population. Leur arrivée en France relève la plupart du temps d'une dynamique de migration économique, pour fuir la pauvreté et l'exclusion du pays d'origine et rechercher une situation meilleure pour leurs enfants *[ORS IdF 2012]*.

Comme tout citoyen européen, les Roumains et Bulgares ont le droit de circuler sur le territoire français et d'y séjourner librement pendant trois mois. Au-delà de cette période, leur droit au séjour est conditionné à l'exercice d'une activité professionnelle, ou, s'ils sont inactifs ou étudiants, à la justification de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie, outre d'autres possibilités de droit au séjour attaché par exemple à la qualité de membre de famille d'une personne en situation régulière.

Par conséquent, de fait, l'accès au travail conditionne bien souvent leur droit au séjour. Or jusqu'au 31 décembre 2013, la Roumanie et la Bulgarie se trouvaient sous le coup de « mesures transitoires » qui ont fortement restreint l'accès à l'emploi pour les ressortissants de ces pays : ces derniers ne pouvaient accéder qu'à certains métiers dits en tension (liste de 292 métiers) et devaient obtenir une autorisation de travail et un titre de séjour. L'employeur était assujetti au paiement d'une taxe, souvent dissuasive, pour l'embauche d'un ressortissant de ces pays. Depuis le 1er janvier 2014, avec la levée des mesures transitoires, l'accès à l'emploi pour les ressortissants roumains et bulgares s'est donc amélioré.

Toutefois, les Roms migrants se retrouvent bien souvent en situation de grande précarité, exerçant des activités dans le secteur informel et vivant pour certains d'entre eux dans des lieux inadéquats et indignes, tels que des campements ou des squats, avec des conséquences néfastes avérées pour leur santé et leur sécurité. Ainsi, **depuis quelques années, la France voit resurgir des bidonvilles[63]. Une réalité à laquelle la circulaire du 26 août 2012[64], relative à la prévention des démantèlements de campements illicites, n'a apporté jusqu'à présent que peu de réponses.**

L'occupation illégale des terrains justifie leur expulsion régulière, souvent fondée sur le risque sanitaire que ferait courir cette occupation aux habitants. L'expulsion est la plupart du temps décidée sans délais pour les occupants. Il est aussi souvent constaté l'absence de notification de la décision de justice ou administrative d'expulsion en amont de celle-ci. **L'année 2013 a été caractérisée par une nette recrudescence des expulsions sans solution de relogement et sans prise en compte des situations individuelles et ce, en contradiction avec les obligations incombant aux pouvoirs publics au regard des textes internationaux et des dispositions de la circulaire du 26 août 2012 :** 165 bidonvilles ont été évacués concernant 19 380 personnes[65]. Ainsi, selon l'European Roma Rights Centre (ERRC) et la Ligue des droits de l'homme (LDH), *« l'ensemble de la population rom vivant en bidonvilles et squats en France aurait été évacuée de force au moins une fois durant l'année 2013 »,* renforçant la précarité et l'exclusion subies par ces populations.

À toutes ces difficultés s'ajoutent les obstacles dans l'accès aux services de santé et à la scolarité ; d'une part les expulsions obligent à changer de commune et impliquent une perte des repères spatio-temporels, et d'autre part, des préfectures, Cpam, CCAS ou mairies ont de nombreuses pratiques abusives (refus abusif de domiciliation, demande de pièces abusives pour obtention de l'AME, refus d'inscription dans les écoles…). Les expulsions à répétition éparpillent les populations, rendant plus difficile le suivi par les associations et les actions de plaidoyer à l'échelle locale.

Le 21 janvier 2013, à la suite d'une saisine de MdM datant de 2011, le Comité européen des droits sociaux condamnait à nouveau la France pour violation des dispositions de la Charte sociale européenne, *« en raison des conditions de vie des Roms migrants résidant sur le territoire, pour non-respect de plusieurs droits sociaux fondamentaux combinés à l'exigence de non-discrimination. Après avoir sanctionné la France en raison de la situation, en matière d'accès au logement, des Roms*

(62) Le Conseil national consultatif des droits de l'homme (CNCDH) désigne par Roms migrants « les personnes vivant sur le territoire national, venant essentiellement des pays d'Europe centrale et orientale et se reconnaissant comme Roms ».
(63) En 1966, plus de 75 000 personnes vivaient dans des bidonvilles. La mise en place d'une politique énergique de résorption et d'accès au logement a permis de fermer les derniers bidonvilles dans les années 1970 *[Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, « Avis sur la situation des populations des campements en France métropolitaine, 3 juillet 2014]*.
(64) Circulaire interministérielle du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.
(65) Communiqué de presse LDH/ERRC : http://www.ldh-france.org/Evacuations-de-Roms-des-niveaux-5219.

migrants ainsi que des gens du voyage, puis, plus récemment encore, pour les expulsions par la force des campements roms à la suite du discours de Grenoble (juillet 2011), le Comité pointe à nouveau les insuffisances des mesures prises en faveur des Roms et conclut à l'existence de multiples discriminations dans la jouissance cette fois de nombreux droits sociaux fondamentaux »[66].

Les associations impliquées auprès de ces populations, ainsi que le Défenseur des droits dans son récent rapport *[DDD 2013]*, soulignent que la mise en application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012[67] « relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites » reste rare, disparate et généralement superficielle. S'apparentant plus souvent à un recensement des populations plutôt qu'à un réel travail d'insertion, **les associations alertent sur les conséquences désastreuses de ces expulsions à répétition, en matière de santé ou encore de scolarisation des enfants, et dénoncent les discriminations et les lacunes du cadre juridique national dont sont victimes les Roms en France,** tout en rappelant l'existence de textes internationaux interdisant les expulsions sans solution alternative de relogement. La destruction continuelle et intensive des bidonvilles ne fait que rendre encore plus compliquées les difficultés des familles qui y vivent. **Cette misère entretenue fait prospérer un racisme qui touche toute la société française.**

Comme le souligne le Collectif national des droits de l'homme Romeurope dans son récent rapport *[Romeurope 2013], « l'installation de ces familles dans les bidonvilles est le résultat d'une politique défaillante d'hébergement et de logement qui renforce la dynamique d'exclusion des plus pauvres… ».*

En février 2014, le gouvernement a annoncé le lancement d'une mission nationale pour résorber les bidonvilles, dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne. Outre la mobilisation de solutions de mise à l'abri, l'association Adoma, à laquelle a été confiée cette mission, devra également « proposer un accompagnement personnalisé aux familles », avec la mise en place d'« actions favorisant l'insertion professionnelle ». **Si les associations saluent cette initiative, qui marque un premier pas dans un traitement social et non discriminatoire des personnes vivant dans des bidonvilles, elles s'interrogent sur les modalités de sa mise en œuvre. Il paraît en outre nécessaire de renforcer ce type de dispositif au détriment d'une politique d'expulsion de lieux de vie coûteuse et qui n'apporte aucune solution[68].**

MdM compte 6 programmes auprès des populations roms vivant dans des squats et des bidonvilles à Marseille, Lyon, Nantes, Bordeaux, Strasbourg et Saint-Denis, et des actions spécifiques envers ces mêmes populations à Toulouse, Nancy, Montpellier et Hénin-Beaumont. L'objectif de ces programmes est d'agir pour l'accès effectif de ces populations migrantes vivant dans des bidonvilles aux dispositifs de prévention et de soins.

Les actions sont menées sur les lieux de vie, suivant une démarche « d'aller vers » pour pouvoir atteindre les populations les plus isolées. Les modalités d'actions peuvent varier selon les sites, mais partout nous faisons une veille sanitaire par le biais de consultations médicales et sociales et d'actions de prévention. La présence régulière d'interprètes et de médiateurs permet un meilleur accueil et une meilleure qualité de la relation soignant-soigné.

Une nécessaire trêve hivernale des expulsions également pour les personnes en squats ou bidonvilles

Depuis l'hiver 2012, les expulsions de « squatteurs » se sont multipliées, sans relogement, souvent sans solution d'hébergement, ainsi que les démantèlements de campements. Ces expulsions sont d'autant plus absurdes que les dispositifs d'hébergement sont engorgés.

Face à ce constat, les associations ont à plusieurs reprises dénoncé la multiplication des expulsions de squatteurs et d'habitants de bidonvilles et réclamé « l'abandon de la pratique brutale et le rétablissement pour tous de la trêve hivernale des expulsions » afin que les personnes en squat ou en bidonville bénéficient, comme les locataires, de la trêve hivernale des expulsions. Cette recommandation avait par ailleurs été adressée au Premier ministre par le Défenseur des droits à l'occasion de son bilan de l'application de la circulaire du 26 août 2012, remis le 24 juin 2013 *[DDD 2013]*.

À la suite d'un appel à l'élargissement de la trêve hivernale lancé par la Fondation Abbé Pierre, l'association Droit au logement (DAL) et MdM, l'élargissement de cette trêve hivernale aux occupants de bidonvilles et de squats a été inscrit dans la loi Alur du 24 mars 2014. Les associations resteront vigilantes quant à l'application de ce droit.

(66) Cédric Roulhac, « Violations par la France de la Charte sociale européenne en raison des conditions de vie des Roms migrants résidant sur le territoire », in Lettre « Actualités Droits-Libertés » du Credof, 2 février 2013.
(67) Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.
(68) Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées « Avis sur la situation des populations des campements en France métropolitaine, 3 juillet 2014.

Le médiateur permet surtout de créer un lien entre les populations et les structures de santé afin d'instaurer un échange et une confiance entre les différents interlocuteurs. Ainsi, afin de faciliter l'orientation et l'accompagnement de ces personnes vers les dispositifs de droit commun, un travail important de médiation sanitaire a été intégré dans les programmes avec des résultats probants, permettant d'améliorer l'autonomie des personnes et de les sensibiliser aux actions de prévention *(cf. encadré page 70)*.

Une population particulièrement jeune et féminine

En 2013, 3 270 consultations médicales ont été réalisées par les équipes de Nantes, Saint-Denis, Marseille et Strasbourg auprès de 2 051 patients, soit en moyenne 1,6 consultation par personne. 60 % des personnes rencontrées sont des femmes. L'âge moyen est de 24 ans. La part des mineurs s'élève à 43,6 %, dont 20 % d'enfants de moins de 5 ans *(tableau 31)*. La présence plus importante de femmes et de mineurs est une des caractéristiques des populations roms.
La quasi-totalité des personnes sont de nationalité roumaine[69] (96,8 %) et un peu plus des trois quarts comptent une durée de résidence en France supérieure à trois mois.

Tableau 31 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes rencontrées sur les programmes Bidonvilles, 2013

	%	n
Sexe		
Homme	40,0	807
Femme	60,0	1 209
Répartition par âge		
< 5 ans	20,4	406
5-10 ans	11,4	227
10-17 ans	11,8	234
18-24 ans	12,2	243
25-34 ans	15,1	301
35-44 ans	14,6	291
45 ans et plus	14,5	288
Répartition par nationalité		
Roumanie	96,8	1 691
Serbie	0,9	15
Hongrie	0,6	11
Autres	1,7	30
Temps de présence en France		
Moins de 3 mois	23,6	297
Plus de 3 mois	76,4	964

Taux de réponse : Sexe : 98,3 % ; Âge : 96,8 % ; Nationalité : 85,2 % ; Durée de présence en France : 61,5 %

Problèmes respiratoires, ostéoarticulaires, dermatologiques… Une prédominance des pathologies liées aux conditions de vie insalubres

Parmi les problèmes de santé repérés, on note une prédominance des pathologies liées aux conditions de vie insalubres : problèmes respiratoires (36,1 % des consultations), digestifs (23,5 %), ostéoarticulaires (13,4 %), dermatologiques (9,7 %)… Dans plus de 12 % des cas, les médecins ont considéré que le problème de santé était chronique même s'il reste difficile de l'affirmer dans la mesure où ils disposent rarement des confirmations des hypothèses diagnostiques après référencement vers les hôpitaux.
Toutefois, **on peut affirmer que les conditions de vie précaires et l'éloignement des dispositifs de soins aggravent l'état de santé de ces populations, en témoigne le retard de recours aux soins qui concerne près d'un tiers des personnes selon les médecins.**
Enfin, compte tenu d'un âge précoce au mariage dans les groupes roms et de la très faible couverture contraceptive, les grossesses sont fréquentes chez les adolescentes. De plus, elles sont peu suivies médicalement, alors qu'il s'agit de grossesses à risque. **En 2013, plus d'un tiers des femmes enceintes rencontrées dans les campements n'ont reçu aucun soin prénatal et trois quarts présentent un retard de suivi de grossesse,** au regard des recommandations nationales en vigueur pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes[70]. Pourtant l'accès aux soins doit être accessible en France pour toutes les femmes enceintes. Ce manque de suivi n'est pas sans conséquence pour la santé de la mère et de l'enfant à naître.
En 2013, seuls 17,7 % des adultes rencontrés ont des droits ouverts à la couverture maladie. Les obstacles pour l'accès aux droits et aux soins sont nombreux. En particulier, la procédure administrative pour l'ouverture des droits requiert un justificatif de domicile. Or, dans 7 cas sur 10, les personnes ne disposent pas de domiciliation. La faible maîtrise de la langue est une entrave supplémentaire pour remplir les dossiers, à laquelle s'ajoutent des obstacles comme les demandes croissantes de pièces abusives de la part de certaines préfectures et/ou Cpam.
Par ailleurs, **les évacuations répétées des lieux de vie sans alternative au relogement entraînent des ruptures de soins et constituent de véritables obstacles à l'accès aux droits et aux soins.**

(69) Si dans la majorité des cas les personnes se définissent comme roms, il convient de préciser que toutes ne le sont pas.
(70) Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal.

Un moindre suivi des enfants et des couvertures vaccinales particulièrement faibles

Moins de 19 % des enfants de moins de 6 ans sont suivis en PMI alors que parmi eux, plus des trois quarts sont en France depuis plus de trois mois. L'absence de suivi en PMI réduit leur probabilité d'être à jour de leurs vaccins. À ce titre, **les couvertures vaccinales contre le BCG et le ROR restent particulièrement faibles** parmi les populations roms suivies par MdM (respectivement 43 et 29 % chez les enfants de moins de 7 ans) alors que des dispositifs existent pour couvrir les besoins. Des couvertures vaccinales aussi faibles pour des personnes vivant dans des conditions d'extrême précarité constituent des facteurs de risque de mortalité et de complications médicales importants, et ce particulièrement en cas d'épidémie, comme celle de rougeole en France et en Europe entre 2008 et 2011.

Concernant l'accès à l'éducation, **80 % des enfants roms de 6 à 16 ans ne sont pas scolarisés, le plus souvent en raison des expulsions à répétition et du fait du refus des municipalités.** Ils perdent ainsi un accès à la médecine scolaire, au repérage précoce éventuel des troubles du développement et aux dépistages des handicaps ou des défauts mineurs (comme les troubles du langage, les problèmes visuels, auditifs…) et à l'éducation à la santé.

Enfin, force est de constater que **seuls 21,6 % des mineurs roms rencontrés par les équipes de MdM avaient des droits ouverts à l'assurance maladie,** alors qu'ils sont éligibles à la CMU ou à l'AME dès leur arrivée sur le territoire en application de la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) ainsi que l'a rappelé le Conseil d'État dans un arrêt du 7 juin 2006.

La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) recommande une adaptation des structures de santé publique aux besoins et conditions spécifiques des populations vivant en grande précarité en se basant sur les expériences de médiation et les constats de diverses associations, y compris celles de MdM[71].

> *La famille S. se compose d'un couple et de 6 enfants en bas âge. Originaires de Roumanie, ils sont en France depuis juin 2013. Ils sont en errance sur le département des Hauts-de-Seine depuis plusieurs mois. Après leur passage sur le Caso, nous les aidons à contacter le 115 afin qu'ils bénéficient d'une mise à l'abri en chambre d'hôtel. Depuis cinq mois, la famille change toutes les semaines d'hôtel, ne parvenant pas, de ce fait, à scolariser les enfants ainsi qu'à trouver un lieu fixe où se procurer une aide alimentaire."*
> [Caso, Saint Denis]

Un accès à l'eau encore limité pour les personnes en situation de grande précarité en France

En janvier 2014, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) recensait 429 « campements illicites » sur lesquels vivaient 19 200 personnes *[Dihal 2014]*. Dans 53 % des cas, ces campements disposaient d'une forme de traitement des déchets et dans moins d'un tiers des cas d'un point d'eau et d'un point d'alimentation en électricité.

Sur le plan mondial, une résolution de l'Organisation des nations unies (ONU) du 28 juillet 2010 a reconnu *« le droit à une eau potable salubre et propre comme étant un droit fondamental, essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de l'homme »*.

Selon les résultats d'une étude menée par MdM en 2014 auprès des bénéficiaires de 7 Caso *[MdM 2014a]*, on constate que plus de 1 foyer sur 10 s'approvisionne en eau grâce aux bornes-fontaines des villes. Ce mode d'approvisionnement concerne majoritairement les personnes à la rue, en campement ou en squat. Par ailleurs, plus de 20 % des foyers ont déclaré acheter de l'eau en bouteilles pour recourir aux besoins élémentaires en eau. Or on peut imaginer que l'achat de bouteilles d'eau constitue un poste de dépenses budgétaires important pour une population qui dépense moins de 3 euros par personne et par jour pour manger.

Ainsi l'accès à l'eau, et par conséquent à l'hygiène, reste encore difficile pour les populations les plus précaires. En France, si 99 % de la population est desservie par un réseau d'alimentation en eau potable et 90 % par un réseau ou un système d'assainissement aux normes, les populations précaires telles que les personnes sans domicile fixe ou en habitat insalubre se voient privées de ce droit fondamental. Le droit à l'eau potable est étroitement lié au droit au logement ou au maintien dans celui-ci.

Ces résultats soulignent toute l'importance de rendre accessibles les points d'eau aux personnes à la rue, en campement ou en habitat insalubre. Or, à ce titre, une récente étude de MdM *[MdM 2014d]* mettait en évidence de fortes disparités selon les municipalités dans l'accès effectif à l'eau. Bien que toutes les villes enquêtées disposent de points d'accès à l'eau potable et aux bains-douches, leur nombre restait largement insuffisant pour couvrir les besoins des populations.

(71) CNCDH *« Recommandations sur la mise en œuvre de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 et sur l'accès aux droits des populations dites ''roms" »*, 26 juillet 2013. http://www.cncdh.fr/sites/default/files/cp_cncdh_roms_recommandations_0.pdf

La médiation, pour un meilleur accès à la santé des populations précarisées

« La médiation sanitaire vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. C'est un outil adapté à la spécificité de ces publics qui vise à faciliter leur accès dans le système de droit commun[72]. »
En 2008-2009, face aux constats d'un état de santé globalement très préoccupant des populations roms migrantes en France, le collectif Romeurope a élaboré un programme expérimental de médiation sanitaire auprès des Roms migrants vivant en squats et bidonvilles, auquel MdM a participé et dont l'objectif principal était d'évaluer la pertinence de la médiation sanitaire auprès des femmes et enfants roms *[MdM 2013a]*.
Ce programme piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a été mis en œuvre sur quatre sites pilote (Lille, Bobigny, Fréjus et Nantes) sur une période de dix-huit mois. Chaque médiatrice suivait une quinzaine de foyers pour lesquels des indicateurs de suivis étaient relevés (situation sociale et administrative, suivi de grossesse, état des vaccinations...). Pour les médiatrices, l'enjeu était d'accompagner ces femmes vers un accès effectif et autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.
Au terme des dix-huit mois de suivis, on constate **une nette amélioration de certains indicateurs.** Ainsi, tous les foyers de l'étude bénéficient d'une domiciliation administrative (alors qu'aucun n'était domicilié au démarrage de l'étude) et 93 % des femmes obtiennent ou sont en cours de renouvellement de l'AME (contre moins de 40 % en 2010). Une nette progression dans la fréquence des consultations médicales est observée (de 22 % à 57 %) ainsi qu'une diminution du recours aux urgences. Enfin, la médiation sanitaire améliore sensiblement l'accès à la prévention, tant dans les échanges entre les professionnels de santé et les femmes, que dans l'aide à l'appropriation par ces dernières du fonctionnement du système de soins français. Le suivi médical des femmes enceintes connaît une nette amélioration, la première consultation est réalisée plus tôt, avec des consultations régulières. La majorité des femmes ont identifié une structure publique où s'adresser pour bénéficier d'une contraception et 43 % d'entre elles ont adopté un moyen de contraception. Les enfants de moins de 6 ans profitent également des effets de la médiation sanitaire, bénéficiant désormais d'un meilleur suivi médical et d'une meilleure couverture vaccinale.

En revanche, cette recherche-action a montré que **l'instabilité provoquée par les expulsions répétées des personnes vivant en bidonvilles nuit considérablement à l'efficacité des médiateurs, complexifiant le suivi individualisé et donc l'accès aux soins et à l'amélioration des conditions d'habitat des populations.**
Ces résultats confirment l'impact positif du travail de médiation sanitaire qui favorise l'accès effectif à la prévention et aux soins pour les populations roms migrantes vivant en squats et bidonvilles en France par une meilleure intégration dans le système de droit commun *[MdM 2013a]*.

Au vu des acquis et des résultats issus de cette phase expérimentale, les associations recommandent, comme cela a été évoqué dans le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, de développer et de pérenniser les actions de médiation sanitaire en direction des populations précarisées, de contribuer à l'élargissement des actions de médiation à d'autres publics précaires et de développer la formation et la reconnaissance du métier de médiateur sociosanitaire.

> *"Madame D. est hospitalisée dans le service de gynécologie à la suite d'une opération importante. Elle souffre beaucoup à son réveil et ne parvient pas à se faire comprendre de l'équipe soignante. Alors que le médecin lui propose de prolonger son hospitalisation au sein des LHSS, Madame D. refuse et demande à quitter l'hôpital au plus tôt pour rejoindre sa famille sur le terrain qu'elle occupe. Grâce à l'intervention de la médiatrice sanitaire, Madame D. parviendra à exprimer sa douleur et à bénéficier d'un traitement antidouleur adapté. L'équipe soignante, comprenant mieux la situation particulière dans laquelle elle se trouve du fait de ses conditions de vie, trouvera des ajustements pour lui permettre de retourner dans sa caravane plus tôt, comprenant qu'elle sera mieux disposée à se reposer auprès des siens, tout en mobilisant l'intervention d'une infirmière à domicile."* [Mission Bidonvilles, Nantes]

(72) http://www.mediation-sanitaire.org

4. Interventions auprès des migrants en transit

Depuis les années 1990, de nombreux migrants fuyant leur pays en raison de conflits armés, trafics, menaces, persécutions ou situations économiques difficiles affluent sur le littoral de la région Nord-Pas-de-Calais dans le but de rejoindre l'Angleterre où beaucoup d'entre eux ont de la famille ou de simples connaissances et où la législation pour les migrants est réputée plus favorable qu'au sein de l'espace Schengen, même si elle a tendance à se durcir depuis quelques années.
Parce qu'ils sont dispersés sur le territoire, en logique de transit et bien souvent « invisibles » il est très difficile de connaître leur nombre : ils seraient plus de 1 000 en attente dans Calais et sa périphérie selon la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA). Chaque nuit, ils sont nombreux à tenter leur chance, à l'aide de « passeurs », en montant à bord des camions qui empruntent les ferries, en embarquant directement dans les navires ou les navettes d'Eurotunnel, en se risquant même parfois à emprunter à pied les tunnels ferroviaires.

> *I., 26 ans, est présent depuis trois semaines sur le camp de Téteghem et tente le plus souvent possible de franchir la frontière. Il nous explique qu'il est passé en Angleterre une première fois, alors qu'il était encore mineur, accompagné de ses cousins et que le passage était plus « facile » alors.*
> *Aujourd'hui, à la suite d'un contrôle de police suivi d'une expulsion, il se retrouve de nouveau sur les camps du Dunkerquois à tenter le passage pour retrouver les membres de sa famille qui y sont installés. Il dit qu'il est plus facile de trouver du travail là-bas et qu'il a des dettes à rembourser et de l'argent à envoyer à sa famille restée en Afghanistan. I. n'envisage pas d'entamer une procédure de retour volontaire en Afghanistan même s'il n'en peut plus des conditions de vie sur le camp. Son « voyage » lui a coûté 9 000 euros et les 500 euros d'aide au retour volontaire versés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) ne l'aideront en rien à payer ses dettes. Il assure que, s'il avait su avant le parcours et les conditions de vie qui l'attendaient, il n'aurait même pas envisagé de quitter l'Afghanistan."* [Mission Migrants Littoral Nord-Pas-de-Calais]

(73) Centre d'hébergement et d'accueil d'urgence humanitaire administré par la Croix Rouge.

Des conditions de vie indignes, aggravées par un harcèlement policier reconnu

Ne bénéficiant d'aucun hébergement depuis la fermeture en 2002 du centre de Sangatte[73], ils occupent essentiellement les terminaux portuaires ou vivent dans des squats ou des camps informels (les jungles) dans des conditions de vie extrêmement précaires, dans l'attente de trouver un moyen de traverser la Manche.
Ces populations vivent dans un climat d'insécurité permanent, craignant les contrôles de police et les expulsions à tout moment. En raison du rythme soutenu des destructions des *jungles*, les migrants se dispersent dans le Nord-Pas-de-Calais et organisent leur survie autour des aires d'autoroutes de la région en attendant le passage vers l'Angleterre, privilégiant des sites cachés et de petite taille. **Ils connaissent des conditions de vie particulièrement difficiles et fortement préjudiciables à leur santé (promiscuité, absence de point d'eau, aucune gestion de déchets…), aggravées par les pressions et harcèlements des forces de police qui précarisent des personnes déjà en situation de très grande vulnérabilité.**

> *M. est une jeune femme iranienne, elle a fui son pays dans la précipitation avec son mari et son fils de 6 ans. Ils veulent rejoindre l'Angleterre, où vit son beau-frère, et demander l'asile là-bas. M. parle couramment l'anglais car elle travaillait dans une agence de voyages en Iran.*
> *Dans la nuit du 22 au 23 août 2013, alors que M. dormait avec son fils et son mari dans un abri de Téteghem, la PAF est intervenue sur le camp. Une quinzaine de policiers étaient présents et ont arrêté 10 personnes dont M. et sa famille. Ils ont été conduits au commissariat de police et relâchés plusieurs heures après sans aucune explication, sans délivrance d'aucun document, ni repas. Ils sont rentrés très tard le soir sur le camp, exténués, sans avoir mangé depuis la vieille."* [Mission Migrants Littoral Nord-Pas-de-Calais]

Étant le plus souvent en situation irrégulière et de passage, ils n'ont pas droit à une couverture maladie. Les Pass, lorsqu'elles existent ou sont fonctionnelles, et le FSUV constituent leur seule possibilité d'accès aux soins.

Les actions de MdM : caractéristiques de la population rencontrée sur les sites autour de Dunkerque

Dès 2003, MdM s'est mobilisé pour assurer des consultations médicales auprès des personnes migrantes dans le Nord-Pas-de-Calais. L'objectif de la mission est de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes en transit et d'améliorer leurs conditions de vie, en tenant compte de leur présence transitoire sur le territoire français et de l'absence de droits sociaux qui en résulte. L'association offre une permanence de soins primaires aux personnes migrantes sur le Dunkerquois, accompagne les personnes qui le souhaitent dans leurs démarches d'accès aux droits ou aux soins et identifie et mobilise un réseau local, capable d'assurer leur prise en charge sociosanitaire. Depuis 2010, un volet « eau et sanitation » et « construction d'abris » a été développé, destiné à améliorer les conditions sanitaires sur les campements du Dunkerquois

En 2013, les activités de la mission se concentrent autour de Dunkerque (sur les communes de Teteghem, Grande Synthe) et de Saint-Omer (commune de Tatinghem) et une mobilisation s'intensifie à Calais où la situation des migrants devient de plus en plus alarmante. En effet, les migrants y subissent une pression constante des autorités et de la police et ne peuvent que difficilement

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) : une nécessaire harmonisation des pratiques

Les Pass, créées dans le cadre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998[74], ont pour mission de permettre l'accès aux soins et aux droits à la couverture maladie à 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.

Près de quinze 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 et parfois au sein même de l'hôpital, leur fonctionnement et leur rôle restent très hétérogènes sur le territoire. À Marseille, par exemple, il est arrivé que la Pass d'un l'hôpital oriente des patients vers le Caso faute de pouvoir les prendre en charge…

D'un point de vue financier, leur budget, accordé par 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]*.

Depuis plusieurs années, les associations n'ont cessé de dénoncer l'hétérogénéité des pratiques et les dysfonctionnements de ces dispositifs (accès réduits, horaires d'ouverture restreints, aucun temps médical dédié, non-recours à l'interprétariat, consultation ou médicaments facturés, voire refus de prise en charge…). 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…).

Bien que la pertinence de ce dispositif ait été reconnue dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013 *[André 2013]*, les Pass sont appelées à s'adapter pour mieux répondre aux besoins des populations et harmoniser leurs pratiques à travers un référentiel publié dans la circulaire[75] du 18 juin 2013.

MdM salue ce référentiel qui devrait donner un cadre aux professionnels mais s'associe à l'ODSE pour souligner des recommandations qui leur paraissent essentielles[76] : 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, au titre de la Pass, incluant les hospitalisations si nécessaire, doivent être gratuits (c'est-à-dire sans facturation à l'usager) et dispensés de l'avance des frais, avec ou sans ouverture de droits effective au jour des soins.

(74) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
(75) Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass).
(76) « Missions de l'hôpital public et dispositifs Pass : rappels et recommandations », ODSE, avril 2014.

trouver un abri où se poser. Fragilisés, précarisés, épuisés, ils sont très éloignés du système de santé, remettant souvent leurs soins au lendemain.

Au cours de l'année 2013, 3 970 contacts ont été effectués avec des migrants sur les camps de Grande Synthe, Tétéghem et Tatinghem et environ 1 800 à Calais. À l'issue de ces rencontres, 208 accompagnements vers la Pass du centre hospitalier de Dunkerque et d'Helfaut et 31 vers la Pass de Calais ont été réalisés.

La population rencontrée lors des consultations médicales[77] est très majoritairement masculine (95,7 %). La moyenne d'âge est de 26 ans et 15,2 % des patients ont moins de 18 ans. Ces patients sont originaires dans la plupart des cas d'Afghanistan (47,5 %) et d'Iran (23,7 %) et dans une moindre mesure de Syrie (6,8 %) et d'Irak (6,4 %).

Malgré une amélioration des conditions de vie depuis 2012 sur le Dunkerquois (mise en place d'abris, installation d'un groupe électrogène en période hivernale), les conditions dans lesquelles vivent les migrants restent très précaires. En effet, les abris mis à disposition ne sont pas suffisants et obligent encore certaines personnes à dormir dehors sous des bâches, tentes ou abris de fortune ou à s'entasser dans un abri de 10 m². Cette promiscuité favorise les contaminations. Maintenir une hygiène décente est particulièrement contraignant dans la mesure où les infrastructures mises en place sont limitées et difficiles d'entretien. En période hivernale : la pluie, la boue, l'humidité, les eaux stagnantes sont autant de vecteurs de maladies. Ainsi les pathologies diagnostiquées dans ces populations sont principalement liées aux conditions de vie et aux risques liés aux tentatives de passage en Angleterre : troubles ORL (29 % des cas diagnostiqués), affections dermatologiques (22 %), ostéoarticulaires (15 %), gastroentérologiques (14 %), traumatismes (9 %). Les problèmes ostéoarticulaires et les traumatismes sont pour beaucoup liés au parcours migratoire difficile et dangereux.

> *Nous rencontrons O. sur le camp de Téteghem. Il a quitté l'Irak à l'âge de 15 ans et erre en Europe depuis plusieurs années. Sa jambe gauche est plâtrée. Il nous explique avoir été admis aux urgences de Calais à la suite d'une chute en tentant le passage vers l'Angleterre. Il a été plâtré et est sorti avec une ordonnance de soins à domicile pour une injection quotidienne… Il nous précise qu'aujourd'hui il n'a pas reçu son injection et qu'il est arrivé sur le camp hier soir, difficilement, avec ses béquilles. Son plâtre est trempé."* [Mission Migrants Littoral Nord-Pas-de-Calais]

Les conditions de vie et d'hygiène à Calais sont encore plus catastrophiques : en mai 2014, le manque de structures d'hygiène a ainsi favorisé le développement d'une épidémie de gale dans plusieurs squats et campements de la ville. Lieux qui ont par ailleurs fait l'objet d'une expulsion, sans concertation avec les associations, sans accompagnement social des personnes concernées et avec une prise en charge médicale inappropriée qui a eu pour conséquence l'errance et la dispersion des personnes dans la ville de Calais.

De l'urgence de mettre en place des solutions concrètes pour répondre aux besoins vitaux des exilés

Comme l'a recommandé récemment le Haut-commissariat pour les réfugiés (HCR)[78] à propos des tragédies maritimes des réfugiés et migrants en Méditerranée, **la France doit assurer des conditions d'accueil dignes et rechercher activement tous les moyens qui peuvent fournir protection et sécurité aux personnes fuyant un conflit dans leur pays.** À calais, les expulsions toujours plus fréquentes, particulièrement violentes, et par ailleurs dénoncées par le Défenseur des droits, en novembre 2012 (qui confirmait, après une enquête de plus d'un an, le harcèlement des forces de police à l'égard des migrants), vont à l'encontre de ces recommandations.

Les associations, qui appellent depuis des mois le Gouvernement à une réflexion en profondeur pour imaginer, avec la société civile, des alternatives plus conformes aux valeurs humanistes, condamnent vivement ces évacuations.

Face à cette situation qui perdure depuis de nombreuses années et au constat qu'aucune assistance n'est apportée aux exilés par les pouvoirs publics, **MdM et d'autres associations portent depuis plusieurs années le projet de *Maisons du Migrants ou de Maisons de Transit*[79], qui permettraient aux exilés en transit de se reposer, d'avoir accès aux soins, à des informations sur leurs droits, de repenser leur parcours migratoire et de trouver une réponse à la couverture de leurs besoins fondamentaux.**

Lors de sa visite à Calais en décembre 2013, le ministre de l'Intérieur s'est prononcé favorablement pour ouvrir des discussions dans l'optique de concrétiser un tel projet. Les discussions doivent continuer en 2014 avec la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Pas-de-Calais autour de ce projet.

(77) Il s'agit des caractéristiques des personnes rencontrées sur les sites du Dunkerquois lors des consultations médicales en 2013, qui ne reflètent pas tout à fait les caractéristiques des populations fréquentant ces sites.
(78) http://www.unhcr.fr/53bfb9709.html
(79) Petites unités d'hébergement de 20 à 40 personnes réparties sur le territoire de la région Nord-Pas-de-Calais.

Comprendre les projets migratoires pour mieux accompagner les migrants et leurs familles

Depuis 2003, MdM intervient, à travers une consultation sociomédicale mobile, auprès des travailleurs agricoles non déclarés aux Cravons à Berre dans les Bouches-du-Rhône. Ces hommes âgés de 20 à 55 ans sont tous originaires du village de Ghardimaou[80] en Tunisie. Jusqu'en 2009, ils se concentraient dans un bidonville connu sous le nom de « Gourbi ». Après sa destruction en 2009, les hommes se sont dispersés et ont reconstruit des abris sur d'autres terrains aux alentours. Depuis, à la suite du « Printemps arabe », d'autres jeunes Tunisiens ont rejoint les plus anciens.

La dispersion et la paupérisation des migrants agricoles, l'absence de travail, la dégradation des conditions de vie ainsi que la non-priorisation de la santé du fait des exigences de la survie ordinaire, rendent la présence de MdM toujours nécessaire sur ce site. Une consultation médicale est proposée un samedi par mois, au milieu des serres dans un camion sanitaire équipé, avec délivrance des médicaments sur place et soins des plaies. En 2013, l'équipe a réalisé 255 consultations médicales pour 71 patients et a procédé à 29 accompagnements. Les principaux motifs de consultation sont liés aux conditions de travail dans les serres (allergies rhinopharyngées oculaires, asthme, allergies cutanées, prurits, lombalgies et tendinites des membres supérieurs, asthénie) ainsi que gastralgies, troubles digestifs, troubles anxieux et troubles du sommeil.

En 2012, l'équipe de MdM, a cherché à mieux comprendre le projet migratoire des hommes de Berre en allant à la rencontre de leurs familles en Tunisie. Un travail de coopération a ainsi été entrepris avec l'ensemble des acteurs concernés ici et là-bas (les bénéficiaires, leur famille et des acteurs associatifs tunisiens). En 2013, un projet de santé communautaire a été développé dans le but d'aborder la prévention et la santé communautaire en milieu rural isolé par des équipes locales en Tunisie. Pour ce faire, une association, « El mouhajjarine », a été créée pour apporter un soutien aux familles des migrants (sur les questions d'accès aux droits, accès aux soins, soutien scolaire, aide à la parentalité, prévention des conduites à risques…), favoriser les contacts entre les migrants et leurs familles et sensibiliser les pouvoirs publics français et tunisiens sur les problématiques migratoires.

(80) Village de près de 20 000 habitants situé dans le Nord-Ouest tunisien, près de la frontière algérienne.

© Olivier Borson

© Véronique Burger / Phanie

© Constance Decorde

© Véronique Burger / Phanie

© Véronique Burger / Phanie

© Véronique Burger / Phanie

PARTIE 3

FOCUS POPULATIONS

PARTIE 3

1. Mayotte : un *statu quo* intolérable

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, seuls 22 % des enfants ayant consulté au centre pédiatrique de MdM sont affiliés à la Sécurité sociale. Parmi les enfants qui devraient être affiliés, moins de la moitié le sont effectivement.**
- **7 % des enfants de moins de 5 ans présentent une malnutrition aiguë modérée à sévère.**
- **Les couvertures vaccinales ROR, DTP, Coqueluche des enfants se situent entre 68 et 73 % ; bien inférieures aux objectifs fixés par le plan de santé publique (90-95 %).**
- **Les obstacles à l'accès aux soins sont marqués par la barrière financière en l'absence d'un système clair de prise en charge, et la peur omniprésente des expulsions, qui limite fortement les capacités de déplacements sur l'île.**
- **25 % des enfants accueillis auraient renoncé à des soins au cours des derniers mois.**

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 trois autres îles deviennent indépendantes et constituent l'État des Comores, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international. Jusqu'en 1995, la libre circulation était de mise entre les 4 îles. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche cette libre circulation et ce qui constituait jusque-là une mobilité familiale et économique devient « immigration irrégulière ». C'est à cette date que commencent les premières expulsions directes de Mayotte vers les Comores (soit 565 personnes en cette première année).
Au fil des années, les parents, frères, cousins comoriens sont devenus à Mayotte des « immigrés clandestins » et la politique migratoire de la France s'y est peu à peu considérablement radicalisée. En 2013, selon les chiffres de la préfecture de Mayotte[81], 15 908 personnes auraient été

(81) Préfet de Mayotte, ministère de la Justice : Mayotte, bilan 2013 sécurité intérieure. http://www.migrantsoutremer.org/Mayotte-Bilan-de-la-delinquance

expulsées, soit plus de 7 % de la population, dont 3 458 mineurs. Ce qui représenterait près de 59 % du nombre de reconduites à la frontières depuis l'Hexagone en 2013[82]. Ces chiffres en baisse par rapport aux années précédentes (17 000 en 2012, 22 600 en 2011) ne doivent pas masquer une réorientation des actions policières vers un développement des arrestations des personnes en mer (augmentation du nombre d'interception de kwassa kwassa[83]). La diminution des arrestations terrestres est en effet perçue par les équipes de terrain, qui disent voir moins de familles séparées, mais, en revanche, des séparations plus longues. Le 31 mars 2011, Mayotte devient le 101e département français et le 5e département d'outre-mer. Dans le cadre de ce que les autorités appellent la « départementalisation », tous les droits des autres départements ne s'appliquent pas à Mayotte ; un « rattrapage » est prévu en matière de santé, de droits sociaux, de développement économique… d'ici vingt à trente ans. Face à cette situation, le nouveau département a connu un mouvement social fort à l'automne 2011 « contre la vie chère », qui a duré quarante-six jours et en 2013, une grève des médecins libéraux et des PMI a eu lieu *[Cour des comptes 2014]*. **On voit ainsi s'installer une forte désillusion face à une départementalisation qui reste encore à faire et une situation économique et sociale dégradée, avec des mouvements sociaux réguliers et multiples.**

Mayotte compte 212 000 habitants[84] et se caractérise par une population extrêmement jeune : plus de la moitié de la population a moins de 18 ans *[Balicchi 2014]*. Selon le dernier recensement, 36,6 % des personnes se déclarent au chômage, chiffre en augmentation et le plus fort des départements d'outre-mer *[Balicchi 2014]*. Plus surprenant, le solde migratoire est négatif, c'est-à-dire que l'émigration est plus importante que l'immigration. La part de la population de nationalité étrangère se stabilise à 40 %. 39 % des étrangers[85] sont nés sur le territoire français. Ce sont essentiellement des mineurs qui pourront prétendre accéder à la nationalité française à leur majorité.

De fortes inégalités de santé

En matière de santé, Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport à la métropole de 84 %[86], surmortalité liée aux maladies infectieuses, au diabète, aux maladies de l'appareil respiratoire. Le taux de mortalité maternelle y est 6 fois plus élevé qu'en métropole (souvent du fait des complications liées à la grossesse et à l'accouchement), la mortalité infantile 4 fois plus élevée *[Math 2012]*.

La présence de nombreux bidonvilles sans accès à l'eau et à l'hygiène augmente le risque potentiel de maladies à caractère épidémique. La Cour des comptes alertait encore récemment sur le fait que *« le risque sanitaire de propagation d'épidémie ou de maladie est devenu majeur, aggravé par les conditions de vie précaires (habitat de fortune), le manque de ressources nécessaires y compris pour les besoins vitaux alimentaires (malnutrition des enfants) » [Cour des comptes 2014]*.

La situation est également critique en termes de services de santé disponibles sur l'île. Les carences en professionnels de santé sont criantes : Mayotte n'est pourvu que de 77 praticiens pour 100 000 habitants[87], une densité 4 fois plus faible qu'en moyenne nationale. Les délais de rendez-vous dans les PMI (souvent supérieurs à quatre mois), les ruptures en vaccins, tout comme l'absence de spécialistes à l'hôpital, rendent ces services de fait inaccessibles.

Un dispositif d'accès aux soins discriminant

Jusqu'en 2005, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuit dans les structures publiques de soins (dispensaires et hôpital). À cette date, un système spécifique de sécurité sociale a été mis en place ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière[88,89], excluant de toute protection maladie environ un quart de la population *[Math 2012]*. C'est le cas des étrangers en situation irrégulière, mais aussi d'une partie de la population mahoraise (Français nés à Mayotte) dans l'incapacité de justifier de son état civil[90] ou de présenter d'autres documents exigés de façon abusive (justificatif de domicile, relevé d'identité bancaire…). À Mayotte, la CMU, la CMUc et l'AME n'existent pas.

Les enfants ne peuvent être affiliés qu'en qualité d'ayants droit (d'un parent français ou d'un parent étranger en situation régulière), lequel doit résider à Mayotte. Les enfants de personnes sans papiers ou les mineurs isolés, très nom-

(82) Sur la base des chiffres communiqués par le gouvernement : 27 000 reconduites à la frontières en 2013. http://abonnes.lemonde.fr/societe/article/2014/01/31/immigration-valls-veut-afficher-un-bilan-muscle_4357635_3224.html
(83) Petits canots de pêche des Comores.
(84) Insee, Recensement de 2012.
(85) Quelle que soit leur situation au regard du séjour, ils ne sont pas pris en compte dans le recensement de l'Insee.
(86) L'indice comparatif de mortalité (ICM) 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.
(87) Source Drees - 1er janvier 2013.
(88) Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte.
(89) Résidant en France depuis trois mois ou autorisés à y séjourner pour une durée supérieure à trois mois.
(90) Dans le cadre du processus de départementalisation, une réforme de l'état civil a été engagée dès 1999 mais elle se heurte à de nombreuses difficultés. L'état civil français a en effet longtemps coexisté avec un état civil de droit local et est mis en place très difficilement, une grande partie des Mahorais se retrouvant sans papiers.

breux en raison notamment des expulsions systématiques et répétées, n'ont ainsi accès à aucune forme de protection maladie (à l'exception depuis tout récemment des mineurs isolés pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance). Selon la chargée de mission du Défenseur des droits, 75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à l'assurance maladie *[Mathieu 2013]*.

Concernant l'accès aux soins, la Pass ne propose pas de consultations médicales et la circulaire relative à la création du FSUV n'est pas applicable à Mayotte. Un dispositif spécifique est prévu permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de nécessité de soins urgents, mais il fonctionne mal et la définition des soins urgents est plus restrictive. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait (de l'ordre de 10 euros pour une consultation de médecine générale à 300 euros pour un accouchement[91]) souvent élevé au regard de leurs moyens financiers (un habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois[92]) *[COABS 2010]*.

En août 2009, à la suite d'un rapport de la Défenseure des enfants dénonçant les insuffisances de la prise en charge des enfants non affiliés à la Sécurité sociale *[Défenseure des enfants 2008]*, un système de « bons enfants » ou « bons roses », toujours en vigueur, a été mis en place par le centre hospitalier de Mayotte[93]. Ce dispositif, sans fondement légal, prévoit théoriquement que le bureau des entrées de l'hôpital ou du dispensaire délivre un « bon enfant » aux enfants non affiliés pour permettre l'exemption de la provision. Il ne permet pas une prise en charge des soins extrahospitaliers, pourtant parfois indispensables dans le cas d'enfants gravement malades nécessitant, par exemple, des soins infirmiers.

Ce système, bricolé, peu clair[94], fonctionne en réalité assez mal : les bons sont méconnus et attribués de manière partiale et arbitraire. Or l'ordonnance du 31 mai 2012[95] dispose que les frais concernant les mineurs et les enfants à naître sont pris en charge en totalité, lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures à un certain montant. Cette modification constitue une avancée légale majeure puisqu'elle inscrit 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, et devrait de ce fait rendre le système des bons roses caduc. Elle exclut toutefois de la gratuité la médecine de ville, les transports d'urgence, les soins infirmiers à domicile, les appareillages et le matériel de qualité – frein majeur pour nombre de prises en charge médicales.

Mais surtout, ce texte reste pour l'instant inappliqué, aucune information n'a été diffusée à son sujet. Et pour cause, la Cour des comptes rapporte en effet que cette ordonnance[96] a été adoptée sans étude de faisabilité préalable ni financement, alors même que par ailleurs l'État supprime son aide à l'hôpital de Mayotte tout en en augmentant ses charges. La Cour des comptes souligne ainsi la carence de l'État à Mayotte, ayant conduit l'hôpital à une situation de déficit. Elle recommande in fine : *« La République est une. Quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, il appartient en dernier ressort à l'État d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé. »*

Par ailleurs, cette avancée légale notable – qui reste à appliquer – ne remplace pas d'autres réformes de fond : la mise en place de la CMUc ainsi qu'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière type AME, et, en l'absence d'autre option, l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie. Ces demandes sont réclamées de longue date par les associations et ont été recommandées par la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde)[97] *[Roulhac 2010]*, la Défenseure des enfants et plus récemment le Défenseur des droits[98]. En 2010, le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (Tass) a reconnu un droit à l'assurance maladie à un enfant en son nom propre sur le fondement de la Cide[99]. Ce fut la première fois qu'un tribunal imposait l'affiliation directe d'un mineur à la Sécurité sociale ; cette décision fut une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé, qui reste à être concrétisée.

(91) 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.
(92) Le revenu mensuel moyen des Français nés à Mayotte (Mahorais) est de 290 euros mensuel seulement (190 euros pour les étrangers), soit 5 fois moins que celui des Français non originaires de Mayotte (« métropolitains »). Insee, *Le revenu des habitants de Mayotte en 2005,* Insee Info n° 28, février 2007.
(93) Note d'information. Accès aux soins des mineurs non affiliés. Centre hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, 28 juillet 2009.
(94) Il semble maintenir la distinction entre soins urgents (« affection grave et durable ») et soins courants, seuls les premiers permettant une exonération de la provision, tout en maintenant une ambiguïté.
(95) Ordonnance n° 2012-785 modifiant le Code de la santé publique dans son article L 6416-5.
(96) Appliquant une disposition du droit international.
(97) Halde, Délibération n° 2010-87 du 1er mars 2010.
(98) 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.
(99) Tass de Mamoudzou, jugement du 17 décembre 2010.

Un droit des étrangers dérogatoire

Mayotte étant devenue une région « ultrapériphérique » de l'Union européenne le 1er janvier 2014 après être devenue un département français en 2011, sa législation doit se conformer aux normes européennes et nationales. C'est ainsi que le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) s'applique désormais à Mayotte. Mais la transposition de ces normes sur le territoire mahorais fait la part belle aux dérogations qui continuent de priver, à Mayotte, les étrangers et les étrangères de droits acquis en métropole. Certaines de ces mesures d'exception étaient déjà prévues par le Ceseda dans certains Dom. À Mayotte, on retrouve les mêmes et bien d'autres.

Ainsi, une personne de nationalité étrangère qui fait l'objet d'une obligation à quitter le territoire français bénéficie, en métropole, d'au moins quarante-huit heures pour en demander l'annulation auprès du tribunal administratif et l'exécution de l'éloignement est alors suspendue jusqu'à la décision du juge. À Mayotte, elle peut être expulsée en quelques heures. De plus, le jeune étranger résidant en métropole depuis ses 13 ans se voit délivrer de plein droit à ses 16 ou 18 ans une carte de séjour mention vie privée et familiale s'il a résidé avec l'un de ses parents. À Mayotte, ce parent doit avoir été en situation régulière durant cette période, ce qui exclut 90 % d'entre eux.

Pour introduire ces nombreuses dérogations, le gouvernement a décidé, une fois encore, de légiférer par ordonnance[100], c'est-à-dire par une procédure rapide sans débat parlementaire et sans publicité. Neuf organisations dont MdM ont alors attaqué l'ordonnance devant le Conseil d'État.

Les consultations médico-sociales de MdM

Afin d'améliorer l'accès à la santé des enfants en situation de précarité, MdM a ouvert en décembre 2009, dans le quartier de Majicavo Koropa, commune de Koungou, un centre pédiatrique où se tiennent des consultations médicales et sociales. Depuis mars 2010, des consultations mobiles hebdomadaires sont également organisées dans d'autres quartiers de l'île auprès des populations précaires. En 2013, la clinique mobile s'est déplacée sur les communes de Badraboua, Bandrélé et Pamandzi, s'installant à chaque fois dans un quartier/village pour trois à quatre mois environ. Tous ces sites combinent une forte densité de population, un habitat indigne largement répandu, un accès à l'eau difficile et de fréquents contrôles de police.

En 2013, le programme a enregistré 2 060 consultations médicales, dont 70 % au centre pédiatrique et 30 % en clinique mobile. 1 276 enfants ont été reçus en consultation, dont 664 nouveaux enfants.

En 2013, on observe un rajeunissement de la file active. En effet, parmi les enfants rencontrés, 61 % ont moins de 3 ans (contre 43 % en 2012), 72 % ont moins de 6 ans. Par ailleurs, 90 % des enfants reçus sont nés à Mayotte, et 1 % d'entre eux sont nés sur un territoire français hors Mayotte. Parmi les enfants non nés à Mayotte, 55 % sont sur le territoire depuis plus de trois ans, 36 % depuis plus de cinq ans. Parmi les nouveaux enfants, 79 % ont au moins un parent en situation irrégulière (dont pour plus de la moitié les deux parents sont en situation irrégulière), et 47 % ont au moins un parent en situation régulière ou français. **Par ailleurs, 7 % des nouveaux enfants ont un de leur parent qui a été expulsé[101].**

Enfin, 4 % des enfants reçus ne vivent avec aucun de leurs parents le jour de la première consultation. Il s'agit dans près d'un cas sur deux de situations qui durent depuis plus d'un an. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, car lorsque la personne qui accueille l'enfant se déplace vers le centre de santé, il est probable qu'elle se présente comme le parent de l'enfant, de peur que ce dernier ne soit pas reçu par le médecin ou par crainte d'attirer l'attention sur la situation. Rappelons que durant la période d'expulsion des parents, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique. Des personnes (famille, amis...) accueillent certes ces enfants dans l'attente d'un retour potentiel des parents et assurent leur quotidien, mais elles reportent généralement, sauf urgence, leur suivi médical… La reprise du suivi médical se fait généralement au retour d'un des parents.

Une difficile prise en charge des pathologies chroniques et des problèmes de santé mentale à Mayotte

Les problèmes de santé dont souffrent les enfants vus en consultation à Mayotte sont liés, dans la grande majorité des cas, à une infection (81 %). Les viroses respiratoires et ORL, très fréquentes chez les enfants, restent le premier

(100) Ordonnance du 7 mai 2014 signée par le ministre de l'Intérieur.
(101) Il s'agit de la situation des parents au jour de la première consultation de l'enfant.

motif de consultation (39 %). Les pathologies de la peau arrivent au second rang (37 %). En effet, les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence : manque d'hygiène lié aux difficultés d'accès à l'eau, promiscuité. En saison des pluies, le taux d'humidité de l'air favorise d'autant plus les infections cutanées primaires telles que l'impétigo, les abcès mais aussi les surinfections des autres pathologies cutanées présentes toute l'année : gale, dermatophytose, teigne. Les problèmes d'ordre digestif ont concerné 32 % des consultations. Il s'agit essentiellement de diarrhées associées aux viroses chez les enfants en bas âge ou de problèmes parasitaires.

Un temps important de l'équipe de consultation (médecin et interprète) est consacré à reconstituer les parcours de soins des patients. Aussi, une des difficultés majeures est d'assurer un suivi régulier des pathologies chroniques nécessitant un recours fréquent à un médecin référent et une équipe pluridisciplinaire coordonnée. La pénurie et le turnover important des médecins sur l'île et les difficultés récurrentes d'accès aux soins que rencontrent les familles amènent à un découragement, et rend la prise en charge des maladies chroniques telles que l'asthme, les retards psychomoteurs, les problèmes de malnutrition ou encore des pathologies neurologiques très chaotique. L'absence de suivi précoce peut conduire à des conséquences lourdes pour l'enfant et son devenir (échec scolaire, désinsertion sociale, rejet, etc.).

La mobilité et les parcours migratoires spécifiques entre Mayotte et les Comores, les dures conditions de vie sur place, et les histoires personnelles parfois traumatisantes (séparation prolongée entre un enfant et ses parents, détresse psychologique de personnes isolées, en situation de pauvreté extrême, enfants présentant des retards psychomoteurs, etc.) peuvent avoir un impact psychologique important sur les enfants et les adultes. Cependant, sur Mayotte, de par la saturation des services existants et le manque de structures adaptées pour aborder la demande dans des délais raisonnables (absence de pédopsychiatre au CHM durant toute une partie de l'année 2013), il est extrêmement difficile de faire prendre en charge ces enfants qui, pourtant, nécessitent d'un soutien psychologique.

Une situation nutritionnelle problématique pour de nombreux enfants

En 2013, MdM a mis en place au sein de ses consultations un dépistage systématique de la malnutrition[102]. Ce travail est intervenu dans la continuité d'une étude réalisée en 2011 auprès des enfants vus en consultation. Au centre de santé, une prise en charge ambulatoire (à base de plumpy nut) des cas de malnutrition aiguë sévère dépistés a été organisée.

En 2013, **7 % des enfants de moins de 5 ans et 10 % des enfants de plus de 5 ans** ayant consulté étaient malnutris (malnutrition aiguë modérée ou sévère[103]). Ces chiffres sont révélateurs d'une situation nutritionnelle problématique pour un grand nombre d'enfants à Mayotte.

La prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère reste très difficile à Mayotte. On constate une saturation du service de pédiatrie (manque de médecins) et un manque de moyens des PMI pour assurer le relais de la prise en charge hospitalière. Le développement d'une approche en ambulatoire des cas de malnutrition aiguë non compliqués (accompagné d'une prise en charge sociale indispensable des familles) pourrait permettre le traitement d'un plus grand nombre d'enfants tout en proposant une alternative moins lourde, le traitement pouvant s'effectuer à domicile. Mais cette alternative initiée par MdM est difficile à mettre en place et à étendre aujourd'hui compte tenu du manque de ressources et d'organisation des structures et professionnels de santé sur Mayotte.

Une insuffisance globale des couvertures vaccinales

Les couvertures vaccinales des enfants de Mayotte sont insuffisantes. Elles se situent pour les enfants vus en consultation à MdM entre 68 et 73 % pour les vaccins ROR, DTP, Coqueluche ; bien inférieures aux objectifs fixés par le plan de santé publique (90-95 %) *(tableau 32)*. La couverture vaccinale contre l'hépatite B est plus élevée (90,3 %). On constate ainsi des retards de vaccination chez de nombreux

Tableau 32 : Taux de couverture vaccinale par type de vaccin des enfants suivis par la mission MdM de Mayotte, 2013

	n	%
ROR	657	68,9
DTP	781	71,1
Coqueluche	873	71,6
BCG	880	73,3
Hépatite B	1 095	90,3

Taux de réponse : 94 %.

(102) Relevé systématique des poids et taille avec calcul de l'indice poids pour taille (courbes de croissances OMS 2006) et du périmètre brachial.
(103) Indice poids/taille < -2Zscore (normes OMS2006).

enfants, notamment en ce qui concerne le vaccin contre le pneumocoque, liés en partie aux ruptures de stock fréquentes, aux oublis lors de la consultation en PMI, aux rendez-vous manqués et aux délais trop longs.
Les PMI manquent cruellement de personnel (pas de médecins, voire sous-effectif en infirmiers), de supervision, et de là, de motivation et de moyens pour assurer pleinement leurs fonctions : les locaux sont vétustes, les rendez-vous souvent reportés avec des délais de trois à quatre mois, des longs temps d'attente, une irrégularité des permanences et, par conséquent, une perte de crédibilité auprès des mères.

De nombreux obstacles à l'accès aux droits et aux soins

En 2013, seuls 22 % des enfants vus en consultation sont affiliés à la Sécurité sociale. Sur l'ensemble des enfants **qui devraient être affiliés à la Sécurité sociale (ayants droit de parent français ou en situation régulière résidant à Mayotte), plus de la moitié (54 %) ne le sont pas.**
Une étude réalisée en 2008 montre qu'au moins 40 000 personnes, dont 18 000 enfants, n'accéderaient pas à l'assurance maladie à Mayotte, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient des étrangers. Ainsi, 78 % des Français seraient affiliés, contre 47 % des étrangers *[Guyot 2009]*.
Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins. Les obstacles les plus fréquents sont liés au coût des consultations, des traitements mais aussi des transports, à la peur des expulsions, aux difficultés administratives et à la barrière linguistique. Comme recommandé par la Halde *[Roulhac 2010]*, la Défenseure des enfants et plus récemment le Défenseur des droits[104], **MdM demande l'inscription dans la loi du principe d'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie, dans l'attente de la mise en place d'un système d'assurance maladie universelle (CMU, CMUc, AME).**

Le coût des soins : le premier obstacle à l'accès aux soins des enfants

L'ordonnance du 31 mai 2012, disposant la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes en situation de précarité dans le système public de santé (dispensaires et hôpital) à Mayotte, n'étant toujours pas appliquée, le système bricolé et arbitraire des « bons roses » perdure, toujours très mal connu de la population.
Ainsi, le coût des soins est-il le premier obstacle invoqué et observé à l'accès aux soins des enfants. **57,1 % des nouveaux patients évoquent le coût des soins et 50,2 % le coût du transport, comme principal obstacle à leur accès aux soins.** Rappelons que la population de Mayotte est caractérisée par une grande pauvreté : 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois *[Luu 2007]*. Si les distances sont relativement faibles à parcourir, un aller-retour pour une personne en taxi collectif, principal moyen de transport, varie de 2,50 euros à 5 euros par personne, soit jusqu'à 10 euros pour deux personnes.
Les familles, persuadées d'avoir à payer pour la consultation et les soins de leur enfant, en ayant fait souvent l'expérience, tendent à renoncer ou à repousser les soins. En effet, plus d'un tiers des personnes ont déclaré avoir dû payer pour rencontrer un médecin lors de leur dernière visite au dispensaire pour leur enfant.

MdM réclame le respect du Code de la santé publique et en particulier des dispositions qui doivent permettre l'accès aux soins pour tous les enfants et les femmes enceintes.

> *N., 10 ans, a une hernie inguinale depuis plusieurs années. Elle est parfois douloureuse. Deux ans auparavant, sa mère a dû renoncer aux rendez-vous prévus (échographie et consultation en chirurgie viscérale) à cause d'un contrôle policier qui l'a empêchée de s'y rendre. Lorsque nous recevons N. en consultation, son hernie le fait souffrir de façon intermittente depuis dix jours. À l'examen, la hernie est indolore et réductible, mais le médecin l'adresse néanmoins à la consultation de chirurgie. Le lendemain, la mère de N. appelle notre médecin : le chirurgien, s'étant assuré qu'il n'y pas d'urgence vitale, demande la somme de 15 euros pour poursuivre la consultation et la prise en charge. À la suite d'un appel direct auprès du médecin en question, celui-ci reconnaît le refus de soin. Selon lui, le droit français impose le règlement des consultations pour avoir accès à des soins sauf en cas d'urgence vitale. La mère de N. payera finalement la consultation."* [Clinique mobile, Mtsamoudou]

(104) 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.

La peur omniprésente et justifiée des expulsions

La peur de se déplacer et des contrôles de police est citée comme obstacle à l'accès aux soins dans 49,3 % des situations. Cette proportion atteint 61,6 % lorsque les deux parents sont en situation irrégulière. On peut toutefois considérer que ces chiffres sont sous-estimés, en raison d'une banalisation de la peur et des craintes des arrestations, tant par les usagers que par les membres des équipes MdM renseignant les dossiers médico-sociaux avec les patients. À ce titre, il est intéressant de noter que **plus de la moitié (55 %) des adultes ayant consulté (n = 80)[105] ont déjà été expulsés du territoire.**

> *En mai 2012, le médecin du centre pédiatrique découvre de façon fortuite que l'enfant B., 7 ans, a un souffle au cœur. Un rendez-vous d'échographie est pris pour le mois de novembre. Lorsque la mère et l'enfant se présentent au rendez-vous, on lui annonce qu'il est reporté, et on lui précise qu'elle devra se présenter avec 30 euros pour que l'examen soit réalisé.*
> *Dans l'intervalle, le père de B. est expulsé du territoire. Sans ressources financières, la mère de B. décide de ne pas se présenter au rendez-vous avec son enfant. En juin 2013, B. consulte de nouveau au centre pédiatrique, l'examen clinique est inchangé, les démarches pour que l'examen puisse être réalisé gratuitement sont renouvelées."* [Centre pédiatrique de Mamoudzou]

La lutte intense contre l'immigration clandestine associée au risque d'accidents ou de décès lors d'un retour illégal par kwasa kwasa[106] engendrent un sentiment de peur et de stress permanent. L'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales, aussi bien par les parents que par les enfants eux-mêmes. Il est alors essentiel de proposer un lieu de consultation de proximité à ces populations. Les expulsions sont si fréquentes qu'elles arrivent parfois sur le trajet entre le domicile et le lieu de soins. Certains parents d'enfants malades sont parfois arrêtés avant d'avoir entrepris ou finalisé les démarches administratives. Ce type d'interpellation pouvant intervenir à tout moment, les équipes de MdM doivent réagir rapidement, avec l'appui d'avocats, pour aider les personnes à sortir du centre de rétention administrative (CRA) avant leur expulsion du territoire.
En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des consultations mobiles, **MdM a ainsi privilégié la proximité pour réduire l'obstacle de la distance à parcourir et le risque d'arrestation.**

La langue : une difficulté réelle et sous-estimée

Si le français est la langue officielle à Mayotte, utilisée dans les institutions, il ne s'agit pas de la langue majoritairement parlée. Plus des deux tiers de la population parlent le mahorais (ou shimaoré)[107], beaucoup parlent le shibushi[108]. Selon le recensement de 2007, 37 % de la population ne parle pas le français et seule 6 % ne parle que le français[109]. Or le français est le plus souvent nécessaire dans les administrations, à l'hôpital et dans les dispensaires, les médecins étant en majorité métropolitains et ne parlant pas la langue locale. L'interprétariat est assuré par les aides-soignants, non formés, selon leurs disponibilités. Cela peut impliquer des incompréhensions et remettre en cause la confidentialité, lorsqu'ils habitent le même village ou quartier que les patients…
La langue est citée comme un obstacle dans 29 % des cas par les accompagnants de l'ensemble des enfants reçus à MdM. Ce chiffre est très probablement sous-estimé dans la mesure où 77 % des adultes ayant consulté ne maîtrisent pas suffisamment le français pour s'orienter dans le système de santé.

Les difficultés administratives

Elles sont évoquées comme étant un obstacle à l'accès aux soins dans 18 % des situations. Le système administratif français est complexe et souvent difficile à comprendre, notamment en l'absence de culture administrative. De plus, il s'agit à Mayotte d'un système en transition, avec des caractéristiques et des freins particuliers. L'état civil est considéré comme un problème majeur et un véritable frein à la départementalisation *[Mathieu 2013]* ; la réforme de l'état civil et sa finalisation sont même considérées comme un des préalables par la Cour des comptes avant toute éventuelle harmonisation avec le système national d'assurance maladie *[Cour des comptes 2014]*. De nombreuses personnes ne sont pas en mesure de fournir un acte de naissance[110] indispensable entre autres pour s'inscrire à la Sécurité sociale ou pour les demandes de titre de séjour.
La Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) exige fréquemment pour le dépôt d'un dossier des documents administratifs non obligatoires, tels qu'un relevé d'identité bancaire. 2013 a en effet été marquée par un fort recul des affiliations à la Sécurité sociale. Pendant les trois quarts de l'année, la CSSM a systématiquement exigé un relevé d'identité bancaire (RIB) nominatif pour permettre l'affiliation des

(105) Il s'agit de parents d'enfants malades consultant à MdM et d'adultes suivis par la consultation sociale de MdM.
(106) Le kwasa kwasa est le nom comorien de petits canots de pêche rapides à fond plat souvent utilisés par les passeurs pour l'immigration clandestine à Mayotte.
(107) Langue comorienne parlée à Mayotte, dérivée du swahili.
(108) Langue austronésienne proche de celles parlées à Madagascar.
(109) http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=27&ref_id=1102&page=donnees_detaillees/rp2007/resultats_detailles/rp2007_langues_lang1m.htm.
(110) Au moment de la mise en place de la Sécurité sociale, une pratique du centre hospitalier de Mayotte avait consisté à ne pas déclarer la naissance des enfants dont les parents n'avaient pas payé le forfait accouchement… Si cette pratique s'est interrompue, certains enfants nés à Mayotte se trouvent encore dépourvus d'acte de naissance.

parents et donc des enfants. Alors qu'auparavant le RIB d'un tiers était accepté, il est devenu un verrou infranchissable, l'accès à un compte bancaire à Mayotte étant particulièrement compliqué.
À la suite d'une mobilisation interassociative et des médecins auprès de la caisse, un certain assouplissement a pu être obtenu, mais débouchant sur une affiliation au rabais : les usagers sans RIB peuvent maintenant être affiliés à la Sécurité sociale mais au bout de longues et épuisantes démarches administratives et à condition de ne fréquenter que le système public de santé[111]. On peut ainsi parler d'une discrimination à l'encontre des personnes en situation de précarité, pour qui l'ouverture d'un compte à Mayotte relève du parcours du combattant, voire de l'impossible.
Par ailleurs, le dossier est systématiquement renvoyé comme incomplet lorsque les personnes sont titulaires d'un premier récépissé de demande de titre de séjour délivré par la préfecture alors même qu'une telle pièce atteste de la régularité du séjour. La CSSM exige la présentation d'un titre de séjour (un an) ou d'un passeport, ce qui est sans fondement légal. Début 2013, ces obstacles s'étaient encore renforcés et il était très difficile d'obtenir l'ouverture des droits à la Sécurité sociale.
De plus, à Mayotte ces droits sont ouverts pour la durée de validité du titre de séjour présenté, entre trois et six mois, alors que les droits à l'assurance maladie sont ouverts pour un an incompressible en métropole. Cette pratique a des conséquences importantes étant donné le nombre de récépissés de trois mois accordés, ainsi que les longs délais de traitement des dossiers. Il faut très fréquemment faire des demandes de renouvellement de couverture maladie, ce qui entraîne souvent des ruptures de droits, et donc de soins.
Enfin, il faut souligner l'impossibilité, en droit, d'affilier à la CSSM des enfants français, vivant sur le territoire de Mayotte, à la charge d'un parent non régularisé et dont le parent français n'est pas résident à Mayotte. Non affiliés, ces enfants français consultent au centre pédiatrique. Pourtant, le parent ayant la charge de l'enfant serait régularisable au titre de parent d'enfant français. À Mayotte sont ainsi maintenues dans la clandestinité de nombreuses personnes qui ne devraient pas s'y trouver.

Des obstacles qui entraînent un retard de recours et un renoncement aux soins fréquents

Ces obstacles ont pour conséquence de réduire l'accès aux soins des personnes résidant sur l'île en situation de grande précarité et/ou en situation irrégulière. Ainsi en 2013, 25 % des accompagnants disent avoir renoncé à des soins pour leur enfant (16,3 % des enfants accueillis au centre pédiatrique et 29,9 % de ceux vus en consultations mobiles). Au niveau national, dans l'ensemble des centres de soins (Caso) de MdM, 20 % de l'ensemble des patients déclarent avoir renoncé à des soins dans les douze derniers mois.
Dans 30 % des cas, le médecin a estimé qu'au moins un des problèmes de santé diagnostiqué chez ces enfants aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt. Dans l'ensemble des Caso de MdM, c'est le cas dans 36 % des consultations (concernant les adultes et les enfants).
De nombreux parents expriment un renoncement de principe et un découragement face aux refus et difficultés rencontrées. Ils ont souvent la conviction (souvent justifiée) qu'ils ne seront pas reçus en consultation, étant dans l'impossibilité de payer le forfait, à quoi s'ajoute le risque d'être interpellés en chemin. Ce qui les conduit à ne même plus tenter de se déplacer pour voir un médecin.

> *L'enfant N. est adressé au dispensaire par la PMI le 12 avril 2013 pour des furoncles. Au cours de la consultation, le médecin dépiste un souffle cardiaque et préconise de le contrôler à nouveau dans un mois. Le médecin ajoute sur le carnet de l'enfant « Je fais bon rose ce jour mais Madame semble avoir les moyens ! Prochaine fois, qu'elle trouve l'argent pour soigner son enfant ! » Cela fait plus de trois mois que le souffle cardiaque aurait dû être réausculté, mais la mère de l'enfant n'ose pas retourner au dispensaire. L'enfant sera finalement adressée à l'hôpital par MdM pour réaliser une échographie cardiaque à visée diagnostique."*
> [Clinique mobile, La Vigie]

Il est urgent d'organiser un temps spécifique de travail et de réflexion sur la pauvreté dans les territoires ultra-périphériques afin d'élaborer un plan de lutte contre les inégalités sociales comme cela a été réalisé en métropole avec le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale récemment.

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

Des enfants soignés loin de leurs parents

La Cide dispose que les États signataires *« veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré »* (article 9)*, et que « toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un État partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les États parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence »* (article 10).
Pour les enfants dont l'état de santé nécessite une prise en charge dans un centre hospitalier hors de Mayotte, les transferts sanitaires sont compliqués par l'absence d'affiliation à la Sécurité sociale quand les parents sont en situation irrégulière ou qu'ils ne peuvent prouver leur identité. Les refus d'admission par les hôpitaux en métropole semblent se développer. Lorsqu'ils sont possibles, les transferts sanitaires d'un enfant vers La Réunion ou en métropole se font souvent sans les parents, même pour des enfants gravement malades, faute de délivrance d'un titre de séjour pour les accompagnants. Pour ces parents, peu ou pas informés, obtenir ce titre de séjour est long et compliqué.

L'antenne de la Mission Parrainage à Saint-Denis de La Réunion pour les enfants de Mayotte
Aux CHU de Saint-Denis de La Réunion et de Saint-Pierre, de nombreux enfants arrivent à la suite d'un transfert sanitaire, depuis Mayotte ou des Comores. Sans titre de séjour, les parents comoriens non affiliés à l'assurance maladie ne peuvent suivre leur enfant parce que l'assurance maladie ne prend pas en charge leur transport et leur hébergement.
En 2013, une antenne de la mission Parrainage des enfants hospitalisés de MdM a été ouverte à Saint-Denis de La Réunion. Elle intervient auprès d'enfants hospitalisés loin de leur famille, sur des périodes longues. Elle propose une présence très régulière d'un bénévole auprès de l'enfant hospitalisé, dont la famille est à Mayotte ou aux Comores. Ce soutien personnalisé, sur la demande des équipes hospitalières, est essentiel pour assurer l'équilibre psychologique du jeune patient. Le parrainage se fait avec l'accord des parents et implique des contacts réguliers avec eux en vue de maintenir le lien familial pour faciliter le retour de l'enfant dans sa famille.
Entre septembre 2013 et juin 2014, 10 enfants ont été parrainés par MdM à Saint-Denis de La Réunion, la plupart ayant été évacués sanitaires de Mayotte. Cinq d'entre eux ont leurs deux parents en situation irrégulière, trois ont leur mère en situation irrégulière et leur père français de Mayotte. Dans deux cas, le père a fait les démarches pour obtenir un titre de séjour mais les deux enfants, hospitalisés à Saint-Denis, sont rentrés à Mayotte avant l'affiliation à la Sécurité sociale.
Ces situations sont emblématiques d'une confrontation entre des logiques médicales légitimes et des logiques administratives qui appliquent de manière très restrictive une politique migratoire sans tenir compte des besoins des enfants.

Face à ces situations, **MdM demande une facilitation du rapprochement familial pour les enfants dont les parents se trouvent dans des situations précaires, en situation régulière ou non, évacués sanitaires à La Réunion ou en métropole.**

2. La Guyane : un accès aux droits et aux soins très dégradé

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, le Caso de Cayenne a réalisé 3 084 consultations, dont 1 129 consultations médicales et 1 906 consultations sociales.**
- **La population rencontrée est nettement plus féminine, moins souvent en situation irrégulière et compte davantage de bénéficiaires potentiels de la CMUc que dans les Caso métropolitains.**
- **Plus d'un quart des consultants vivent dans de l'habitat précaire et informel, type bidonville.**
- **44 % des patients présentent un retard de recours aux soins et 29 % ont renoncé à des soins dans les douze derniers mois, contre respectivement 35 % et 20 % pour la population de l'ensemble des Caso.**
- **Plus de la moitié des personnes accueillies au Caso ou en clinique mobile déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées.**

Un département caractérisé par une grande diversité de cultures et de langues

La Guyane est un département et une région d'outre-mer (Drom) situé en Amérique du Sud, en zone équatoriale et disposant de deux fleuves frontières, avec le Brésil et le Suriname. Au sud, la forêt amazonienne rend la pénétration du territoire difficile puisque seulement possible par cours d'eau. Ce département-région d'une taille équivalente à celle du Portugal, soit 84 000 km², est la plus vaste région de France. Il compte, au dernier recensement de 2011, 237 549 personnes[112]. Les neuf dixièmes de la population se concentrent sur la bande côtière qui longe l'océan Atlantique sur 350 km. Le taux de croissance de la population y est plus élevé qu'en métropole (30 %, contre 13 %) *[Prudhomme 2013]*, avec un taux de natalité[113] élevé (30 %, contre 13 % en métropole) mais qui a tendance à diminuer depuis dix ans. La population y est beaucoup plus jeune qu'en métropole, avec 45 % de jeunes de moins de 20 ans.

Ancienne colonie française, devenue département en 1946, la Guyane a une histoire marquée par différentes phases de peuplement. **Elle est ainsi caractérisée par une très grande diversité de cultures et de langues.** Les Amérindiens, les Noirs Marrons ou Bushinengue[114], les Créoles[115], sont considérés comme les groupes socioculturels les plus anciens. Beaucoup de Noirs Marrons vivant au Suriname sont cependant venus après la guerre civile (de 1986). Les dernières « vagues d'immigration » proviennent des pays voisins, essentiellement du Suriname, d'Haïti, du Brésil et de Guyana.

Une politique migratoire plus répressive qu'en métropole

Jusqu'à récemment, une grande partie du territoire, l'Intérieur, avait un statut particulier, hors des exigences administratives de l'État français. Dans ce territoire, 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 de la frontière – administrative – avec le Suriname. 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. **Une partie importante aujourd'hui encore de ces populations, incapables de prouver l'ancienneté de leur résidence sur le « territoire français », se retrouvent dans une situation quasiment d'« exil intérieur »** *[Martini 1999, Carde 2010, Maille 2009]*.

En 2011, les étrangers représentent 35 % de la population. Plus d'un tiers (38 %) sont des Surinamiens, 25 % des Haï-

(112) Insee, Recensement de la population de 2011.
(113) Le taux de natalité est le rapport entre le nombre annuel de naissances et la population totale.
(114) Descendants d'esclaves ayant fui les plantations coloniales.
(115) Descendants des esclaves rendus libres avec l'abolition de l'esclavage en 1848.
(116) Les autres étrangers viennent pour la plupart de Guyana (ex-Guyane anglaise), Chine, et République dominicaine (source : Insee 2011).

tiens et 25 % des Brésiliens[116]. Les chiffres concernant les étrangers sont sensibles en Guyane et la législation sur l'immigration y est spécifique et plus répressive qu'en métropole. Elle comporte notamment des conditions plus restrictives sur l'entrée, la circulation, le séjour, la nationalité, des modalités plus étendues de contrôle d'identité (zone de 20 km autour des frontières) et une plus grande facilité dans la mise en œuvre des expulsions. À ce titre, des moyens plus importants sont consacrés à l'application de cette politique migratoire *[Jolivet 2011, Pialou 2007]*. Le nombre de reconduites à la frontières est en constante augmentation, de 5 942 en 2005 à 9 757 en 2012[117]. Les chiffres sur les étrangers en situation irrégulière varient, de 16 500, selon une estimation de l'association Réseau éducation sans frontières (RESF), à 35 000, selon le ministère de l'Intérieur[118]. **La politique actuelle d'expulsions pousse un grand nombre de personnes à limiter leurs déplacements y compris pour les besoins de santé.**

Une grande précarité socio-économique

La Guyane présente une situation socio-économique très précaire. Le taux de chômage y était de 21 % en 2011 *[Mekkaoui 2012]*, le taux de pauvreté[119] de 25 % (contre 14 % en métropole). La Guyane est la région française ayant le plus fort taux de jeunes de 25-34 ans sans diplôme (58 %). Les inégalités sociales et territoriales y sont très fortes : les immigrés et étrangers présentent un taux de chômage nettement plus élevé que les Français et occupent plus souvent des emplois peu qualifiés et précaires. Les Noirs Marrons et Amérindiens font partie de la frange la plus précaire de la population *[Carde 2009]*. 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 immigrés les plus récents (Brésiliens, Haïtiens, Surinamais) étant les groupes les plus dévalorisés *[Jolivet 2011, Piantoni 2009]*.
En Guyane, 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 trois fois plus fréquentes en Guyane qu'au niveau national.

Un contexte sanitaire très préoccupant

La Guyane est en dernière place des régions françaises au regard de plusieurs indicateurs de santé. L'espérance de vie à la naissance est de trois ans inférieure à celle de la métropole. Le taux de mortalité maternelle y est 5 fois plus élevé (47,9 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 9,6 pour 100 000 en 2001-2003) *[Saucedo 2010]*. Le taux de mortalité infantile, bien qu'en nette amélioration, reste 3,5 fois plus élevé qu'en métropole.
L'incidence de la tuberculose est la plus élevée des régions françaises, avec 24,2 cas pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale était de 7,6 pour 100 000 en 2012 *[Antoine 2014]*. La Guyane connaît une situation d'épidémie généralisée du VIH *[Jolivet 2011]* et, selon le Conseil national du sida (CNS), cette situation est plus proche de celle de nombreux pays en voie de développement que de celle de la métropole, précisant que les moyens de lutte mis en œuvre contre cette épidémie *« ne sont absolument pas à la hauteur »* de la situation actuelle.
Enfin, Il faut souligner des problématiques de santé environnementales importantes : 14 % des logements n'avaient pas l'eau courante en 2006 et la présence de mercure dans la chaîne alimentaire entraînée par les activités d'orpaillage. La Guyane fait également face à d'autres pathologies infectieuses dont certaines liées à son climat tropical (fièvre jaune, paludisme, maladie de Chagas, dengue).
Concernant le système de soins, tous les rapports font état d'une offre de soins insuffisante. Ces carences se traduisent par un sous-équipement hospitalier pour tous les secteurs, une très forte pénurie et un turnover important de professionnels de santé *[Cour des comptes 2014]* (densité des professionnels de santé par habitant de 2 à 5 fois moindre qu'en métropole),

Une Pass ferme cinq mois en raison d'une épidémie de dengue

En 2013, la Pass du centre hospitalier Andrée-Rosemon a été fermée pendant cinq mois en raison de l'épidémie de dengue qui a impliqué l'affectation du médecin de la Pass dans un autre service, sans remplacement. Le Caso a alors reçu de nombreux patients venant notamment pour le suivi de leur pathologie chronique. La majorité d'entre eux étaient en rupture de droits ou de traitement au moment de la consultation au Caso. La pharmacie de l'hôpital ne délivrant pas les ordonnances extra-hospitalières, MdM a pris en charge en particulier l'insuline. Si les deux Pass (du Char et de Balata) ont rouvert depuis septembre 2013, elles font actuellement difficilement face aux besoins et refusent de nombreuses personnes chaque jour.

(117) *Les étrangers en France. Année 2012. Dixième 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 2014.
(118) *Les étrangers en France,* ibid.
(119) Le taux de pauvreté représente le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté pour une population donnée.

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 *[Jolivet 2011]*.
Les Pass restent en outre trop fragiles et ne jouent pas totalement leur rôle de « filet de sécurité » pour les populations les plus exclues *(cf. encadré page précédente)*.

Les consultations médico-sociales de MdM Guyane : qui sont les personnes rencontrées ?

La mission de MdM en Guyane a été créée fin 2003. Pendant deux ans, des consultations ont été organisées dans les locaux de différents partenaires. En 2006, un Caso a été mis en place, qui propose des consultations sociales, médicales et de prévention ainsi que des consultations psychologiques, d'ergothérapie et de sages-femmes.

Des consultations mobiles, médicales et sociales, ont été mises en place à partir de fin 2011. En 2013, l'équipe mobile est intervenue dans cinq quartiers de Cayenne et des communes avoisinantes[120], composées de populations très différentes mais toutes marquées par un type d'habitat précaire et des mauvaises conditions sanitaires (peu d'accès à l'eau, ramassage des ordures chaotique, accès informel à l'électricité). Dans certains quartiers, très isolés géographiquement, de nombreux patients n'avaient pas vu de médecins depuis longtemps et souffraient de pathologies chroniques qui n'avaient jamais ou très ponctuellement été prises en charge. En 2013, le Caso a réalisé 3 084 consultations dont 1 129 consultations médicales et 1 906 consultations sociales. Le profil de la population vue au centre de soins de Cayenne est sensiblement différent de l'ensemble des Caso métropolitains *(tableau 33)*. La population y est en particulier nettement plus féminine, moins souvent en situation irrégulière, et on compte davantage de bénéficiaires potentiels de la CMUc.

Tableau 33 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes consultant au Caso de Cayenne et sur l'ensemble des Caso de MdM, 2013

	Caso de Cayenne	Ensemble des Caso
Âge moyen	32,7 ans	33,3 ans
Sexe (%)		
Hommes	45,3	62,0
Femmes	54,7	38,0
En couple (%)	23,7	24,0
Présence d'enfants mineurs (%)	58,9	42,9
Situation vis-à-vis du logement (%)		
Logement personnel	9,8	8,1
Hébergé(e)s	58,1	59,3
Occupe un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	26,4	5,7
Occupe un terrain sans droit (campement illégal)	3,4	5,1
Sans domcile fixe	1,2	19,1
Autre situation	0,8	2,7
Nationalité		
Français	2,6	5,5
Étrangers	97,4	94,5
Situation administrative[1] (%)		
Situation « régulière »	57,2	31,5
Situation « irrégulière »	42,8	68,5
Demandeurs d'asile[2]	33,1	7,5
Exercice d'une activité professionnelle[3]	30,2	23,2
Ressources financières sous le seuil de pauvreté	94,3	97,0

[1] Étrangers de plus de 18 ans.
[2] Demande ou recours en cours ou procédure prioritaire.
[3] Activité professionnelle déclarée ou non.

(120) Les quartiers de la Matine à Cayenne, Pathoz et Manguier à Remire, Cogneau-Lamirande et la Pideg à Matoury.

Toutefois, les indicateurs de pauvreté sont similaires à ceux des Casos métropolitains.
Dans 70 % des cas, les personnes disent n'exercer aucune activité pour gagner leur vie et 94 % des personnes vivent sous le seuil de pauvreté.
Concernant la situation vis-à-vis du logement, une majorité (57 %) de patients sont hébergés par des proches, plus d'un quart occupent un logement sans bail et moins de 10 % des personnes vivent dans un logement personnel. Cela reflète la situation du logement à Cayenne, caractérisé par le manque de logements et l'importance de l'habitat précaire et informel type bidonvilles sur le territoire. À ce titre, l'Institut d'émission des départements d'outre-mer (Iedom) estimait à 19 000 le nombre de logements informels en Guyane en 2010 *[Iedom 2010]*.

Une très large majorité des patients (97 %) sont étrangers. Les nationalités les plus représentées sont les Haïtiens (39,6 %), les Brésiliens (12,2 %), les Dominicains (9,5 %), suivis par les Péruviens, les personnes venant de Guinée-Bissau, Guyana et Colombie *(tableau 34)*.
Parmi les étrangers, 59 % habitent en France depuis plus de trois mois. Pour la moitié des personnes, la dernière date d'entrée en France est de moins de un an, pour 33 % d'entre eux de plus de trois ans.
La situation au regard du séjour des étrangers consultant à Cayenne est très différente de celle de l'ensemble des Caso *(tableau 33)* : « seuls » 43 % des étrangers sont en situation irrégulière (contre près de 70 % dans l'ensemble des Caso). Toutefois, si 48 % des étrangers ont un titre de séjour en cours de validité, il convient de souligner que 70 % ont une durée inférieure à trois mois, mettant en évidence une grande précarité de ces titres.
Plus d'un tiers des étrangers sont des demandeurs d'asile[121] (contre 7,5 % dans l'ensemble des Caso).

Tableau 34 : 10 principales nationalités des personnes reçues dans le Caso de Guyane, 2013

Nationalités	%
Haïti	39,6
Brésil	12,2
République dominicaine	9,5
Pérou	7,7
Guinée-Bissau	7,3
Guyana	6,4
Colombie	6,0
France	3,2
Suriname	2,9
Guinée	0,5

L'accès aux droits pour les personnes en situation précaire en Guyane est tout aussi difficile qu'en métropole. En effet, si 91 % des consultants ont des droits théoriques à l'assurance maladie (contre 76 % dans l'ensemble des Caso), seuls 10 % ont des droits ouverts lorsqu'ils se présentent au Caso. Parmi eux, 54 % relèvent de la CMUc ; 36 % « seulement » de l'AME.
Les pathologies les plus fréquentes sont avant tout digestives (22 %), dermatologiques (18,3 %), cardiovasculaires (13,3 %), ostéoarticulaires (12,5 %) et respiratoires (11,4 %). Dans 44,4 % des consultations, au moins une pathologie chronique était diagnostiquée.
Enfin, le retard de recours aux soins semble légèrement plus important parmi les patients de Cayenne (44 %, contre 35 % pour l'ensemble des Caso). Parmi les femmes enceintes rencontrées, près de la moitié (45 %) n'ont eu aucun accès aux soins prénataux et 32,2 % présentent un retard de suivi de grossesse. Le suivi gynécologique des femmes est également relativement faible : seule une femme sur deux a déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au jour de la première consultation et 17 % disposent d'une contraception.
On constate aussi un retard dans l'accès aux soins des pathologies souvent chroniques (HTA, diabète), des besoins nombreux avec des orientations très fréquentes vers l'hôpital et les structures partenaires.

Un accès aux droits et aux soins particulièrement difficile pour les personnes en situation précaire

Les personnes en situation précaire sont confrontées à de nombreux obstacles relevant essentiellement de la complexité administrative : en effet, 54 % des personnes accueillies au Caso déclarent avoir rencontré des difficultés administratives. **L'aide aux démarches pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie est d'ailleurs le premier motif de consultation au Caso (95 %), devant les consultations médicales (70 %).**

Une complexité des démarches renforcée par de fréquentes demandes abusives de la CGSS

On constate des pratiques abusives fréquentes de la part de la Caisse générale de sécurité sociale de Guyane (CGSS), qui demande quasi systématiquement des documents non prévus par la réglementation, difficiles voire impossibles à fournir par les usagers, et constituant de fait un véritable blocage à l'ouverture des droits.

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

Ce constat est particulièrement vrai pour la déclaration d'une adresse, la CGSS entretenant une confusion entre, d'une part, la nécessité de déclaration d'une adresse postale et, d'autre part, le contrôle de la résidence habituelle en France. Par ailleurs, Cayenne, et plus largement la Guyane, se caractérisant par un habitat informel fréquent, bon nombre de logements ne sont raccordés à aucun réseau (eau, électricité, téléphone) ni aucune administration, rendant la production de justificatifs officiels impossible. Le « prêt » ou la « vente » d'une adresse postale par des personnes en ayant une est ainsi une pratique courante.
Si des CCAS proposent depuis peu des domiciliations, l'offre reste essentiellement associative, et est largement insuffisante au regard des besoins. **L'accès à une adresse postale constitue un frein majeur à l'accès à une couverture maladie.**

La prévention du VIH : développer l'offre de dépistage pour atteindre les plus exclus

En 2013, 298 Trod VIH ont été réalisés. Ils concernaient dans 57 % des cas des hommes ; l'âge moyen était de 36,7 ans. 27 % des bénéficiaires étaient originaires du Brésil, 20 % de France, 17 % d'Haïti, 11 % du Guyana, 11 % de République dominicaine. Parmi la population dépistée, plus d'un quart n'avait jamais fait de test pour le VIH, un tiers avait réalisé un test il y a plus d'un an et 37 % avaient réalisé un test dans l'année écoulée. Deux personnes ont eu un test positif et ont nécessité un accompagnement pour la suite de la prise en charge vers les structures adaptées.
Une formation à la réalisation des Trod VIH a été dispensée en novembre 2013 par MdM en collaboration avec Sida Info Service. À cette occasion, 15 personnes issues d'associations ont pu en bénéficier et une association a obtenu son habilitation et réalise désormais des Trod VIH dans la zone de Kourou.

> *L., jeune fille de 17 ans, est enceinte. Elle vient se faire dépister chez MdM, car le centre de santé de sa commune a refusé de la suivre sous prétexte qu'elle n'avait pas de Sécurité sociale. Elle est pourtant en possession d'une ordonnance de la PMI pour faire des analyses du premier trimestre de grossesse, incluant des analyses sérologiques."* [Caso, Cayenne]

Outre les justificatifs de domicile, la CGSS demande fréquemment des justificatifs tels que déclaration d'impôts, relevé d'identité bancaire[122], extrait d'acte de naissance apostillé…
On observe également toujours des difficultés de rattachement d'enfants comme ayants droit de leur parent, pour cause de manque de pièce d'état civile probante, pour la caisse, établissant le lien de filiation. **Ces demandes infondées, variables d'un guichet à l'autre ou d'un jour à l'autre, s'accumulent, facilitant les comportements abusifs au guichet et finissant par avoir un effet dissuasif pour les personnes.**

■ Des dysfonctionnements importants dans la gestion des dossiers de la CGSS

Concernant les activités de la CGSS, on a pu constater des améliorations certaines depuis fin 2013 ; toutefois, cette structure connaît encore des dysfonctionnements importants, et ce depuis plusieurs années. Les délais de réponse, qui ont fait l'objet d'une attention particulière, restent encore fréquemment supérieurs à quatre ou six mois. De nombreux dossiers sont perdus ou non enregistrés, obligeant les personnes à redéposer leurs dossiers, parfois au bout de huit mois d'attente, jusqu'à ce que leur demande soit prise en compte.

L'absence de traçabilité des dossiers à la CGSS pointée par la Cour des comptes

De février 2012 à janvier 2013, MdM a effectué un suivi rapproché des dossiers de demandes de CMU ou d'AME de patients ayant consulté au Caso. Ce suivi a porté sur 128 demandes déposées au guichet en présence de MdM, avec remise d'une attestation, pour des personnes nécessitant une ouverture de droits immédiate en raison de leur état de santé. Passé les délais légaux d'instruction, près d'un tiers des dossiers ont été renseignés par la CGSS comme étant non trouvés. On peut faire l'hypothèse que pour les usagers non soutenus par une association, les difficultés sont encore plus marquées. À ce titre, la Cour des comptes, s'appuyant sur les constats de MdM *[MdM 2013b]*, souligne dans son récent rapport que si les délais d'instruction ont été raccourcis, « *il n'a pas été remédié à l'absence d'enregistrement informatique, de traçabilité et d'archivage des dossiers refusés » [Cour des comptes 2014]*.

(122) Depuis récemment, la Banque postale ne fournit plus à Cayenne de RIB pour les personnes n'ayant qu'un compte d'épargne et pas de compte courant.

Ces durées d'instruction ont un effet dévastateur sur l'ouverture des droits et la continuité des soins, en particulier pour les personnes ayant des titres de séjour d'une durée inférieure à trois ou même six mois. Enfin, la longueur des délais d'instruction pour des demandes d'ouverture immédiate des droits pour raison de santé est particulièrement problématique pour les femmes enceintes, dans un contexte où la mortalité maternelle est 5 fois plus importante qu'en métropole.

■ La peur et les difficultés de déplacement : freins majeurs à l'accès aux dispositifs de droit commun

En 2013, plus de la moitié des personnes ayant consulté au Caso ou lors des consultations mobiles déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées. Avec des dérogations importantes par rapport au droit métropolitain en droit des étrangers, les contrôles d'identité sont très fréquents et les expulsions en constante augmentation. De ce fait, les personnes mesurent leurs déplacements, limitant leurs contacts avec toutes les structures officielles. On assiste ainsi à un cumul des difficultés, qui conduit à une véritable mise à l'écart des institutions de droit commun, renforçant encore la difficulté à produire des preuves de présence sur le territoire. **Cet état d'exclusion vient renforcer l'intérêt d'actions de proximité mobiles allant au-devant des personnes.**

> *Je vis depuis huit ans dans un quartier pauvre de Cayenne. Je ne sors pas souvent car j'ai peur d'être attrapée par la police et expulsée car je suis sans titre de séjour. J'ai fait plusieurs demandes de papiers : trois ont été rejetées et la dernière est sans réponse… Je ne sais pas pourquoi car j'ai deux enfants qui sont nés en Guyane, dont un, de père français.*
> *Il arrive que la police fasse des descentes à 5 heures du matin dans le quartier où je vis. Ils sont nombreux et font du porte-à-porte. Parfois même ils les cassent, entrent et fouillent partout. Une fois, j'ai vu une femme courir se cacher dans le marécage derrière la maison. Elle est ressortie griffée et en sang. Moi je me suis cachée sous la maison. Heureusement, ils ne tirent pas.*
> *J'espère avoir un jour une carte de séjour, travailler, subvenir aux besoins de ma famille et me promener en toute tranquillité avec mes enfants sans la peur au ventre d'être expulsée à tout moment."* [Caso, Cayenne]

Des barrages policiers qui bloquent l'accès aux soins et aux administrations

Depuis 2007, deux barrages policiers permanents, véritables frontières internes, sont établis sur la seule route permettant l'accès à Cayenne, l'un, Régina, à l'est, l'autre, Iracoubo, à l'ouest. Ces dispositifs sont renouvelés tous les six mois par des arrêtés préfectoraux. Ces postes fixes systématisant les contrôles d'identité impactent directement les droits des étrangers en situation administrative précaire et des peuples autochtones dépourvus de preuves de leur identité et/ou de leur nationalité française, en entravant leur accès à la préfecture, à certains tribunaux et aux services de santé. Cayenne est ainsi inaccessible sans carte d'identité ou titre de séjour. Les professionnels de santé de l'Ouest guyanais constatent notamment, pour ces seuls patients, des retards au diagnostic, de prise en charge voire une absence totale de prise en charge, des urgences mal traitées ou de manière inadéquate, ainsi que des ruptures de traitement. Les procédures complexes requises, y compris pour des raisons médicales, pour franchir le barrage d'Iracoubo, retardent en effet les examens complémentaires ou dissuadent de les demander.
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 (Aides, la Cimade, le Collectif Haïti de France, le Comede, la Fasti, le Gisti, la Ligue des droits de l'homme) ont déposé devant le tribunal administratif de Cayenne des recours contre les arrêtés renouvelant ces deux barrages policiers, sollicitant leur annulation.

> *« Moi je ne vais pas au centre de mon village, car c'est tellement petit que tout le monde sait ce que tu as, tout de suite ou quand tu vas chercher tes médicaments à la pharmacie. » J., jeune femme de 32 ans, irait bien à Cayenne, mais entre les deux villes, il n'y a qu'une route avec un barrage de gendarmerie qui demande à toute personne qui passe ses papiers. Notre action lui a permis de faire un test, mais ayant pris des risques dans les trois derniers mois, l'idéal serait qu'elle en fasse un de nouveau dans quelque temps. Si le résultat s'était avéré positif, elle n'aurait pas pu accéder à l'hôpital de Cayenne pour obtenir une prise en charge."* [Action MdM de dépistage, Saint-Georges-de-l'Oyapock]

■ Obstacles liés à la langue et attitudes discriminatoires

En 2013, 30 % des personnes citent la barrière linguistique comme une difficulté d'accès aux soins et aux droits. De nombreuses langues sont parlées en Guyane. Dans certaines structures, comme l'hôpital, le français est rapidement indispensable, de nombreux professionnels de santé étant métropolitains. Dans d'autres structures, telles que la CGSS, on constate que les professionnels refusent de parler les langues locales, estimant qu'il appartient aux usagers de pratiquer le français, la langue de l'administration. On peut rapprocher ces refus d'attitudes discriminatoires plus générales envers les étrangers ou ceux supposés 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 pour l'accès à d'autres services, publics ou non (éducations, logement…)** *[ACSé 2009, Piantoni 2009, Carde 2009, Maille 2009]*.

En 2013, en Guyane, la complexité des démarches, les réglementations restrictives, les pratiques hors du droit, mais aussi les attitudes directement ou indirectement discriminatoires ont pour conséquence de dissuader de nombreuses personnes à faire valoir leurs droits. Ainsi, 29 % des patients déclarent avoir renoncé à des soins dans les douze derniers mois, contre 20 % dans l'ensemble des Caso et 44 % des patients présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins (contre 35 % pour l'ensemble des Caso).

PARTIE 3

3. L'accueil des mineurs accompagnés et des mineurs isolés en France

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, les Caso ont reçu plus de 3 700 mineurs, soit 12,7 % de la file active ; une proportion en constante augmentation depuis 2007.**
- **Plus de la moitié des mineurs (51 %) sont âgés de moins de 7 ans.**
- **1 jeune patient sur 10 est isolé, soit deux fois plus qu'en 2012 (5,5 %).**
- **92 % des mineurs ne disposent d'aucune couverture maladie ; plus de 1 sur 4 présente un retard de prise en charge médicale.**

Le nombre et la part des mineurs reçus dans les Caso en constante augmentation depuis 2007

En 2013, les Caso ont reçu 3 760 mineurs, soit 12,7 % de la file active. La proportion des mineurs parmi les consultants connaît une hausse constante depuis 2007 et bien supérieure à celle de l'ensemble des patients *(figure 7)*.
Plus de la moitié (51 %) des mineurs reçus sont âgés de moins de 7 ans, 17 % ont entre 7 et 10 ans, 12 % entre 11 et 14 ans et 20 % environ ont entre 15 et 17 ans.
Parmi l'ensemble des mineurs de moins de 7 ans, seuls 34,3 % sont suivis par les services de la PMI. Le suivi en PMI concerne 2 fois plus souvent les jeunes Français (70 %) que les jeunes étrangers (31 %). Ce résultat révèle que les dispositifs existants ne sont pas suffisamment connus des ressortissants étrangers.

Comme parmi l'ensemble des autres consultants, près de 95 % des jeunes patients sont de nationalité étrangère, originaires majoritairement d'Union européenne, d'Europe hors UE et d'Afrique subsaharienne. Les jeunes Roumains sont de loin la nationalité la plus représentée (20 % des mineurs), cela de façon beaucoup plus importante que parmi les patients majeurs qui comptent 12 % de Roumains. Les autres nationalités les plus nombreuses sont l'ex-Yougoslavie, l'Albanie, l'Algérie et la France. On observe en 2013 une nette progression des ressortissants d'Albanie parmi les nationalités les plus représentées chez les mineurs (2 % des mineurs en 2012, contre 7 % en 2013) *(tableau 35)*.
Les jeunes patients étrangers reçus dans les Caso séjournent pour la plupart depuis peu en France : 85 % depuis moins d'un an et 55 % depuis moins de trois mois.

Figure 7 : Évolution du nombre et de la proportion de mineurs reçus dans les Caso de 2007 à 2013

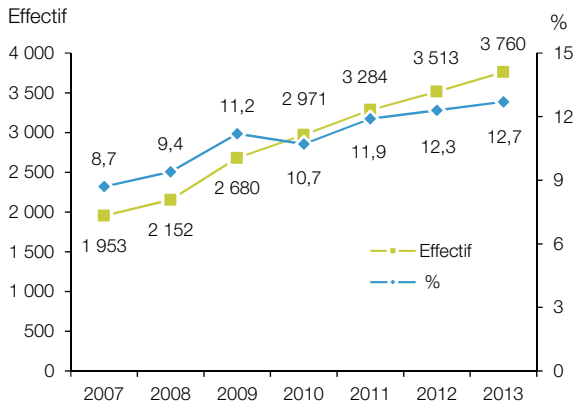


Tableau 35 : 10 principales nationalités des mineurs accueillis dans les Caso, 2013

Nationalités	%
Roumanie	20,4
Ex-Yougoslavie	9,1
Albanie	7,0
Algérie	6,2
France	5,2
Bulgarie	5,2
Russie-Tchétchénie	5,2
Guinée	3,2
Maroc	2,9
Tunisie	2,0

Une très forte augmentation des mineurs isolés accueillis dans les Caso et en situation d'impasse totale

Si la très grande majorité (90 %) des enfants reçus dans les Caso vivent en France avec leurs parents, 263 d'entre eux, soit près de 10 % des mineurs reçus en 2013, étaient seuls sur le territoire. Ce nombre est en forte augmentation par rapport aux années précédentes : ainsi, **le nombre de mineurs isolés reçus dans les Caso a été multiplié par 4 depuis 2011** (ils étaient 64 en 2011)[123]. Cette hausse s'explique notamment par des difficultés accrues pour ces mineurs à obtenir une prise en charge par les services dédiés. Faute de protection, ils sont forcés de se tourner vers les associations.
Ces mineurs isolés sont majoritairement (77 %) de sexe masculin ; la plupart (89 %) sont âgés de 15 à 17 ans et 55 % sont originaires d'Afrique subsaharienne. Les nationalités les plus représentées parmi les mineurs isolés sont la Guinée (15 %), le Mali (8 %), le Bangladesh (6 %) et le Cameroun (6 %).

> *De nationalité malienne, le jeune I., orphelin de père et de mère, est arrivé en France à l'âge de 16 ans. Il a tout d'abord vécu dans un squat à Saint-Denis. Malmené par les autres occupants du squat, il a été contraint de partir et s'est retrouvé en errance. I. a été reconnu majeur par la Croix-Rouge en dépit de son acte de naissance et s'est vu refuser une prise en charge par l'Ase. I. nous a dit à plusieurs reprises être « découragé » par la situation et « épuisé », ne sachant plus quoi faire pour trouver un lieu où dormir. Nous l'avons aidé à écrire au juge des enfants de Seine-Saint-Denis, qui a accepté de le rencontrer. Durant l'audience, le juge a demandé l'authentification de son acte de naissance afin de confirmer son âge. Depuis huit mois, I., dans l'attente d'une décision, est sans prise en charge."* [Caso, Saint-Denis]

Les équipes rencontrent de nombreux problèmes dans la prise en charge de ces enfants, en particulier dans l'accès aux droits et aux soins (difficultés d'accès à une prise en charge, délai pour l'accès à l'Aide sociale à l'enfance (Ase) longs, limites de la prise en charge par l'Ase, problèmes liés à l'absence de tuteur légal pour les soins, problèmes de domiciliation pour un mineur…

La situation est encore plus dramatique pour les mineurs isolés qui font l'objet d'une évaluation (de leur âge) par les services compétents et dont la minorité est remise en cause à l'issue de cette évaluation : les démarches d'accompagnement vers le droit commun sont la plupart du temps bloquées. **Sans issue possible, ces mineurs se retrouvent en errance, confrontés aux risques multiples de la vie à la rue** *(cf. encadré page 96)*.

Le mal-logement : une situation vécue par 90 % des enfants reçus dans les Caso

Comme leurs parents, la quasi-totalité des patients mineurs connaissent des difficultés de logement : 47 % sont hébergés par des proches ou une association, 22 % vivent dans un squat ou un campement et 22 % sont sans domicile ou hébergés par un dispositif d'urgence pour une courte durée. Seuls 9 % vivent dans un logement personnel. Selon la Fondation Abbé Pierre, ce sont aujourd'hui plus de 600 000 enfants qui vivent dans des conditions de logement dégradées en France *[Fondation Abbé Pierre 2011]*. Rappelons que le mal-logement a des conséquences néfastes importantes sur la santé, le développement et la réussite scolaire des enfants. Les effets les plus connus sur l'enfant sont ceux relatifs à l'état du logement : saturnisme, pathologies respiratoires et infections dermatologiques dues aux problèmes de ventilation et de chauffage ou encore accidents domestiques provoqués par la vétusté des habitats. La suroccupation des logements est également un phénomène répandu : le bruit et la promiscuité affectent la vie des enfants et peuvent avoir un impact sur leur état de fatigue et le développement de pathologies associées (maux de tête, nervosité…).

Moins de 10 % des mineurs disposent d'une couverture maladie

Les mineurs, quelle que soit leur nationalité, doivent accéder à une couverture maladie, cela de façon inconditionnelle et sans délai[124]. Malgré ces dispositions, seuls 8 % des mineurs disposaient de droits ouverts lorsqu'ils ont été reçus pour la première fois dans les Caso, proportion encore plus faible que parmi les adultes (11 %). Si l'absence de couverture maladie parmi les mineurs est souvent liée à une arrivée très récente en France, il existe toutefois d'autres obstacles prégnants si on en juge la faible proportion de mineurs étrangers disposant de droits ouverts parmi les jeunes présents depuis au moins un an (16 %). Les obstacles à l'accès aux

(123) La proportion de mineurs isolés est particulièrement élevée dans les Caso de Strasbourg, Nantes, Paris et Angers.
(124) En particulier, le critère de résidence en France de façon ininterrompue pendant trois mois pour accéder aux droits ne leur est pas applicable.

soins des jeunes patients se superposent logiquement à ceux des adultes et sont dominés par la méconnaissance des droits et des structures (29 %), les difficultés administratives (22 %) ou encore la barrière linguistique (21 %).
Notons cependant que le frein lié à la longueur des délais d'instruction des dossiers est cité deux fois plus fréquemment lorsqu'il s'agit de patients mineurs (12 % *vs* 6 % des adultes).
Les mineurs se retrouvent ainsi souvent dans l'impasse en termes d'accès aux soins alors qu'ils devraient pouvoir bénéficier d'une couverture maladie immédiate et sans condition de durée de séjour. Faute de pouvoir disposer d'une couverture médicale, ils sont contraints de se rendre dans les Pass pédiatriques, qui sont encore très inégalement réparties sur le territoire et souvent saturées ou peu fonctionnelles.

Un retard de recours aux soins pour près d'un quart des mineurs

En 2013, 3 355 mineurs ont bénéficié de 5 378 consultations médicales dans les Caso, soit 1,6 consultation par mineur. Les jeunes patients sont de façon majoritaire (80 %) affectés par des pathologies aiguës, plus du quart cependant souffrent de troubles chroniques *(tableau 36)*.
Les problèmes de santé relevés parmi les mineurs sont très largement dominés par les infections respiratoires, en par-

Tableau 36 : Principaux problèmes de santé repérés chez les patients reçus dans les Caso selon l'âge, 2013 (% en colonne)

	Mineurs	Majeurs	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	34,7	9,6	***
Infections respiratoires inférieures	8,7	4,8	***
Symptômes et plaintes du système digestif	8,2	12,6	***
Toux	6,9	3,0	***
Infections de l'oreille	6,0	1,4	***
Diagnostics non classés ailleurs	5,7	2,6	***
Affections dents-gencives	5,3	6,6	**
Infections gastro-intestinales	4,9	0,8	***
Parasitoses/candidoses	4,5	4,2	ns
Symptômes et plaintes généraux	4,1	4,7	ns
Nature des pathologies présentées par les patients[1]			
Aiguës	79,8	50,6	***
Chroniques	27,3	62,3	***

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns : non significatif.
[1] Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de nature différente. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies, aiguës et/ou chroniques, distinctes soient identifiées.

ticulier des voies supérieures, et de la toux.
Si le retard de recours aux soins et le renoncement aux soins semblent moins fréquents que parmi les adultes, on constate toutefois que près du quart des mineurs présentent un retard de recours aux soins lorsqu'ils consultent au Caso et 27 % nécessitent des soins urgents ou assez urgents selon les médecins. Enfin, le renoncement aux soins a concerné plus d'un mineur sur 10 en 2013 *(tableau 37)*.

> *F. est un jeune Malien de 16 ans. Arrivé en France courant mars 2013, il se présente au Caso de Paris pour la première fois en avril 2013, se plaignant de douleurs multiples et demandant à voir un médecin. À l'issue de la consultation, des tests de dépistage lui sont prescrits.*
> *Une première évaluation sociale fait apparaître que ce jeune homme, mineur, vit seul sur la commune de Montreuil et sans aucun représentant légal en France. Relevant des services de la protection de l'enfance, nous l'orientons vers la Plateforme d'accueil des mineurs isolés de Bobigny.*
> *Quinze jours plus tard, F. revient au Caso pour revoir le médecin et récupérer ses résultats d'analyses, qui révèlent alors une sérologie positive au VHB. Le médecin cherche alors à l'orienter vers une Pass parisienne afin de le faire prendre en charge. Les différents services contactés refusent la prise en charge du fait de sa minorité. Il ne relève pas non plus des services pédiatriques sachant qu'il a plus de 15 ans et 3 mois. Nous contactons alors « l'Espace santé jeunes » de l'Hôtel-Dieu, qui accepte à titre dérogatoire d'assurer son suivi médical."*
> [Caso, Paris]

Tableau 37 : Retard de recours aux soins, renoncement aux soins et soins urgents des patients reçus dans les Caso selon l'âge, 2013 (% en colonne)

	Mineurs		Majeurs	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	23,4***	332	37,5	3 298
Renoncement aux soins au cours des douze derniers mois	10,4***	136	21,3	2 701
Soins urgents ou assez urgents	27,0ns	439	30,6	3 046

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

(125) Le terme de « mineurs isolés étrangers» désigne les enfants séparés de leur famille qui proviennent d'un pays étranger et qui se retrouvent en errance en France.
(126) Musée de l'Histoire et de l'Immigration, *Qu'est-ce qu'un « mineur isolé étranger » ?*, http://www.histoire-immigration.fr/histoire-de-l-immigration/questions-contemporaines/les-mots/qu-est-ce-qu-un-mineur-isole-etranger, 2012.
(127) Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
(128) *Convention internationale des droits de l'enfant (Cide)*, 20 novembre 1989, Art. 3.1. : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. ».
(129) Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Avis n° 88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques,* 23 juin 2005, p.2 : « Non seulement le développement dentaire et la manifestation des signes de puberté sont très hétérogènes selon les personnes, mais des modifications majeures concernant l'âge de leur survenue, liées à divers facteurs environnementaux, rendent de plus en plus aléatoire l'interprétation individuelle et la fixation d'un âge chronologie réel. Ainsi, la détermination de l'âge d'un enfant ou d'un adolescent reste, en l'état des connaissances et des techniques actuelles, une procédure qui comporte une part importante d'imprécision. ».
(130) CNCDH, *Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. État des lieux un an après la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers (dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation),* 26 juin 2014. http://www.cncdh.fr/sites/default/files/14.06.26_avis_situation_des_mie.pdf
(131) Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation. Bulletin officiel du ministère de la Justice n° 2013-06 du 28 juin 2013.

L'accueil des mineurs isolés étrangers : des pratiques indignes des services de l'État au vu des engagements internationaux de la France

La situation des mineurs isolés étrangers[125] en France n'est pas nouvelle puisque *« c'est au milieu des années 1990 que les premiers mineurs isolés étrangers arrivent en France au point de créer, dans certains départements, une situation d'urgence sociale ».*[126] Leur nombre est estimé à l'heure actuelle entre 6 000 et 8 000 selon les différentes sources et plus de 40 % résident à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Ces jeunes, en raison de leur vulnérabilité, relèvent de la protection de l'enfance, qui est de la compétence des conseils généraux[127], via les services de l'ASE. Ces services ont pour mission l'évaluation du mineur et sa prise en charge. La mission d'évaluation peut également être confiée (par délégation) à des associations. Cette évaluation vise à déterminer la minorité et l'isolement des jeunes et conditionne leur éligibilité à une mesure d'assistance éducative qui donnera lieu à un ordre de placement prioritaire – soit une prise en charge par l'ASE et la possibilité d'ouvrir des droits à une couverture maladie et à la scolarisation.

Depuis 2011, on constate des pratiques très inégales, voire arbitraires, dans la réalisation de ces évaluations selon les départements et les structures associatives mandatées. L'évaluation de la situation du mineur se déroule dans des conditions inacceptables : nos équipes constatent un climat de suspicion généralisé au sein des structures associatives comme de celles de l'ASE, les évaluateurs mettant très souvent en doute la véracité de la situation du mineur, au mépris de l'intérêt supérieur de l'enfant[128]. C'est ainsi que les documents d'état civil sont le plus souvent remis en cause (comme étant des faux ou comme n'appartenant pas au mineur qui les présente). Par ailleurs, ces évaluations sont effectuées par des professionnels non formés à l'accompagnement psychosocial nécessaire à la situation de jeunes mineurs en détresse, dans une temporalité inadaptée (l'évaluation se déroule souvent en moins de deux heures, alors que le mineur n'est pas encore pris en charge), ce qui renforce la subjectivité et donc l'arbitraire de ces pratiques. À noter également que l'évaluation, censée être accompagnée d'une mise à l'abri dans un accueil provisoire d'urgence, n'est bien souvent pas réalisée dans les délais impartis (cinq jours) ou, pire, ne fait pas l'objet d'une mise à l'abri automatique du jeune. C'est notamment le cas à Paris, où les délais actuels dépassent fréquemment les trente jours, parfois sans aucune prise en charge du jeune. Nous avons également observé que de nombreuses plateformes déniaient l'accès au dispositif de protection de l'enfance au prétexte que les jeunes étaient bientôt majeurs, au mépris de leurs obligations légales. Enfin, les examens de l'âge osseux sont utilisés de manière quasi systématique afin de déterminer la minorité du jeune, y compris en présence de documents d'état civil valides, et ce, sans que le consentement de l'intéressé soit recherché. Même si cette technique est largement critiquée au sein du champ scientifique[129], qu'il s'agisse de son manque de fiabilité ou de la faiblesse des contrôles et des garanties qui l'entourent, la minorité de nombreux jeunes se voit ainsi fréquemment contestée sans qu'aucune possibilité de recours ne soit possible pour ces jeunes. **Nous ne pouvons que soutenir la position de la CNCDH qui, dans son avis du 26 juin 2014[130], recommande fermement l'interdiction pure et simple des tests osseux et demande l'application d'un principe de minorité à l'égard de ceux qui se présentent comme tels.**

Par ailleurs, on constate également des dysfonctionnements dans la prise en charge des jeunes par l'ASE, une fois l'évaluation réalisée. Ainsi par exemple, les équipes du Caso de Paris rencontrent des mineurs isolés pris en charge par les services de l'ASE et donc théoriquement bénéficiaires de la CMU. Or sans référent ou éducateur pour les informer de leurs droits et les accompagner vers ces dispositifs, ils n'ont d'autre recours que de venir vers MdM, tant pour des problèmes administratifs que médicaux. Nombre d'entre eux ignorent que leurs droits à la CMU sont ouverts, d'autres ne sont pas encore affiliés à la Sécurité sociale et ignorent si la demande d'affiliation a été faite, alors que celle-ci doit intervenir dès la prise en charge par l'ASE comme le montre le témoignage suivant.

> *Le jeune M., mineur isolé pris en charge par l'ASE, se présente au Caso avec une ordonnance de l'hôpital Saint-Antoine. Il a été soigné à la Pass pour un problème infectieux, où des médicaments lui ont été délivrés à deux reprises. La troisième fois, le service social de l'hôpital renvoie M. vers les services de l'ASE pour qu'ils procèdent à l'ouverture de ses droits à la CMU, à laquelle il est admissible. Or M. n'a pas d'éducateur attitré et personne ne peut l'aider dans ces démarches… Il vient donc au Caso nous demander de l'aide. Afin de ne pas interrompre son traitement, nous lui délivrons exceptionnellement les médicaments mais sommes dans l'incapacité d'intervenir pour sa demande de CMU. Prenant contact avec le Secteur éducatif auprès des mineurs non accompagnés (Semna), celui-ci nous répond que M. est comme tant d'autres jeunes… sans possibilité de se voir désigner un éducateur jusqu'à nouvel ordre… En attendant la désignation d'un éducateur, M. devra donc se passer de soins."* [Caso, Paris]

Bien que la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers[131], en vigueur depuis le 1er juin 2013, ait tenté d'harmoniser et d'encadrer les pratiques des différents services départementaux, **les équipes sur le terrain constatent de fréquentes dérives et des dysfonctionnements importants, signes d'un désengagement des pouvoirs publics et d'une difficile répartition des compétences État/départements, qui ont des répercussions dramatiques sur le devenir de ces jeunes particulièrement fragilisés, en contradiction totale avec les principes de protection de l'enfance.**

4. Les femmes en situation de précarité : quel accès au suivi gynécologique et au suivi de grossesse ?

LES POINTS ESSENTIELS

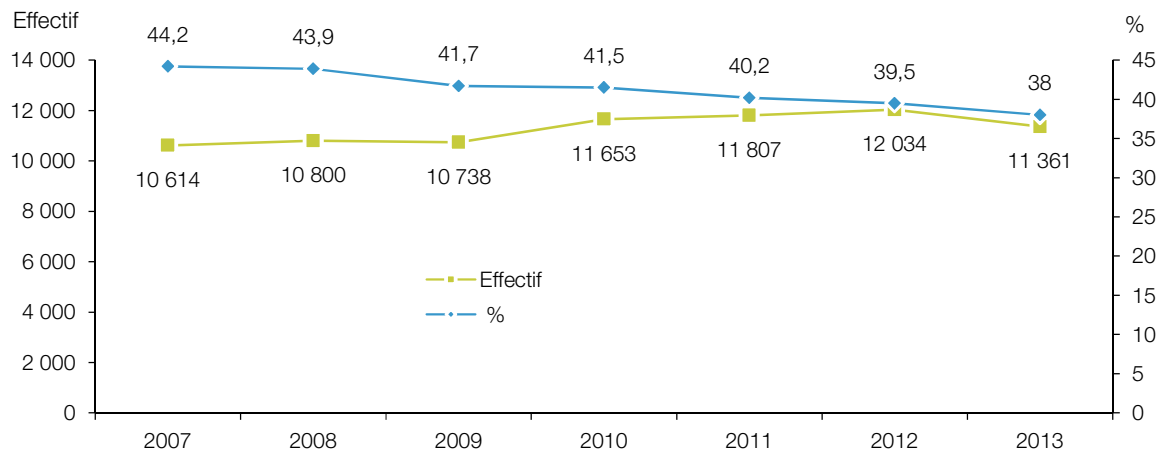
- **En 2013, 38 % des personnes reçues dans les Caso sont des femmes, proportion en diminution constante depuis plusieurs années.**
- **4 % des femmes sont enceintes (soit 480 femmes) au jour de la consultation.**
- **Parmi les femmes enceintes, 42 % présentent un retard de suivi de grossesse et seules 39 % ont eu accès à des soins prénataux.**
- **25 % des femmes enceintes vivent à la rue, en squat ou en campement ; moins de 4 % disposent d'une couverture maladie.**

En 2013, 38 % des consultants étaient des femmes. Leur part relative dans la file active des Caso est en baisse régulière et a diminué de 6 points depuis 2007 *(figure 8)*. La plupart (95 %) sont de nationalité étrangère : 30 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Union européenne et 17 % du Maghreb.
Les femmes qui s'adressent aux Caso vivent majoritairement seules (65 %), elles sont cependant 2 fois plus nombreuses que les hommes à être en couple (35 % *vs* 17 %).

Les antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso

Parmi les femmes de plus de 15 ans, plus de 2 800 ont indiqué avoir déjà été enceintes[132]. L'âge moyen à la première grossesse est de 21,5 ans. Près d'un quart étaient mineures lors de leur première grossesse. Rappelons à titre de comparaison que l'âge moyen des femmes à la première grossesse en France était de 28 ans en 2010 *[Davie 2012]*.

Figure 8 : Évolution du nombre et de la proportion de femmes reçues dans les Caso de 2007 à 2013



(132) Ce chiffre est sans doute sous-estimé dans la mesure où les médecins n'ont pas toujours le temps d'interroger les femmes sur leurs antécédents obstétricaux au cours des consultations médicales.

Interrogées sur leur contraception, seules 15 % environ des femmes de 15 à 49 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception. Cette proportion est de l'ordre de 80 % dans la population générale française *[Bajos 2012]*. Ce résultat met en évidence la persistance de disparités sociales d'accès à la contraception, qui ont été par ailleurs largement documentées : *« les femmes qui n'utilisent pas de contraception sont plus souvent dans une situation financière difficile, peu ou pas diplômées »*.
Enfin, 13 % environ des femmes n'ayant aucun moyen de contraception en souhaitaient une *(tableau 38)*.

Tableau 38 : Antécédents obstétricaux des femmes de 15 ans et plus reçues dans les Caso, 2013

	%	n
Âge moyen à la 1re grossesse	21,5 ans	
Nombre moyen de grossesses (enfant vivant, IVG, fausse couche...)	3,4	
Ont une contraception actuellement[1]	14,6	315
Souhaitent une contraception[1]	12,8	115

Taux de réponses : A déjà été enceinte : 33,7 % ; Âge 1re grossesse : 68,8 % ; Nombre total de grossesses : 78,6 % ; A une contraception actuellement : 27,4 % ; Souhaite une contraception : 49,2 %.
[1] Femmes de 15 à 50 ans

Selon une enquête de MdM menée en 2013 auprès de 203 femmes *[MdM 2013c]*, les méthodes traditionnelles (retrait, calendrier) restent le moyen de contraception le plus cité par les femmes ayant une contraception (32,8 %). Par ailleurs, plus d'une femme sur trois a eu recours à une IVG au cours de sa vie, ce qui est plus important qu'en population générale (17,4 %) *[Beck 2007]* et relève principalement de l'absence de contraception.

Les femmes enceintes : des situations de grande précarité et un retard de suivi de grossesse pour la majorité d'entre elles

En 2013, 480 femmes enceintes ont consulté dans les Caso, soit 4,2 % des femmes reçues au cours de l'année et 1,6 % de l'ensemble de la file active. Ces femmes étaient âgées en moyenne de 28 ans. Parmi elles, 2,5 % (12 personnes) étaient mineures.
Les conditions de logement des femmes enceintes sont, comme pour l'ensemble des autres patientes, particulièrement difficiles, avec seulement 15 % d'entre elles vivant dans un logement personnel. Une majorité (60 %) sont hébergées par un organisme ou une association, 11 % vivent dans un squat ou un campement et 14 % sont sans domicile *(tableau 39)*. Concernant leur situation familiale, la moitié (54 %) vivent seules et près de 6 sur 10 indiquent avoir un ou plusieurs autres enfants mineurs.

Tableau 39 : Situation sociale et administrative des femmes enceintes (de 18 ans et plus) reçues dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Femmes enceintes		Autres patientes	
	%	n	%	n
Logement				
Personnel	14,7	64	10,9	858
Hébergées	59,9	261	62,7	4 940
Squat, campement	11,2	49	14,4	1 137
Sans domicile fixe	14,2	62	12	944
Situation familiale				
Seules (avec ou sans enfants)	53,8	240	65,8	5 203
Ont d'autres enfants mineurs	57,9	243	51,2	3 712
Situation administrative				
Demande d'asile en cours	14,1	63	9,2	825
En situation irrégulière	53,6	225	56,3	4 257
Couverture maladie				
Disposent de droits ouverts à la couverture maladie	3,6	15	11,6	852

L'analyse de leur situation administrative indique que 54 % sont en situation irrégulière et 14 % ont une procédure de demande d'asile en cours.
Enfin, moins de 4 % d'entre elles disposent de droits à une couverture maladie ouverts, proportion encore plus faible que celle des autres patientes.

La précarité sociale de ces femmes n'est pas sans conséquence sur le suivi et le déroulement de la grossesse. En effet, lorsqu'elles se présentent dans les Caso, près de 42 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse, et seules 39 % ont eu accès à des soins prénataux *(tableau 40)*. En conséquence, plus de la moitié d'entre elles (52 %) nécessitaient selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente.
Rappelons qu'il a été démontré que les risques de décès maternel sont 2 fois plus importants pour les femmes étrangères par rapport aux femmes françaises *[Saurel-Cubizolles 2012]*. Ce sur-risque est en partie associé à une part plus élevée de soins non optimaux parmi ces femmes (absence de suivi de grossesse, exposition à des facteurs de risques importants, absences de dépistages…).
Par ailleurs, comme le montrent les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 *[Blondel 2011]*, les femmes ayant de faibles ressources sont plus nombreuses à avoir eu une surveillance prénatale insuffisante, une hospitalisation durant la grossesse, un taux de prématurité et une proportion d'enfants de petits poids plus élevés.

Tableau 40 : Accès aux soins prénataux et suivi de grossesse des femmes de 18 ans ou plus enceintes reçues dans les Caso, 2013

	%	n
Accès aux soins prénataux	38,5	82
Retard de suivi de grossesse	41,6	106
Demande d'IVG	13,1	33

Taux de réponses : Accès soins prénataux : 44,4 % ; Retard suivi grossesse : 53,1 % ; Demande d'IVG : 52,5 %.

Le dépistage des cancers féminins : moins de recours chez les femmes en situation de précarité

Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez près de 3 000 femmes et environ 1 000 femmes décèdent, soit l'équivalent de trois décès par jour *[Duport 2008]*. L'infection par le papillomavirus humain (HPV) est la première cause du cancer du col de l'utérus. Grâce au frottis de dépistage, l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus ont pratiquement diminué de moitié en vingt ans. La vaccination contre le HPV constitue un moyen d'action complémentaire face à ce cancer.
Pour le cancer du sein, cancer féminin le plus fréquent, on estime à plus de 50 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués et à 11 500 le nombre de décès annuels en 2011 en France *[InVS 2011]*.
Concernant l'accès à la prévention de ces cancers, de fortes disparités sociales existent, en particulier chez les femmes en situation de précarité qui semblent globalement y avoir moins recours.
Dans ce contexte, MdM a mené début 2013 une étude sur l'accès à la prévention de ces cancers auprès de 203 femmes rencontrées dans cinq Caso *[MdM 2013c, Chappuis 2014]*.
Les résultats de l'enquête confirment que les femmes en situation de précarité ont un moindre recours à la prévention du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, mais aussi un accès restreint à l'information sur la prévention des cancers. En effet, **seul un tiers des femmes de 25 à 65 ans et moins de 30 % des femmes de 50-74 ans déclarent avoir réalisé respectivement un frottis cervico-vaginal et/ou une mammographie au cours de leur vie.**
Ces chiffres sont bien inférieurs à la part des femmes dépistées en population générale (94,9 % pour le frottis cervico-vaginal et 87,5 % pour le dépistage du cancer du sein) *[Beck 2010]*. Par ailleurs, moins de 1 % des jeunes femmes de moins de 35 ans interrogées ont reçu une vaccination complète contre le HPV alors que la couverture vaccinale atteint 27 % des femmes de moins de 25 ans en France en 2010.
La raison principale avancée par les femmes pour le non-recours au frottis cervico-vaginal et à la vaccination contre le HPV est la méconnaissance des pratiques préventives. En effet, plus d'un tiers des femmes concernées ne connaissent pas le frottis cervico-vaginal et 72 % des moins de 35 ans ne connaissent pas le vaccin HPV.
Concernant la mammographie, les femmes n'ayant pas réalisé cet examen évoquent principalement l'absence de symptômes et le fait qu'aucun médecin ne leur a proposé.
Ces résultats témoignent d'un besoin important d'information et soulignent la nécessité de mener des actions ciblées et adaptées aux populations précaires, avec une implication déterminante des professionnels de santé dans l'orientation et dans l'adhésion des femmes aux pratiques préventives.
Pour les femmes vivant dans des conditions précaires, le recours aux soins, rare et souvent tardif, doit être systématiquement l'occasion de délivrer des informations sur la prévention des cancers féminins. Ce réel besoin d'éducation à la santé et de suivi gynécologique suppose de valoriser des pratiques de prévention par des professionnels de santé suffisamment sensibilisés à leurs besoins.
La mise en place d'actions de prévention spécifiques constitue des facteurs favorisant un meilleur recours aux dépistages et aux soins, ainsi qu'à des méthodes contraceptives efficaces et adaptées.
L'accès à une couverture maladie est un préalable indispensable et nécessite d'être simplifié pour permettre à ces femmes l'accès effectif à ces soins. Enfin, il serait pertinent de leur proposer un bilan de santé complet, incluant la prévention des pathologies spécifiques aux femmes, lors de l'ouverture des droits à l'AME.

PARTIE 3

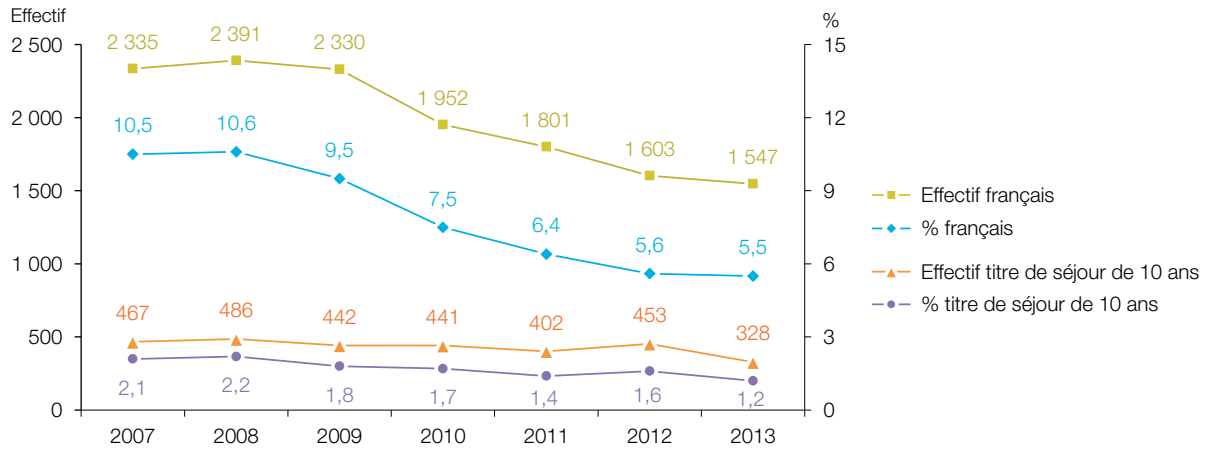
5. Les Français et étrangers résidents : quelles difficultés d'accès aux droits et aux soins ?

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les patients français et les étrangers disposant d'un titre de séjour de dix ans représentent respectivement 5,5 % et 1,2 % des consultants en 2013.**
- **Les Français sont plus spécifiquement des hommes, vivants seuls et sans enfants.**
- **28 % des patients français sont sans domicile.**
- **56 % des Français et des étrangers ayant un titre de séjour de dix ans n'ont aucune couverture maladie.**
- **Le retard de recours aux soins et le renoncement aux soins sont plus fréquents chez les Français et les étrangers avec un titre de séjour de dix ans.**

Dans ce chapitre, nous présentons la situation et les caractéristiques des Français et des étrangers disposant d'un titre de séjour valide d'une durée de dix ans (ou carte de résident), en considérant que ces derniers se trouvent dans une situation administrative comparable à celle des Français. En 2013, la part des Français parmi les consultants des Caso s'élève à 5,5 %, celle des étrangers avec un titre de séjour de dix ans à 1,2 % *(figure 9)*. La présence des Français dans les Caso est en constante diminution depuis 2001. Cette évolution est largement liée à la mise en place de la CMU, qui a permis l'accès à l'assurance maladie pour toutes personnes résidant en France de manière stable et régulière. Parallèlement, la proportion de patients étrangers avec un titre de séjour de dix ans reste stable. Ces étrangers sont majoritairement originaires du Maghreb (56 %) (principalement Algérie et Maroc) et d'Afrique subsaharienne (20 %).

Figure 9 : Évolution du nombre et de la proportion de patients français et de patients étrangers disposant d'un titre de séjour de dix ans reçus dans les Caso de 2007 à 2013



Les principales caractéristiques sociodémographiques de ces groupes de patients sont présentées dans le *tableau 41*. Les patients français se distinguent sur plusieurs points : ils comportent une part plus importante de personnes de sexe masculin, ils vivent plus souvent seuls et sans enfants. Les étrangers disposant d'un titre de séjour pour dix ans sont eux en moyenne nettement plus âgés.

Sur le plan du logement, la part des personnes sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence est particulièrement élevée parmi les Français. À l'inverse, les étrangers disposant d'un titre de séjour de dix ans déclarent plus fréquemment un logement personnel (37 %), cependant près d'un sur deux reste hébergé par une association ou chez des proches.

Sur le plan de l'activité et des ressources, seuls 11 % des Français indiquent exercer une activité pour gagner leur vie, proportion plus faible que parmi les étrangers disposant d'un titre de séjour de dix ans (15 %). Mais force est de constater que 93 % des Français et des étrangers ayant une carte de résident vivent sous le seuil de pauvreté. L'absence complète de ressources concerne 19 % des Français et 10 % des étrangers avec titre de séjour de dix ans.

> *Monsieur L. est arrivé en France en 1960, alors âgé de 15 ans. À l'époque, il vit dans une chambre d'hôtel située dans le 3e arrondissement de Paris et travaille en tant qu'assistant auprès d'un bijoutier. En 1970, il obtient une carte de séjour et travaille jusqu'à sa retraite en qualité d'employé de restauration. Il verse chaque mois à son épouse et sa fille, restées en Algérie, une partie de sa retraite pour les aider à subvenir à leurs besoins. Jusqu'en novembre 2012, Monsieur L. habite le même hôtel dans le 3e arrondissement.*
> *À cette date, Monsieur L. ne pouvant plus s'acquitter du loyer mensuel de cette chambre à la suite de la réfection de l'immeuble, est contraint de quitter les lieux et de dormir dans la rue. Rencontré par la Mission SDF de Paris, et compte tenu de son âge et de son état de santé, Monsieur L. a été mis à l'abri dans une chambre d'hôtel dans l'attente de l'obtention d'une place en résidence services."* [Mission SDF, Paris]

Tableau 41 : Caractéristiques sociodémographiques des Français et étrangers (avec ou sans carte de résident) reçus dans les Caso, 2013

	Français		Étrangers avec titre de séjour de 10 ans		Autres étrangers	
(% en colonne)	%	n	%	n	%	n
Sexe (hommes)	65,9	1 017	63,4	208	61,3	16 109
Âge moyen	33,2		48,2		33,1	
Vivent seuls	83,9	981	73,4	235	76,1	15 856
Ont des enfants mineurs	29,5	265	34,4	99	43,6	7 683
Logement						
Logement personnel	25,8	340	36,7	118	6,6	1 521
Hébergé (famille, association)	39,5	521	46,1	148	60,9	13 923
Squat, campement	6,7	88	4,4	14	13,9	3 180
Sans domicile ou hébergement d'urgence	28,0	370	12,8	41	18,6	4 258

Théoriquement, les Français et les étrangers ayant un titre de séjour de dix ans relèvent tous de l'assurance maladie. Or, lors de leur première visite au Caso, ils ne sont que 4 sur 10 à disposer de droits ouverts et il s'agit le plus souvent uniquement d'une couverture de base, et ce tout particulièrement parmi les étrangers ayant un titre de séjour de dix ans *(tableau 42)*.

Les obstacles à l'accès aux droits sont les mêmes, qu'il s'agisse des patients français ou des étrangers avec un titre de séjour de dix ans. Ainsi sont cités en premier lieu les difficultés administratives liées à la complexité des démarches ou aux documents demandés (31 %), les difficultés financières (28 %) ou encore les délais d'instruction des dossiers (17 %). Force est de constater que les difficultés financières sont plus importantes parmi les Français et les étrangers avec un titre de séjour de dix ans que pour les autres patients.

Les personnes ne disposant que d'une couverture de base citent massivement l'obstacle financier (61 %), loin devant les difficultés administratives (19 %) alors que les personnes n'ayant pas de droits ouverts mettent en avant plus fréquemment les difficultés administratives (38 %) et les délais d'instruction des dossiers trop longs (22 %).

Malgré le fait que ces personnes relèvent des dispositifs de droit commun, les recours aux Caso sont avant tout moti-

Tableau 42 : État des droits à la couverture maladie des patients français et étrangers (avec ou sans carte de résident) reçus dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Français		Étrangers avec titre de séjour de 10 ans		Autres étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Couverture complète	15,8	185	10,8	31	7,0	1 499
Couverture de base uniquement	28,7	337	32,9	94	1,4	295
Aucune couverture maladie	55,5	651	56,3	161	91,6	19 457

L'accès à une complémentaire santé en France : des inégalités qui persistent

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'assurance maladie (franchises médicales, déremboursement de certains médicaments, augmentation du forfait hospitalier…), bénéficier d'une complémentaire santé devient déterminant, en particulier pour les populations précaires. Or seuls 15,8 % des Français ayant fréquenté les Caso en 2013 disposaient d'une couverture complète. Ce sont plus de 3 millions de personnes qui sont dépourvues de complémentaire santé en France *[Perronin 2008]*. Par ailleurs, de nombreux travaux ont souligné l'importance des inégalités d'accès aux soins en France par rapport aux autres voisins européens, surtout en ce qui concerne les soins préventifs et de spécialistes *[Dourgnon 2012 ; Jusot 2013]*.

Si la CMUc, mise en place dès 2000, a effectivement permis de réduire le renoncement aux soins des plus pauvres, le succès de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) mise en place en 2005 est en revanche bien plus mitigé en raison d'un non-recours considérable, comme le soulignent Guthmuller et al. dans une récente étude *[Guthmuller 2014]*. *« Les raisons le plus souvent évoquées pour expliquer ce non-recours sont : le fait de penser ne pas être éligible, le manque d'information et la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire même après déduction du chèque santé. »* La généralisation de l'accès à une complémentaire santé et la réduction des freins financiers à l'accès à la santé pour les personnes précaires sont au cœur de la stratégie nationale de santé annoncée en septembre 2013 par Marisol Touraine. À cet effet, suite aux engagements du président, des mesures ont été prises et, dès le 1er juillet 2013, les seuils d'attribution de la CMUc et de l'ACS ont été revalorisés de 8,3 %, permettant ainsi, selon les estimations, à plus de 750 000 personnes supplémentaires de bénéficier de l'un ou l'autre de ces dispositifs (400 000 personnes pour la CMUc et 350 000 personnes pour l'ACS[133]).

MdM se félicite de ces dernières avancées, mais rappelle que le plein effet de ces mesures est attendu pour fin 2015 et que ces seuils même revalorisés continuent d'exclure un grand nombre de personnes, qui vivent pourtant sous le seuil de pauvreté. Ainsi, 4 % des Français n'ont toujours pas de couverture complémentaire à l'heure actuelle, la plupart étant pourtant éligibles à l'ACS *[Marical 2007]*.

Dans ces conditions, MdM continue de demander l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc au niveau du seuil de pauvreté et milite plus largement pour une fusion de l'AME avec la CMU dans le but d'améliorer et de simplifier l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour.

(133) Cette revalorisation porte à 8 593 euros par an le plafond d'attribution de la CMUc pour une personne seule en métropole, soit 716 euros/mois et à 11 600 euros le plafond d'attribution de l'ACS (plafond CMUc + 35 %), soit 967 euros par mois (au 1er juillet 2013). Le plafond de l'ACS rejoint donc le niveau du seuil de pauvreté fixé à 964 euros par mois pour l'année 2010 (Insee).

vés par des questions de santé. En revanche, les étrangers avec titre de séjour de dix ans et les personnes disposant d'une couverture complète consultent plus fréquemment pour des questions d'ordre social.
Le retard de recours aux soins et la nécessité d'entreprendre des soins urgents, constatés par les médecins, sont fréquents parmi les Français et les étrangers disposant d'un titre de séjour de dix ans, *(tableau 43)*. Le renoncement aux soins enfin apparaît également fréquent et concerne un quart des Français et des étrangers avec titre de séjour de dix ans.
La hiérarchie des principaux problèmes de santé appréhendée par appareils anatomiques est identique dans ces différents groupes de patients et est dominée par les pathologies respiratoires, digestives, dermatologiques et ostéoarticulaires *(tableau 44)*.

Tableau 43 : Retard de recours aux soins, renoncement aux soins et soins urgents des patients français et étrangers (avec ou sans carte de résident) reçus dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Français		Étrangers avec titre de séjour de 10 ans	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	41,3	207	43,1^{ns}	56
Renoncement aux soins	26,5	204	24,7^{ns}	59
Soins urgents ou assez urgents	33,8	233	34,3^{ns}	48

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, la nationalité, et les droits à la couverture maladie.
*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la fréquence du retard de recours aux soins n'est pas significativement différente chez les étrangers avec titre de séjour de dix ans par rapport aux patients français, cette fréquence est en revanche significativement plus faible chez les autres patients étrangers par rapport aux patients français.

Tableau 44 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les patients français et étrangers (avec ou sans carte de séjour) reçus dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Français	Étrangers avec titre de séjour 10 ans	Autres patients étrangers
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	**12,0^{ns}**	**7,6^{ns}**	13,6
Angoisse/stress/troubles somatiques	**9,1*****	5,1^{ns}	6,7
Affections dents-gencives	**8,9*****	4,7^{ns}	6,3
Parasitoses/candidoses	**8,4*****	**5,5^{ns}**	4,0
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	**6,5^{ns}**	**9,8^{ns}**	7,6
Symptômes et plaintes du système digestif	**6,2*****	**13,1^{ns}**	12,2
Infections respiratoires inférieures	**5,9^{ns}**	**5,5^{ns}**	5,4
Traumatismes	**4,8*****	**6,4****	2,8
Autres diagnostics système digestif	**4,2*****	5,5^{ns}	7,0
Syndrome dépressif	**4,0****	4,2	2,3
Hypertension artérielle	3,5***	**9,3****	6,7
Symptômes et plaintes du rachis	2,6***	**6,8^{ns}**	5,9
Diabète (insulinodépendant et non insulinodépendant)	2,5**	**6,8^{ns}**	4,1
Symptômes et plaintes généraux	3,4*	**6,4^{ns}**	4,6
Nature des pathologies présentées par les patients[1]			
Aiguës	62,9***	43,7^{ns}	54,7
Chroniques	47,9***	68,3^{ns}	57,5

Analyses ajustées sur l'âge. Les 10 diagnostics les plus fréquents pour chaque groupe de patients sont signalés en gras.
*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.
[1] Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de nature différente. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies, aiguës et/ou chroniques, distinctes soient identifiées.
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la fréquence des troubles anxieux est significativement plus élevée parmi les patients français par rapport aux autres patients étrangers ; il n'y a pas en revanche de différence significative entre les étrangers avec titre de séjour de 10 ans et les autres étrangers concernant la prévalence des troubles anxieux.

Certaines spécificités cependant peuvent être repérées, notamment parmi les patients français, plus fréquemment affectés de problèmes psychiques et en particulier d'angoisses et de troubles anxieux ou de syndromes dépressifs, mais également de problèmes cutanés du type candidoses/parasitose, ou encore d'épisodes traumatiques, autant de particularités que l'on peut sans doute mettre en lien avec la proportion élevée de personnes sans domicile fixe.
Les problèmes de santé des étrangers disposant d'un titre de séjour de dix ans rejoignent globalement ce qui est relevé pour l'ensemble des autres patients étrangers avec toutefois des différences à signaler : la fréquence plus élevée des troubles métaboliques et en particulier de diabète, ainsi que des affections cardiovasculaires avec en premier lieu l'hypertension artérielle. Ces particularités sont en partie imputables à la moyenne d'âge significativement plus élevée dans ce groupe de patients.
On constate également que les patients français souffrent majoritairement de pathologies aiguës, contrairement aux étrangers avec titre de séjour de dix ans qui sont eux plus fréquemment affectés de troubles chroniques.

La précarité en zone rurale : un manque de propositions innovantes pour répondre à des besoins spécifiques

Alors que la précarité urbaine est bien connue, la précarité rurale reste souvent la grande oubliée des plans de lutte contre la pauvreté. Accentuée par la crise économique, elle touche aujourd'hui des catégories autrefois épargnées. Souvent liée à l'isolement géographique et social, la pénurie de l'emploi, ou le manque de moyens financiers, la précarité en milieu rural concerne des jeunes en errance et/ou en rupture familiale, des personnes âgées bénéficiaires de petites retraites, des ouvriers travaillant sous des contrats précaires, des agriculteurs souffrant des contraintes économiques d'aujourd'hui, des néoruraux se retrouvant sans « réseaux de proximité ».
Depuis avril 2013, MdM a démarré un programme pilote sur le territoire des Combrailles, dans le canton de Montaigut-en-Combrailles, zone rurale du Puy-de-Dôme, dans le but d'améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes en promouvant la mise en place d'une coordination d'appui médico-sociale fixe et mobile. Ce programme n'a pas vocation à pallier les faibles densités de professionnels médicaux en milieu rural mais bien d'appuyer l'ensemble des acteurs du médico-social dans le repérage des personnes exclues de tout parcours de soins et dans leur intégration et accompagnement dans les dispositifs de droit commun.
De mai 2013 à juillet 2014, la mission a effectué 176 consultations sociales et 42 consultations médicales. Au total, 54 personnes ont été prises en charge. Dans 67 % des cas, il s'agit de femmes. Un quart des patients sont à la retraite et les deux tiers en recherche d'emploi. Parmi ces personnes, 65 % sont en situation de grande précarité (au sens du score Épices[134]). Enfin, même si deux tiers disposent d'une couverture maladie complète, force est de constater que 15 % ne disposent pas de complémentaire santé et 15 % n'ont aucune couverture maladie. Plus d'une personne sur deux a renoncé à des soins aux cours des douze derniers mois. Les difficultés d'ordre financier, liées aux transports et à la mobilité, liées aux complexités administratives et à la méconnaissance des droits et des structures sont les principaux obstacles cités par ces personnes pour l'accès aux soins. L'accès des personnes en situation de précarité à un parcours de soins optimal requiert un travail sur les déterminants structurels et individuels de la santé. Il nécessite non seulement une multiplication de l'offre de soins et une ouverture de droits à une couverture maladie, mais également une compréhension des freins et des barrières que rencontre la personne et d'un accompagnement dans la mise en place de solutions adaptées. La prise en charge ne peut être que pluridisciplinaire et doit mobiliser tous les interlocuteurs concernés par les problématiques repérées. Or le cloisonnement qu'ont subi les secteurs du social et du sanitaire depuis plusieurs années est un obstacle important à la prise en charge de ce public, morcelée voire incomplète. Dans un système où les acteurs et les dispositifs se multiplient et où la visibilité des missions de chacun est faible, les professionnels se retrouvent parfois eux-mêmes démunis face à des cas complexes.
De ce fait, le programme de MdM se veut une passerelle, ayant comme objectif d'aller vers les personnes et de les accompagner dans un parcours de soins. Il est également à la disposition des professionnels afin de rompre leur isolement face à des situations souvent complexes.

(134) Le score Épices repose sur 11 questions qui permettent de calculer un score pouvant varier de 0 (signifiant une absence de précarité), à 100 (pour une précarité maximale). Le seuil de 30 est retenu pour distinguer entre non précaires et précaires. Un score > 54 indique une « grande précarité ».

6. Les demandeurs d'asile : malgré un système « à bout de souffle », une réforme à venir qui inquiète

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, 7,5 % des personnes sont des étrangers ayant une procédure de demande d'asile en cours.**
- **Les trois quarts des demandeurs d'asile sont originaires d'Europe (hors UE) ou d'Afrique subsaharienne. La nationalité la plus représentée est l'Albanie (près de 13 %).**
- **Malgré leur droit à l'hébergement, 29 % sont à la rue et 8 % vivent dans un campement ou un squat.**
- **88 % n'ont pas de couverture maladie.**
- **Les demandeurs d'asile sont plus souvent affectés de troubles psychologiques.**

L'asile est une protection qu'accorde un État à un étranger qui est ou qui risque d'être persécuté dans son pays que ce soit par les autorités de son pays ou par des agents non étatiques. En France, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) est chargé de recevoir et d'instruire les demandes d'asile. Le demandeur doit se présenter en préfecture, qui détermine s'il relève d'une procédure normale, prioritaire[135] ou du règlement dit « Dublin III[136] ». En cas de procédure normale, la préfecture remet un titre de séjour provisoire au demandeur et lui propose un hébergement en Centre d'accueil pour demandeur d'asile (Cada) ou à défaut, une autre solution d'hébergement ou une allocation temporaire d'attente (ATA) pendant toute la durée de sa procédure de demande d'asile.

En cas de rejet de la demande, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour demander l'annulation de la décision de l'Ofpra. Si la CNDA rejette sa demande (ou l'Ofpra lorsque le demandeur ne fait pas de recours devant la CNDA), il est débouté du droit d'asile. La France est, dans l'Union européenne, au 2e rang des pays destinataires de demandeurs d'asile, derrière l'Allemagne, avec 66 251 demandes de protection internationale[137] enregistrées par l'Ofpra en 2013 *[Ofpra 2014]*. L'augmentation depuis quelques années du nombre de demandeurs d'asile en France, souvent présentée à tort comme exceptionnelle ou non maîtrisée, est à relativiser : en 2013, le nombre de demandeurs d'asile aura été proche de celui de 2004. Ce chiffre est aussi le produit de la situation géopolitique à l'échelle mondiale. Parallèlement, les taux d'admission accordés par l'Ofpra ne cessent de diminuer. En effet, le taux global d'admission sur les dossiers examinés (incluant les décisions de la CNDA) s'élève à 24,4 % en 2013 alors qu'il était de 36 % en 2008. Au total, en 2013, ce sont 11 371 personnes qui ont été placées sous la protection de l'Ofpra (total des demandes d'asile admises par l'Ofpra ou la CNDA).

Par ailleurs, depuis la dernière réforme du droit d'asile, entrée en vigueur au 1er janvier 2004, on observe un plus grand recours aux procédures prioritaires[138] qui n'assurent pas une protection pleine et entière des personnes pendant la durée

(135) Notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays dit « sûr » ou sur le motif de suspicion d'une fraude. Au 1er janvier 2013, la liste des pays sûrs comprend les 17 États suivants : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie.

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

(137) Apatrides, réexamens et mineurs accompagnants compris.

(138) La procédure prioritaire est une procédure accélérée (en moyenne deux semaines d'examen) qui ne donne pas droit à une place en Cada, à l'ATA ou à la Sécurité sociale. Cette procédure concerne principalement les demandes de réexamen, les demandes dites « manifestement infondées » et les personnes originaires de soi-disant pays « sûrs ».

d'instruction de leur demande. En 2013, l'Ofpra a été saisi en procédure prioritaire pour 13 254 demandes. Celles-ci représentent plus du quart de la demande globale. Enfin, la complexité et la diversité des différents statuts au regard du séjour des demandeurs d'asile (titres de séjour de trois, six mois, récépissés ou convocations en préfecture…) contribuent à rendre difficile leur accès à une couverture maladie. Dans son récent rapport, la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA), dont MdM est membre, présente un système « à bout de souffle » et précise les nombreux dysfonctionnements du droit d'asile en France, faisant état de situations de plus en plus nombreuses *« de personnes et de familles à la rue ; d'autres hébergées sans accompagnement dans les dispositifs d'urgence du 115 ; de demandeurs d'asile attendant des mois de pouvoir disposer d'une adresse "agréée" pour pouvoir enfin solliciter un rendez-vous en préfecture […] ; de personnes qui sont placées sous convention "Dublin" et qui attendent, des mois, sans aucun subside, de savoir si elles seront ou non renvoyées dans un autre pays d'Europe ; […] de personnes qui n'ont pas les moyens de payer la traduction de documents importants pour leur dossier ; […] ; etc. » [CFDA 2013]*.

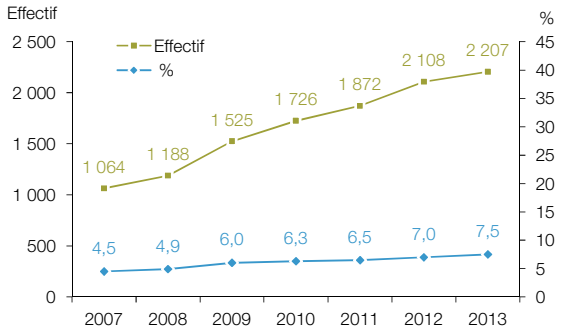
> *Monsieur T., Ivoirien de 39 ans, est arrivé en France en janvier 2013. Lors de son premier entretien au Caso, il nous montre une blessure à la main.*
> *Il dit avoir été victime d'une agression avec une machette. À ce propos, il évoque un règlement de compte politique. Menacé, il a dû fuir précipitamment son pays en abandonnant sa famille dont il n'a pas de nouvelles.*
> *Au cours des entretiens suivants, il évoque une scène de terreur survenue en 2012 au cours de laquelle il a vu un de ses compagnons être brûlé vif devant lui. C'est le moment, dit-il, où toute sa vie a basculé ; il a tout perdu : ses attaches et ses repères.*
> *Son anxiété est manifeste, il présente des troubles de la concentration. Il se plaint de douleurs à la main et surtout de troubles du sommeil et culpabilise d'avoir abandonné sa famille et d'être un des seuls à avoir échappé au massacre.*
> *Après plusieurs mois à la rue, Monsieur T. a fait une demande d'asile et a été admis dans un foyer Cada. La convocation à l'Ofpra a été une épreuve difficile au cours de laquelle son identité et son histoire ont été remises en cause alors qu'il commençait tout juste à se remettre du traumatisme vécu. Aujourd'hui Monsieur T. attend la décision de l'Ofpra."* [Caso, Saint-Denis]

Une légère augmentation depuis 2007 du nombre des demandeurs d'asile accueillis dans les Caso

En 2013, plus de 34 % des étrangers originaires d'un pays n'appartenant pas à l'UE étaient concernés par une demande d'asile (que la demande soit déposée ou non). Les demandeurs d'asile en cours de procédure[139] représentent 7,5 % de la file active des Caso. Depuis 2007, la part des demandeurs d'asile connaît une augmentation discrète mais régulière *(figure 10)*.

Les étrangers demandeurs d'asile comptent, par rapport aux autres patients, une part sensiblement plus importante de femmes (45 % *vs* 37 %), ils sont également en moyenne plus jeunes (31 ans *vs* 34 ans). Près d'un demandeur d'asile sur deux (47 %) est originaire d'Europe hors UE, 29 % d'Afrique subsaharienne et 13 % d'Océanie et Amériques. On relève en 2013 une forte augmentation des demandeurs d'asile originaires d'Europe (leur proportion s'élevait à 37 % en 2012). Du point de vue des nationalités *(tableau 45)*, ce sont les étrangers originaires d'Albanie qui sont les plus représentés (13 %) en nette augmentation par rapport à 2012 (3 %), devant l'ex-Yougoslavie (12 %), la Russie-Tchétchénie (11 %) et Haïti (9 %). L'augmentation des demandes émanant des ressortissants albanais est également constatée par l'Ofpra, qui indique un doublement des demandes par rapport à 2012. Selon eux, *« même si la vendetta reste un motif assez fréquent, les autres problématiques relevant de la protection subsidiaire – violences conjugales, prostitution et des groupes criminels – tendent à augmenter. L'émergence de demandeurs roms d'Albanie se confirme, même si cette appartenance ethnique n'est pas toujours mise en avant comme motif de la demande. » [Ofpra 2014]*

Figure 10 : Evolution du nombre et de la proportion de demandeurs d'asile en cours de procédure reçus dans les Caso de 2007 à 2013



(139) Il s'agit d'étrangers originaires d'un pays hors UE dont la demande d'asile auprès de l'Ofpra est en cours ainsi que ceux qui ont déposé un recours ou qui sont en procédure prioritaire.

Les demandeurs d'asile reçus dans nos Caso, pour la majeure partie d'entre eux, résident en France depuis peu : la moitié est en France depuis moins de trois mois. Le tiers d'entre eux environ vivent en couple et 58 % ont un ou plusieurs enfants mineurs, enfants qui dans la majorité des cas (54 %) accompagnent leurs parents.

Tableau 45 : 10 principales nationalités des demandeurs d'asile[1] reçus dans les Caso, 2013

Nationalités	%
Albanie	12,8
Ex-Yougoslavie	12,0
Russie-Tchétchénie	10,7
Haïti	8,9
République démocratique du Congo	4,8
Géorgie	4,7
Arménie	4,0
Guinée	3,5
Congo-Brazzaville	2,7
Nigeria	2,7

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

Les demandeurs d'asile qui se retrouvent dans le circuit de l'urgence sociale, malgré les dispositions en vigueur

En 2013, **seuls 3 demandeurs d'asile sur 10 indiquent être hébergés par un organisme ou une association** ; les autres parviennent à trouver des solutions de fortune : 31 % sont ainsi hébergés par de la famille ou des proches, 8 % vivent dans un campement ou un squat. Enfin, 21 % sont « à la rue » et 8 % en hébergement d'urgence. **Ces résultats soulignent encore une fois l'insuffisance criante du nombre de place en Cada pour ces populations.** En effet, on comptait, en juin 2012, 21 410 places d'hébergement en Cada. La création de 1 000 places supplémentaire en 2013 demeure insuffisante pour proposer des conditions d'hébergement dignes pour l'ensemble des demandeurs d'asile et ne permettra pas malheureusement de désengorger les dispositifs d'hébergement d'urgence.

> *K., 23 ans, est congolais. Il a fui les violences de son pays. Il est arrivé à Grenoble mi-juin 2013. Il s'est présenté à la Plateforme d'accueil pour demandeurs d'asile (Pada) le 22 juin. À la suite d'un entretien avec une personne du centre d'hébergement et de réinsertion sociale « la Relève », on lui a donné rendez-vous en préfecture le 1er octobre 2013. Pendant près de quatre mois, K. n'aura ni droit d'entrée en Cada, ni ATA, ni CMUc."* [Caso, Grenoble]

Outre un hébergement en Cada, les demandeurs d'asile doivent également bénéficier de la Sécurité sociale, cela sans durée préalable de séjour. L'accès aux droits reste cependant compliqué pour la plus grande partie d'entre eux, dans la mesure où seuls 12 % ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus dans les Caso. On constate toutefois que la situation des demandeurs d'asile s'améliore avec la durée de résidence en France, 40 % des demandeurs d'asile présents en France depuis plus d'un an disposant d'une couverture maladie.

Les freins à l'accès aux droits rencontrés par les demandeurs d'asile sont nombreux et de façon générale plus prégnants que pour les autres patients. Ainsi, 37 % sont en difficulté en raison de la barrière linguistique, 34 % en raison de leur méconnaissance des droits et des structures de soins, 32 % citent les obstacles administratifs liés à la complexité des démarches, 15 % les délais d'instruction des dossiers trop longs.

La fréquence du retard de recours aux soins, apprécié par les médecins au cours des consultations, s'élève à 37 % parmi les demandeurs d'asile, sans différence significative par rapport aux autres consultants, alors qu'environ 28 % d'entre eux nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente *(tableau 46)*.

Tableau 46 : Retard de recours aux soins, renoncement aux soins et soins urgents des demandeurs d'asile reçus dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Demandeurs d'asile		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	37,0^{ns}	340	35,3	3 254
Renoncement aux soins (au cours des 12 derniers mois)	19,0^{ns}	281	19,7	3 189
Soins urgents ou assez urgents	27,8*	286	30,1	3 150

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, la situation administrative, et les droits à la couverture maladie.
*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

En 2013, 1 756 étrangers demandeurs d'asile ont bénéficié de 3 004 consultations médicales, soit 1,7 consultation par personne.

La hiérarchie des diagnostics les plus fréquemment posés est globalement similaire chez les demandeurs d'asile à celle de l'ensemble des autres patients. Les pathologies le plus souvent mentionnées sont en premier lieu digestives (27 %), respiratoires (22 %), ostéoarticulaires (17 %) et dermatologiques (15 %). Les demandeurs d'asile se distinguent toutefois par une fréquence significativement plus élevée des troubles et affections psychologiques (15 % *vs* 10 %). Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des syndromes anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques, mais aussi par des syndromes dépressifs deux fois plus fréquents dans cette population *(tableau 47)*.

Cette souffrance psychique est très probablement en lien avec les violences qui ont amené ces personnes à fuir leur pays ou qu'elles ont connues au cours de leur parcours migratoire, mais aussi avec les conditions de vie dégradées qu'elles connaissent une fois parvenues en France. À cet égard, il est utile de rappeler que les demandeurs d'asile sont en proportion près de trois fois plus nombreux que les autres consultants à avoir été exposés à des situations violentes.

Tableau 47 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les demandeurs d'asile, 2013 (% en colonne)

	Demandeurs d'asile	Autres patients	p[1]
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Symptômes et plaintes du système digestif	14,1	11,7	**
Infections respiratoires supérieures	12,2	13,5	ns
Angoisse / Stress / Troubles somatiques	10,7	6,4	***
Autres diagnostics système digestif	7,1	6,8	ns
Grossesse et couhe non pathologique	6,1	3,1	***
Symptômes et plaintes neurologiques	5,9	3,9	***
Symptômes et plaintes du rachis	5,4	5,8	ns
Symptômes et plaintes généraux	5,3	4,5	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,2	7,8	***
Affections dents-gencives	5,0	6,6	**
Nature des pathologies présentées par les patients[2]			
Aiguës	56,5	54,7	ns
Chroniques	56,2	57,3	ns

[1] Analyses ajustées sur l'âge.
[2] Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de nature différente. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies, aiguës et/ou chroniques, distinctes soient identifiées.
*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns : non significatif.

Réforme de l'asile : une absence d'ambition pour répondre aux enjeux de l'asile aujourd'hui

Une réforme de l'asile est annoncée par le gouvernement depuis 2013, chacun s'accordant à constater que le système de l'asile est aujourd'hui « à bout de souffle ». Une « concertation nationale » s'est tenue en amont à l'automne 2013, à l'initiative du ministre de l'Intérieur, entre l'État, des élus et des associations, membres de la CFDA, dont MdM. Le rapport remis au ministre de l'Intérieur à l'issue de la concertation par les parlementaires Valérie Létard et Jean-Louis Touraine, portant des propositions très éloignées des propositions associatives, a été critiqué par la CFDA, déplorant que le principal angle retenu pour réformer le droit d'asile soit, une fois de plus, celui de la lutte contre son « dévoiement ». La CFDA a souligné la pauvreté des propositions parlementaires, le risque d'atteinte au droit d'asile et aux libertés individuelles, qui plus est, sans garantie d'une gestion financière efficace.

Au contraire, la CFDA et MdM appellent à un renversement de logique, en passant d'une vision de police des étrangers assise sur le contrôle et la dissuasion à une logique de protection des personnes sollicitant l'asile, dans le respect du droit international et à l'exclusion de toute considération relative à la gestion de l'immigration ; à une simplification réelle de la procédure d'asile dans l'intérêt exclusif des demandeurs d'asile ; à un renforcement des garanties tout au long de la procédure de façon à la rendre satisfaisante et équitable. Quatre axes fondent les recommandations de la CFDA pour réaliser cette rupture : le droit à l'accès effectif à une procédure qui assure la qualité de l'examen de la demande d'asile ; le respect du choix des demandeurs d'asile et l'accès de tous aux droits sociaux ; le droit aux soins et à un accompagnement adapté des personnes sans que la vulnérabilité devienne un outil de tri des demandes d'asile ; l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale, sans restreindre la liberté des personnes déboutées dans des centres dédiés.

Le projet de loi présenté en Conseil des ministres en juillet 2014 et qui devrait être débattu au Parlement à l'automne 2014 s'éloigne tout autant des propositions associatives. S'il comporte quelques avancées (dont l'accès aux conditions d'accueil pour tous des demandeurs d'asile, ou le droit, pour un plus grand nombre, de rester sur le territoire le temps de la procédure d'appel), de nombreuses dispositions inquiètent : les cas d'examens accélérés des demandes et les cas d'irrecevabilité sont multipliés ; le projet crée un dispositif d'hébergement « directif » s'apparentant de fait à une assignation à résidence généralisée au prétexte d'une meilleure répartition territoriale ; l'Ofii, organisme sous tutelle du ministère de l'Intérieur, se voit attribuer la gestion de ce dispositif d'accueil et la détection de la vulnérabilité, aggravant la confusion dangereuse entre les missions de protection sociale et sanitaire et les activités de surveillance et de contrôle d'une population ; à l'égard des personnes déboutées de leur demande, le projet raccourcit les délais pour contester les mesures d'éloignement. En outre, l'articulation de ces dispositions avec celles contenues dans le projet de loi sur l'immigration laisse présager la création de centres dédiés « semi-fermés » et le développement des interpellations policières au domicile des demandeurs et/ou des personnes et des établissements qui les hébergent.

MdM reste mobilisé et rappelle, alors que dans son avis sur le régime d'asile européen commun de novembre 2013, la CNCDH appelait déjà à une réforme de qualité pour la protection effective des réfugiés[140], seule une réforme en profondeur dont l'objectif premier est la protection des réfugiés permettra à la France de respecter ses obligations internationales et de remédier aux graves et nombreux dysfonctionnements du système d'asile français.

(140) Avis du 28 novembre 2013 sur le régime d'asile européen commun.

PARTIE 3

7. Les étrangers en situation administrative précaire

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2013, les Caso ont reçu 13 310 ressortissants étrangers en situation irrégulière, soit 53 % de la file active.**
- **Ces patients sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb.**
- **Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont hébergés, 12 % vivent dans un squat ou un campement, 17 % sont sans domicile.**
- **Un peu moins de 8 % disposent d'une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.**
- **Près de 62 % d'entre eux souffrent d'une affection chronique exigeant une prise en charge régulière.**

La très large majorité des étrangers reçus dans les Caso sont en situation administrative précaire. Outre les personnes en situation irrégulière (66 % des étrangers), une part non négligeable des personnes accueillies dans les Caso (18 %) disposent d'un titre de séjour de moins de trois mois, d'un visa touriste ou d'une simple convocation en préfecture. Nombreuses sont les personnes qui disposent de récépissés de demande de titre de séjour pouvant être renouvelés plusieurs fois. Les personnes passent ainsi souvent d'une catégorie à une autre, d'une situation régulière à irrégulière, ce qui complexifie et fragilise d'autant l'accès aux droits.

La réglementation française prévoit que tout étranger originaire d'un pays n'appartenant pas à l'Union européenne, à l'exception des mineurs, doit disposer d'un titre de séjour pour résider régulièrement en France. Quant aux ressortissants de l'Union européenne, ils 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) ; sans cela ils sont considérés en situation irrégulière. En France, le nombre de personnes en situation irrégulière est estimé entre 300 000 et 400 000. La grande majorité entre sur le territoire français de façon légale, l'illégalité de leur situation n'intervenant qu'après l'expiration de leur droit au séjour, souvent après un refus de l'administration de le leur renouveler.

En 2013, 53 % des patients reçus dans les Caso sont des étrangers considérés en situation irrégulière. Leur part a légèrement diminué par rapport à l'année précédente *(figure 11)*.

Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes (*vs* 56 % des autres patients), ils sont également en moyenne nettement plus âgés (36 ans *vs* 29 ans). Ces étrangers sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (36 %) ou du Maghreb (27 %) ; 12 % sont des ressortissants d'un pays de l'Union européenne. On ne relève pas d'évolution notable sur le plan des nationalités par rapport à l'année précédente.

Figure 11 : Évolution du nombre et de la proportion de patients étrangers de 18 ans ou plus sans autorisation de séjour dans les Caso, de 2007 à 2013

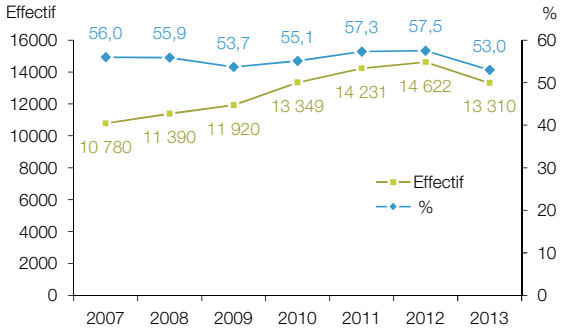


Tableau 48 : 10 principales nationalités des personnes en situation irrégulière, 2013

Nationalités	%
Algérie	12,7
Roumanie	8,1
Tunisie	7,5
Maroc	6,2
Cameroun	6,0
Mali	5,5
Côte d'Ivoire	5,0
Pakistan	4,9
Inde	3,3
Sénégal	3,1

Des conditions de vie marquées par une grande précarité et un isolement social et familial

Les étrangers sans titre de séjour résident majoritairement en France de façon récente (62 % depuis moins d'un an et 26 % depuis moins de trois mois, contre respectivement 24 % et 56 % des autres étrangers), cependant, une part non négligeable d'entre eux (19 %) indiquent se trouver en France depuis au moins trois ans.
Rappelons que la durée de résidence en France est établie par rapport à la dernière date d'entrée sur le territoire. Dans les faits, près du quart des étrangers en situation irrégulière indiquent avoir déjà vécu en France, et tout particulièrement les personnes originaires d'Océanie et Amériques (58 %) ou d'Union européenne (43 %).
Du point de vue de l'environnement familial, ils sont près de 80 % à vivre seuls et sont majoritairement (58 %) sans enfants. Lorsqu'ils ont des enfants mineurs, ces derniers ne vivent pas avec eux dans près de 60 % des cas.
Comme pour les autres consultants des Caso, les conditions de logement des étrangers sans titre de séjour sont marquées par une très forte précarité : seuls 5 % disposent d'un logement personnel (*vs* 12 % des autres patients) ; les autres sont pour la plupart hébergés (66 %), vivent dans un squat ou un campement (12 %) ou sont sans domicile (17 %).
En France, l'absence d'autorisation de séjour interdit de travailler de façon légale et contraint par conséquent les personnes concernées à exercer des activités non déclarées. Interrogés sur ces questions, 30 % des étrangers en situation irrégulière indiquent exercer une activité pour gagner leur vie, cela beaucoup plus fréquemment que les autres patients (12 %). Leurs niveaux de ressources restent cependant très faibles : 98 % sont sous le seuil de pauvreté et le quart environ sont complètement dépourvus de ressources.

L'accès à l'AME : un parcours semé d'embûches…

L'accès à l'AME est ouvert théoriquement à tous les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une présence ininterrompue de trois mois en France. Soulignons que cette durée préalable de séjour n'est pas opposable aux mineurs qui doivent accéder sans condition à une couverture maladie. Dans les faits, l'accès à une couverture maladie s'avère très problématique pour ces étrangers, comme en témoigne la faible part des personnes reçues dans nos Caso disposant de droits ouverts, même après plus d'un an de résidence sur le territoire. Ainsi, les étrangers sans titre de séjour vivant en France depuis moins d'un an sont 3 % à disposer d'une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso, cette proportion s'élève à 15 % au-delà d'un an de résidence en France.
Au total, si l'on considère l'ensemble des étrangers en situation irrégulière, quelle que soit leur durée de séjour en France, ce sont seulement 7,5 % d'entre eux qui disposent d'une couverture maladie.
Les obstacles à l'accès aux droits des étrangers en situation irrégulière sont identiques à ceux que connaissent les autres patients : la méconnaissance des dispositifs et les obstacles administratifs concernent plus d'un tiers des étrangers en situation irrégulière, 20 % citent la barrière linguistique.
La nécessité d'une domiciliation administrative, qui concerne 29 % des étrangers sans titre de séjour (*vs* 16 % des autres patients), constitue également une difficulté supplémentaire à l'ouverture des droits.
Par ailleurs, plus du tiers (34 %) de ces étrangers craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements, ce qui peut constituer un frein important lorsqu'il s'agit de se faire soigner ou d'entreprendre des démarches administratives. En témoignent le retard de recours aux soins, constaté par les médecins, chez plus de 37 % de ces personnes, et un renoncement aux soins, légèrement plus fréquent que parmi l'ensemble des autres patients *(tableau 49)*.
En 2013, 10 085 étrangers en situation irrégulière ont bénéficié de 16 257 consultations médicales, soit 1,6 consultation par personne.

Les étrangers en situation irrégulière ne présentent pas de spécificité au regard des pathologies diagnostiquées *(tableau 50)*. Les troubles digestifs (28 %), ostéoarticulaires (23 %), respiratoires (23 %) et dermatologiques (15 %) sont les troubles les plus fréquents. On peut toutefois noter une fréquence plus importante des affections ostéoarticulaires et de l'hypertension artérielle et une moindre fréquence des infections respiratoires chez les personnes en situation irrégulière. Soulignons également que près de 62 % de ces patients nécessitent un suivi régulier dans le cadre d'une pathologie chronique, rendant indispensable l'accès à une couverture maladie.

Tableau 49 : Retard de recours aux soins, renoncement aux soins et soins urgents des étrangers en situation irrégulière reçus dans les Caso, 2013 (% en colonne)

	Étrangers en situation irrégulière		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	36,7**	1 778	35,0	1 531
Renoncement aux soins (au cours des 12 derniers mois)	20,8*	2 155	17,9	1 243
Soins urgents ou assez urgents	28,8ns	1 526	30,7	1 566

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge et les droits à la couverture maladie.
*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

Tableau 50 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les étrangers en situation irrégulière, 2013 (% en colonne)

	Étrangers en situation irrégulière	Autres patients	p[1]
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Symptômes et plaintes du système digestif	13,0	11,0	ns
Infections respiratoires supérieures	9,9	17,9	*
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	8,7	6,1	**
Autres diagnostics système digestif	7,9	5,9	ns
Hypertension artérielle	7,3	5,4	***
Angoisse/stress /troubles psychosomatiques	7,2	6,0	ns
Symptômes et plaintes du rachis	6,8	4,3	**
Affections dents-gencives	6,6	6,2	ns
Autres diagnostics locomoteurs	5,1	3,5	**
Infections respiratoires inférieures	4,9	6,2	ns
Nature des pathologies présentées par les patients[2]			
Aiguës	50,5	61,5	***
Chroniques	61,9	50,1	***

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.
[1] Analyses ajustées sur l'âge.
[2] Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de nature différente. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies, aiguës et/ou chroniques, distinctes soient identifiées.

Le droit des étrangers gravement malades vivant en France : pour une réforme protectrice de la santé des personnes

Contrairement à certaines idées reçues, les personnes émigrent le plus souvent pour fuir la misère, les violences ou les conflits dans leur pays et très rarement pour des raisons médicales ou profiter d'un système social plus avantageux en Europe, comme en témoignent les résultats d'une étude récente menée auprès de migrants en situation irrégulière dans 8 pays européens : seules 2,3 % des personnes interrogées citent la santé parmi les raisons les ayant poussées à migrer *[MdM 2014b]*.

Depuis 1998, grâce aux associations, la France s'est dotée de lois pour protéger les étrangers gravement malades contre l'expulsion et favoriser leur accès à un titre de séjour afin de pouvoir bénéficier des soins appropriés inexistants ou inaccessibles dans leur pays d'origine. Cependant, en dépit d'une très forte mobilisation des associations et des sociétés médicales et savantes, la loi du 16 juin 2011 sur l'immigration, dite loi Besson, a modifié les conditions et les procédures d'admission au séjour et la protection contre l'expulsion des étrangers gravement malades résidant en France. Ce droit au séjour est désormais conditionné à l'« absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine », en lieu et place de la notion d'« accès effectif » à ce traitement consacrée par la loi du 11 mai 1998. Or **il est reconnu que l'existence d'un traitement ne garantit en rien un accès effectif pour les personnes dans certains pays** ou certaines régions et l'expulsion d'une personne malade vers un pays où celle-ci serait privée de soins peut de fait dans certains cas être l'équivalent d'une condamnation à mort. Enfin, la loi de 2011 précise que le préfet est seul juge pour apprécier d'éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles » pour accorder le droit au séjour. Cette procédure risque de compromettre le respect du secret médical dans la mesure où elle incite la personne à dévoiler sa pathologie pour « appuyer » sa demande.

Depuis, l'ODSE, dont MdM est membre, n'a cessé d'interpeller les ministères de la Santé et de l'Intérieur pour demander un retour à la loi de 1998 et dénoncer les graves dérives et dysfonctionnements observés par les associations, conduisant à des renvois abusifs de patients présentant des maladies graves qui ne peuvent correctement être traitées dans leur pays d'origine. Non seulement des violations des règles de procédures continuent de prospérer aux guichets des préfectures (demandes abusives de documents, défaut de confidentialité, conditions d'accueil dégradantes, délais d'instruction anormalement longs…) *[Aides 2013]*, mais surtout, **on assiste depuis plusieurs mois à une nouvelle dérive dans l'application de ce droit, avec un durcissement des procédures en préfectures et la multiplication des « contre-enquêtes médicales » réalisées par les préfets, en violation du secret médical et en contradiction des avis rendus par les médecins des agences régionales de santé et des instructions du ministère de la Santé.** Enfin, de nombreuses personnes sont enfermées alors que leur état de santé est manifestement incompatible avec l'enfermement sans qu'à aucun moment une procédure de protection ne soit initiée *[La Cimade 2013]* ou qu'elles soient informées des décisions prises les concernant.

Depuis 2011, les expulsions se sont intensifiées et désormais des milliers de personnes atteintes d'hépatite C, de diabète ou du VIH… vivent sous la menace permanente d'un retour forcé dans leur pays d'origine.

Si la récente circulaire interministérielle[141] de mars 2014 sur les demandes de titre de séjour pour raison de santé rappelle utilement quelques règles fondamentales, elle ne délivre aucune consigne aux préfets pour mettre fin à ces contre-expertises médicales et propose une définition très restrictive de la notion de « risques de conséquences d'une exceptionnelle gravité » qui implique que ne peuvent bénéficier d'un droit au séjour que les personnes dont le pronostic vital serait compromis à court ou moyen terme. Ainsi, depuis la réforme de 2011, on assiste à une absence d'implication du ministère de la Santé pour faire respecter la législation en vigueur pour la protection des étrangers malades. La solution proposée en mars 2013 par le rapport Iga/Igas *[Chièze 2013]* de placer à l'avenir le dispositif d'évaluation médicale au sein de l'Ofii parachèverait cette dérive en substituant aux principes de la protection de la santé ceux du contrôle de l'immigration. Pourtant, le projet de loi relatif au droit des étrangers en France présenté en Conseil des ministres en juillet 2014 prévoit principalement concernant le droit au séjour des étrangers malades, outre une nouvelle rédaction des conditions de ce droit au séjour, le transfert du dispositif d'évaluation médicale à l'Ofii.

Il est plus qu'urgent et nécessaire que la protection des étrangers gravement malades soit restaurée dans ses deux volets : non-expulsion du territoire et droit au séjour des personnes lorsque le traitement nécessaire à leur pathologie n'est pas effectivement accessible dans leur pays d'origine, en revenant aux termes équilibrés de la rédaction de la loi de 1998, répondant à un objectif : permettre aux personnes gravement malades résidant en France de poursuivre leur prise en charge médicale, sans vivre sous la menace d'une expulsion. De même, le dispositif d'évaluation médicale doit être piloté par le ministère de la Santé, et la non-ingérence du ministère de l'Intérieur en son sein doit être garantie.

(141) Instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014.

BIBLIOGRAPHIE

- 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.
- AIDES « *Droit au séjour pour soins. Rapport de l'observatoire étrangers malades* », 2013, 79 pages. http://www.aides.org/presse/rapport-de-aides-DAS
- Amnesty International « *Chassés de toutes parts. Les expulsions forcées de Roms en Île-de-France* », 2012, 68 pages.
- ANAES « *Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis en France [Tome 2] »,* ANAES, 2003, 9 pages.
- André S « *Les permanences d'accès aux soins de santé* », ASH, 2013 ; 2837 : 49-53.
- 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.
- Alberts JF, Sanderman R, Gerstenbluth I, Van den Heuvel WJ. « *Sociocultural variations in help seeking behavior for everyday symptoms and chronic disorders* », Health policy 1998 ; 44 : 57-72.
- Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T « *Enquête santé protection sociale 2008 »,* Rapport Irdes 2010 ; 547, 254 pages.
- Azogui-Lévy S, Rochereau T *« Comportements de recours aux soins et santé buccodentaire : exploitation de l'enquête « santé et protection sociale » 2000 »,* IRDES, Question d'économie et de santé, 2005 ; 94.
- Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C « *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* », INED, Populations et sociétés 2012 ; 492 : 1-4.
- Balicchi J, Bini JP, Daudin V, Actif N, Rivière J « *Mayotte, département le plus jeune de France »,* Insee Première, 2014 : 1488.
- Beck et al, « *Baromètre santé 2005* », INPES, 2007, 593 pages.
- Berchet C, Jusot F *« État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature »,* BEH 2012 ; 2-3-4 : 17-21.
- Blondel B, Kermarrec M « *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003* », Rapport INSERM, DGS, DREES, mai 2011.
- Boisguérin B, Haury B *« Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins »,* Drees, Études et résultats, 2008 : 645.
- Brouard C, Léon L, Pioche C, Bousquet V, Semaille C, Larsen C *« Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010* », BEH 2013, 19 : 205-9.
- 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.
- Carde E « *Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane* », Espace populations sociétés ; 2009 ; 1 : 175-89.
- Cazein F, Le Strat Y, Dutil J, Couturier S, Ramus C, Semaille C « *Dépistage de l'infection par le VIH en France 2003-2012* », BEH 2013, 33-34 : 410-7.
- Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, Thierry D, Brand D, Leclerc M, Benyelles L, Da Costa C, Barin F, Semaille C, *« Découvertes de séropositivité VIH et sida-France, 2003-2012* », BEH, 2014, 9-10 : 154-62.

- CFDA « *Droit d'asile en France : Conditions d'accueil. État des lieux 2012* », Rapport CFDA, 2013, 121 pages.
- Chappuis M, Brossard Antonielli A, 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* », Bulletin du cancer, 2014 ; 101 : 663-8.
- Chièze F, Diederichs O, Vernhes M, Fournalès R *« Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades »,* Rapport Iga/Igas, 2013 ; 126 pages.
- (La) cimade *« Le droit à la santé des personnes enfermées en rétention administrative* », 2013.
- COABS, ARS, « *État de santé de la population de la Réunion et de Mayotte – Océan Indien* », 2010 : Dossier n° 01, 18 pages.
- Comede « *La santé des exilés. Rapport Comede 2014* », 2014, 131 pages.
- (La) Cour des Comptes « *La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République. Rapport public thématique* », juin 2014.
- Couturier E, Michel A, Basse-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.
- Darmon N, Bocquier A, Vieux F, Cavailet F. « L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France », ONPES, Les travaux de l'Observatoire 2009-2010.
- Darmon N. *« Impact of a cost constraint on nutritionally adequate food choices for French women: an analysis by linear programming.* », J Nutr Educ Behav 2006 ; 38 : 82-90.
- Davie E « Un premier enfant à 28 ans », Insee première 2012, 1419.
- Dihal *« État des lieux national des campements illicites »,* janvier 2014.
- Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T *« Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 »,* Rapport IRDES, 2012, n° 553, 232 pages.
- (Le) Défenseur des droits *« Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME »*, Rapport remis au premier ministre, 2014, 45 pages.
- (Le) Défenseur des droits *« Bilan d'application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites. »,* août 2012-mai 2013, 59 pages.
- (La) Défenseure des enfants « *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte* », Annexe au rapport, 2008, 23 pages.
- Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F *« Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* », IRDES, Question d'économie et de santé, 2011 ; 170 : 1-6.
- DGS « *Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014* », 2014, 55 pages.
- Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J *« Le recours aux soins de ville des immigrés en France. »,* IRDES, Question d'économie de la santé 2009 ; 146 : 1-6.
- Duport N. « *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances – Actualisation 2008* », InVS, 2008, 31 p.
- 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 les structures sociales et médicales* », Rapport d'étude, 2013, 147 pages.
- Fnars. « *Baromètre 115* », 2014, 12 pages.
- Fondation Abbé Pierre *« Les enfants victimes collatérales du mal logement »,* In Rapport annuel 2010 sur l'état du mal logement. 2011.
- Fonteneau L, Guthmann JP, Lévy-Bruhl D *« Estimation des couvertures vaccinales en France à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) : exemples de la rougeole, de l'hépatite B et de la vaccination HPV »,* BEH, 2013 ; 8-9 : 72-76.
- Goulet V, Laurent E, Semaille C *« Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla (2007-2009)* », BEH, 2011, 26-27-28 : 316-20.

- Guthmuller S, Jusot F, Renaud T, Wittwer J « *Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire ? les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009* », IRDES, Questions d'économie de la santé, 2014 ; 195 : 1-8.
- Guyot D « *Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte* », Rapport final, 2009, 10 pages.
- HAS *« Évaluation à priori du dépistage de la Syphilis en France. Recommandations en santé publique* », 2007, 284 pages.
- HAS *« Stratégie de prévention de la carie dentaire »,* Synthèse et recommandations en santé publique, Mars 2010a, 180 pages.
- HAS *« Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae ; état des lieux et propositions* », Synthèse, 2010b, 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.
- Helfter C *« Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital »,* ASH, 2014 ; 2851 : 32-35.
- 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.
- INSERM *« Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues »,* Expertise collective, 2010, 573 pages.
- IEDOM « *L'habitat dans les outre-mers français : progrès, enjeux, disparités »,* Les notes de l'Institut d'émission, 2010 ; 75 pages.
- InVS, Cnamts, Cetaf « *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004* », Rapport InVS, 2007, 112 pages.
- InVS « *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011* », InVS rapport technique, 2011, 78 pages.
- Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P « *Migrations et soins en Guyane »,* AFD, Collection Document de travail, 2011 ; 117 pages.
- Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. *« Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration »,* Revue économique, 2009 ; 60 : 385-411.
- Jusot F « *Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution* », RESP, 2013, 61 : S163-S169.
- Laporte A, Chauvin P « *Samenta, la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Île-de-France »,* Rapport final, Observatoire du Samu Social de Paris, Inserm, 2010, 226 pages.
- Lert F, Danet S, Therre H, *« Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 »,* BEH, 2013 ; 26-27 : 283-5.
- Luu P « *Le revenu des habitants de Mayotte en 2005 »,* Insee Info, 2007 : 28.
- Maille D « *Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants »,* INPES, La santé de l'homme, 2011 ; 209 : 404.
- Marical F, de Saint Pol T « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », Insee première, 2007 ; 1142 : 1-4.
- Martini JF, « *Session de rattrapage pour l'état civil guyanais* », Plein droit ; 1999 ; 43.
- Math A « *Mayotte. La situation économique et sociale* », Chronique internationales de l'Ires, 2012 : 134.
- Mathieu Y « *Compte-rendu de la mission conduite par Mme Yvette Mathieu auprès du Défenseur des droits de l'enfant à Mayotte »,* mars 2013.
- MdM, ASAV, AREAS *« Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms »,* Rapport final d'évaluation, 2013(a), 71 pages.
- MdM « *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France. Rapport 2012* », 2013(b), 210 pages.
- MdM « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France », 2013(c), 21 pages.
- MdM « *L'alimentation des personnes en situation de grande précarité en France : Quel impact sur leur état de santé* », 2014(a), 27 pages.
- MdM « *L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise sociale* », 2014(b), 39 pages.

- MdM « *L'hébergement d'urgence en 2014. État des lieux et parcours des personnes sans domicile fixe dans 5 villes de France* », 2014(c), 12 pages.
- MdM *« France Municipales 2014 : Enquête auprès de 14 villes dans lesquelles Médecins du Monde intervient »,* 2014(d), 12 pages.
- Mekkaoui K « *L'enquête emploi en Guyane, deuxième trimestre 2012, Premiers résultats* », Insee Antilles-Guyane, 2012 ; 89 : 1-4.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, CNS, ANRS *« Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts ».* Rapport 2013, Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, 2014(a), 476 pages.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, ANRS, AFEF *« Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C »,* Rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Dhumeaux. 2014(b), 510 pages.
- Ofpra « *Rapport d'activité 2013* », 2014,123 pages.
- ORS Île-de-France « *Situation sanitaire et sociale des « roms migrants », en Île-de-France* », Rapport, 2012, 144 pages.
- Perronnin M, Pierre A, Rochereau T *« La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès »,* IRDES, Questions d'économie de la santé, 2011 ; 161 : 1-6.
- Pialou A, « *La Guyane ou le « tout reconduite » »,* Plein droit, 2007 ; 74 : 48.
- Piantoni F *« La question migratoire en Guyane française. Histoire, sociétés et territoire*s », Hommes et migrations, 2009 ; 2 : 198-216.
- Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R, *« Évaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS) »,* DGCS, Rapport final, 2013, 179 pages.
- Prudhomme N « *Population légale 2010 Guyane », Insee Antilles-Guyane,* Premiers Résultats 2013 ; 93 : 1-2.
- Rigal L, Rouessé C, Collignon A, Domingo A, Deniaud F *« Facteurs liés à l'absence de proposition de dépistage du VIH-sida et des hépatites B et C aux immigrés en situation de précarité »,* RESP, 2011, 59 : 213-221.
- Rochère B *« La santé des sans domicile usagers des services d'aide »*, INSEE Première, 2003 ; 893.
- Romeurope *« Harcèlement et stigmatisation : politiques et paroles publiques aggravent la précarité des habitants des bidonvilles »,* Collectif national Droits de l'Homme Romeurope, Rapport 2012-2013 ; 32 pages.
- Roulhac C « *La reconnaissance du caractère discriminatoire du dispositif d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à Mayotte : une illustration de l'applicabilité et de l'universalité des droits sociaux. Commentaire de la délibération de la Halde* n° *2010-87 du 1er mars 2010* », Revue de droit sanitaire et social*, 2010 : 4, 704-13.*
- 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 »,* InVS, BEH, 2012 ; 2-3-4 : 30-34.
- Schwarzinger M. *« Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète »,* DGS décembre 2012, 139 pages.
- Tessier S, Cohen F, Azogui-Levy S et al. *« Promouvoir la santé buccodentaire »,* INPES, la Santé de l'homme, 2012 ; 417 : 4-5.
- Vergnes JN, Nabet C *« Quelle relation entre santé buccodentaire et santé générale ? »,* INPES, la Santé de l'homme, 2012 ; 417 : 7-8.
- Yaouancq F, Lebrère A, Régnier V, Legleye S, Quaglia M *« L'hébergement des sans domicile en 2012 »,* Insee Première 2012, 1455.

© Constance Decorde

© Sarah Alcalay

© Régis Dondain

© Véronique Burger / Phanie

© Coralie Couetil

© Benoît Guenot

ANNEXES

- Méthodologie du recueil de données dans les Caso
- Dossiers médical, social, dentaire et fiche sur les violences subies utilisés par les Caso en 2013
- Activités par Caso
- Analyse par Caso

ANNEXE 1

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Recueil de données dans les Caso

Les données sont recueillies auprès des patients par des accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins, dentistes, psychologues, etc., 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 (ou pour tout patient dont le dossier avait été rempli plus de deux ans auparavant afin de réactualiser ses informations). Le dossier social est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter quant à leurs droits à la couverture maladie, et plus généralement sur leurs démarches administratives.

■ **Le dossier médical** comporte deux parties :

1. un volet contenant les antécédents médicaux *(questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, antécédents obstétricaux et violences subies (fiche spécifique) qui peuvent être renseignés/complétés à chaque consultation)* ;
2. un volet contenant les motifs de consultation, les diagnostics posés par les médecins et 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).

Chaque année, les dossiers socio-médicaux sont revus et modifiés en fonction des remarques et propositions des personnes sur le terrain et des évolutions législatives qui peuvent avoir un impact sur les droits des personnes accueillies dans les Caso.

■ **Le dossier dentaire** comporte deux parties :

1. un volet sur les antécédents, le schéma dentaire, le recueil du nombre de dents cariées, absentes et obturées, le retard de recours aux soins, le besoin de prothèses dentaires, les observations et le plan de traitement ;
2. un tableau récapitulatif du type d'interventions effectuées lors de chaque consultation et des orientations.

■ **La fiche « violences subies » :** cette fiche a été, en 2012, séparée du dossier médical du patient. Elle peut être désormais renseignée par les différents intervenants formés à ces problématiques dans les Caso et permet d'identifier les patients ayant subi des violences (et le type de violences) dans le pays d'origine, lors de leur trajet ou depuis leur l'arrivée en France.

■ Enfin, **des fiches spécifiques** pour chaque intervenant ont été mises en place (dossier soins infirmiers, pédicure/podologue, kinésithérapie, suivi social) et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

La Classification internationale des soins de santé 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

(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

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 Ostéoarticulaire *(**L**ocomotion)*
N **N**eurologique
P **P**sychologique
R **R**espiratoire
S Peau *(**S**kin, peau)*
T Métabolique, nutrition, endocrinien
U Système **U**rinaire
W Grossesse, accouchement, planning familial *(**W**oman, femme)*
X Système génital féminin et sein *(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
– 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 / **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 huit ans dans les dossiers médicaux de Médecins du Monde. Elle permet pour chaque consultation médicale de déterminer *le(s) résultat(s) de consultation et le(s) problème(s) de santé* : il s'agit des problèmes 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-après.

(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.

Général et non spécifié (A)	**Ostéo-articulaire (L)**	**Métabolisme, nutrition, endocrinien (T)**
– Symptômes et plaintes généraux	– Symptômes et plaintes du rachis	– Symptômes et plaintes du système métabolique
– Diagnostics non classés ailleurs	– Autres sympt. et plaintes ostéoarticulaires	– Diabète insulino et non insulinodépendant
– Tuberculose	– Syndrome dorsolombaire	– Excès pondéral, obésité
Sang. Syst. hématop./immunol. (B)	– Autres diagnostics locomoteurs	– Autres diagnostics métaboliques
– Sympt. et plaintes syst. hémato/immuno	**Neurologique (N)**	**Système urinaire (U)**
– Anémies	– Symptômes et plaintes neurologiques	– Symptômes et plaintes du système urinaire
– HIV	– Épilepsie	– Infections urinaires/rénales
– Autres diag. syst. hémato/immuno.	– Autres diagnostics neurologiques	– Autres diagnostics urinaires et néphrologiques
Système digestif (D)	**Psychologique (P)**	**Grossesse, accouchement, planning familial (W)**
– Symptômes et plaintes du système digestif	– Angoisse, stress, troubles somatiques	– Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement, planning familial
– Affections des dents-gencives	– Syndrome dépressif	– Contraception
– Hépatite virale	– Psychose	– Grossesse et couche non pathologiques
– Infections gastro-intestinales	– Utilisation de subst. psychoactives (alcool)	– Grossesse et couche pathologiques
– Pathologies ulcéreuses	– Utilisation de subst. psychoactives (tabac-médicaments)	**Système génital féminin et sein (X)**
– Autres diagnostics système digestif	– Utilisation de subst. psychoactives (drogues)	– Symptômes et plaintes du système génital féminin
Œil (F)	– Autres problèmes psychologiques	– Troubles des règles
– Symptômes et plaintes de l'œil	**Respiratoire (R)**	– Infections sexuellement transmissibles
– Lunettes-lentilles	– Symptômes et plaintes nez-sinus	– Autres diagnostics du système génital féminin
– Infections de l'œil	– Autres symptômes et plaintes respiratoires	**Système génital masculin et sein (Y)**
– Autres diagnostics de l'œil	– Infections respiratoires supérieures	– Symptômes et plaintes du système génital masculin
Oreille (H)	– Infections respiratoires inférieures	– Infections sexuellement transmissibles
– Symptômes et plaintes de l'oreille	– Toux	– Autres diagnostics du système génital
– Infections de l'oreille	– Asthme	**Catégories transversales aux appareils**
– Autres diagnostics de l'oreille	– Autres diagnostics respiratoires	– Traumatismes/peurs/préoccupations
Cardiovasculaire (K)	**Peau (S)**	– Maladies infectieuses non classées ailleurs
– Symptômes et plaintes cardiovasculaires	– Symptômes et plaintes dermatologiques	– Cancers
– Hypertension artérielle	– Parasitoses/candidoses	
– Cardiopathies, troubles du rythme	– Infections cutanées	
– Pathologies vasculaires	– Dermatites atopiques et contacts	
– Autres diagnostics cardiovasculaires	– Éruption cutanée/tuméfactions	
	– Autres pathologies cutanées	

Saisie des dossiers

En 2010, un nouveau système de saisie en réseau a été déployé dans l'ensemble des Caso via le portage de l'application sur internet du logiciel informatique utilisé jusqu'à présent. Ce nouveau système permet désormais aux personnes de saisir en mode « multipostes » et facilite l'ensemble des opérations de gestion des données (sauvegarde, installation et mise à jour du logiciel, rapatriement des données, etc.). Il permet également de collecter quotidiennement l'ensemble des données sur un serveur informatique hébergé au siège de Médecins du Monde avec une mise à disposition en temps réel des données nationales. Ce système offre un meilleur suivi de la qualité du recueil et des possibilités d'alerte en direct sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes reçues dans les Caso.

Tous les dossiers sont saisis dans les Caso. Seuls les Caso de Marseille et Paris ont mis en place une procédure d'échantillonnage pour la saisie : ainsi seul un dossier sur trois est saisi de manière intégrale (les autres font l'objet d'une saisie partielle). Cette procédure a été décidée au regard du volume important de dossiers et au manque de moyen en terme de ressources humaines pour réaliser la saisie ; elle implique par conséquent l'application d'un coefficient de pondération pour l'analyse des données.

Les dossiers sont saisis directement dans les centres via internet avec le logiciel Eurêka Serveur V5.1.0.2, le plus souvent par des personnes bénévoles. Un numéro d'identifiant unique est attribué à chaque patient.

Analyse globale des données

La Direction des missions France a confié l'analyse des données des Caso, pour la 11e année consécutive, à l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip). Le service informatique de Médecins du Monde compile les données et procède au nettoyage des bases de données avant de les transmettre à l'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. 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 2013 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.

ANNEXE 2

DOSSIERS MÉDICAL, SOCIAL, DENTAIRE ET FICHE SUR LES VIOLENCES SUBIES UTILISÉS PAR LES CASO EN 2013

Dossier médical - Mission France – Observatoire 2013, Version définitive du 22/11/2012

Mission France Observatoire

DOSSIER MÉDICAL 2013 **Saisie ?** ❍

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. ***Vous avez le droit de refuser de répondre a certaines question ou qu'une information soit écrite dans le dossier.***

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

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _

B. Date de consultation : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dossier médical - Mission France – Observatoire 2013, Version définitive du 22/11/2012

DÉPENDANCES *Pb d'abus répété ou d'addiction à l'alcool, produits psychoactifs ou médicaments détournés de leur usage*

STATUT SÉROLOGIQUE

	Inconnu	Connu (*)		Date du dernier dépistage
a. VHB	❒1	❒2 Positif(**)	❒3 Négatif	_ _ / _ _ / _ _ _ _
b. VHC	❒1	❒2 Positif(**)	❒3 Négatif	_ _ / _ _ / _ _ _ _
c. VIH	❒1	❒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

➔ ***Penser à orienter pour le dépistage*** (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 GYNÉCOLOGIQUE & ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

a. Avec-vous une contraception actuellement ? ❒1 Oui ❒2 Non

b. Si non, souhaitez-vous une contraception ? ❒1 Oui ❒2 Non ❒3 NSP

c. Avez-vous déjà réalisé un frottis cervico vaginal ? ❒1 Oui ❒2 Non ❒3 NSP

d. Avez-vous déjà été enceinte ? ❒1 Oui ❒2 Non

Si oui,

e. Age à la première grossesse : _ _ ans

f. Nombre total de grossesses : _ _ *(enfant vivant, IVG, fausse couche, etc.)*

g. ENCEINTE ACTUELLEMENT ? ❒1 Oui (code CISP : W78)

h. Poids : _ _ _ _ kg **i. Terme :** _ _ _ _ sem. d'aménorrhée

j. Accès aux soins prénataux : ❒1 Oui ❒2 Non, pourquoi ? _

k. Retard de suivi de grossesse : ❒1 Oui (>12 semaines d'aménorrhée) ❒2 Non

l. Demande d'IVG : ❒1 Oui (code CISP : W79) ❒2 Non

ANTÉCÉDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS

Traitement habituel / en cours (Classe / posologie / durée)

Dossier médical - Mission France – Observatoire 2013, Version définitive du 22/11/2012

NATURE DE LA PLAINTE /Motif(s) de consultation ***ou plainte(s) exprimé(s) par le patient***

Observations médicales ***TA : _ _ _ _ _*** ***Fréquence cardiaque : _ _ _ _ _*** ***1. Poids*** *(hors femmes enceintes)* ***: _ _ _ _ kg***

2. Taille: _ _ _ _ m ***(IMC : _ _ _ _)***

DIAGNOSTICS /Résultat(s) de consultation ***diagnostiqué(s) par le médecin***

Il s'agit de tous les diagnostics identifiés par le médecin même si ceux-ci ne font pas l'objet du recours aux soins

	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*			
3. Code CISP	_ _ _	_ _ _	_ _ _
4. Diagnostic en attente	❒1 Diagnostic en attente	❒1 Diagnostic en attente	❒1 Diagnostic en attente
5. La pathologie est-elle aigue 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 ❒3 Ne sait pas	❒1 Nécessaire ❒2 Accessoire ❒3 Ne sait pas	❒1 Nécessaire ❒2 Accessoire ❒3 Ne sait pas
Si un traitement ou un suivi est nécessaire **7. Le problème était-il traité ou suivi avant la 1re cs à MdM ?**	❒1 Oui ❒2 Oui partiellement ❒3 Non ❒4 Ne sait pas	❒1 Oui ❒2 Oui partiellement ❒3 Non ❒4 Ne sait pas	❒1 Oui ❒2 Oui partiellement ❒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 2013, Version définitive du 22/11/2012

10. TRAITEMENTS PRESCRITS : *Vérifier l'état des droits à la couverture maladie*

❒1 Remis ❒ 2 Non remis ❒3 Remis partiellement ❒4 Traitement pas nécessaire

(forme, posologie, durée, quantité remise)

11. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES / DÉPISTAGE / ORIENTATION, vers quelle(s) structure(s) ?

Nom de la structure, date prise de rdv, date du rdv, avec qui, accompagnement, etc.

❒1 Examens complémentaires

- ❒1 Test de grossesse _____
- ❒2 Frottis cervico-vaginal _____
- ❒3 Mammographie _____
- ❒4 Examen de sang _____
- ❒5 Radio pulmonaire _____
- ❒6 Radio/ échographie _____
- ❒7 Autres, précisez_____

❒2 Tests maladies infectieuses

- ❒1 VIH, précisez ❒1 CDAG _____ ❒2 Laboratoire _____
- ❒2 VHB, précisez ❒1 CDAG _____ ❒2 Laboratoire _____
- ❒3 VHC, précisez ❒1 CDAG _____ ❒2 Laboratoire _____
- ❒4 Autres IST, précisez ❒1 CDAG _____ ❒2 Laboratoire _____

❒3 Suivi de grossesse _____

❒4 Orientations vers structures / professionnels de santé

- ❒1 PASS _____
- ❒2 Urgences_____
- ❒3 Praticien libéral, précisez ❒1 généraliste ❒2 spécialiste ❒3 dentiste
- ❒4 Consultation psychologique ou psychiatrique _____
- ❒5 Centre de vaccination _____
- ❒6 PMI _____
- ❒7 Centre de planification familiale _____
- ❒8 Autres, précisez _____

❒5 Orientation interne à MdM, précisez _____

❒6 Autres, précisez _____

12. Orientation pour régularisation pour raisons médicales

Se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre et orienter le patient vers un praticien hospitalier ou un médecin agréé.

❒1 Oui, précisez _____

_____

Dossier social Mission France – Observatoire 2013, version définitive 22/11/2012

Mission France Observatoire

DOSSIER SOCIAL 2013

Saisie ? ❍

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. ***Vous avez le droit de refuser de répondre a certaines question ou qu'une information soit écrite dans le dossier.***

Dossier renseigné par : ❒ *Accueillant(e)*_ _

❒ *Travailleur social du centre* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _

Année ou date de la 1re consultation au centre : _ _ _ _
Evolution de la situation du patient ❒

B. Date de consultation / rencontre : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

Nom : _

Prénom : _

Espace libre pour écrire toute information utile au suivi du patient :

C. Sexe : ❒1 M ❒2 F ❒3 T

Commentaires

D. Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

1. Quelle est votre nationalité ? (+ communauté si déclarée par la personne)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dossier social Mission France – Observatoire 2013, version définitive 22/11/2012

5. Avez-vous été adressé(e) dans notre centre par ? ***Commentaires***

❒1 Structure de soins *(hôpital, PASS, PMI, médecin libéral, centre de santé, etc.)*
❒2 Bouche à oreille *(connait déjà le centre, média, personnes proches, etc.)*
❒3 Autres, précisez *(institution admin ou sociale, assoc., autres programmes MdM, etc.)* :

_ _

_ _

Personne contact : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CONDITIONS DE VIE

6. Quelle est votre situation familiale en France ? (pour les personnes majeures)
❒1 Seul(e) *(avec ou sans enfant(s))*
❒2 En couple *(avec ou sans enfant(s))*

7. Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?
❒1 Oui ❒2 Non

8. <u>Si oui,</u> vivez-vous actuellement ?
❒1 Avec tous vos enfants
❒2 Avec une partie d'entre eux
❒3 Avec aucun d'entre eux
Pensez à aborder la question de la scolarisation des enfants

9. Nombre d'enfants à charge en France ? _ _

10. La personne est-elle un(e) mineur(e) isolé(e) ?
❒1 Oui ❒2 Non

Précisez sa situation _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dossier social Mission France – Observatoire 2013, version définitive 22/11/2012

16. Quelle est votre situation au regard du séjour ? au jour de la consultation ***Commentaires***

❒1 N'a pas besoin de titre de séjour **(français, mineur)**

➔Pour les ressortissants de l'Union Européenne

❒2 N'a pas besoin de titre de séjour car en France depuis moins de 3 mois

❒3 Est autorisé(e) à rester en France *(ressources officielles suffisantes et assurance maladie ou titre de séjour)*

❒4 N'est pas autorisé(e) à rester en France *(présent depuis plus de 3 mois, sans ressources officielles et sans assurance maladie ou titre de séjour)*

➔Pour les extracommunautaires (non ressortissants de l'UE)

❒5 Visa touriste en cours de validité

❒6 RV ou convocation Préfecture

❒7 Titre de séjour valide de 1 à 3 mois, date d'échéance _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

❒8 Titre de séjour valide pour 10 ans, date d'échéance _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

❒9 Titre de séjour autre durée, **précisez la durée : _ _ ans**, date d'échéance _ _ _ _ _

❒10 Sans titre de séjour / sans autorisation de séjour

❒11 Titre de séjour dans un autre pays européen, date d'échéance _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

DEMANDE D'ASILE

17. Souhaitez-vous ou avez-vous déposé une demande d'asile ?

❒1 Oui, mais demande non déposée *(→question 19)*

❒2 Oui, demande déjà déposée

❒3 Non *(→question 20)*

18. Si votre demande d'asile est déposée, quelle est votre situation à ce jour ? *(→question 20)*

❒1 Débouté(e) ❒4 Reconnu(e) réfugié(e)

❒2 Demande OFPRA en cours ❒5 Placement en procédure prioritaire

❒3 Recours en cours

19. Pourquoi n'avez-vous pas pu déposer votre demande ?

❒1 Arrivée trop récente

❒2 Difficultés pour les démarches _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

❒3 Placement en procédure Dublin II ou Eurodac

20. Avez-vous déposé auprès de la préfecture une demande de régularisation (hors asile) ?

❒1 Oui en cours ❒2 Oui mais refusée ❒3 Non

21. Si oui, s'agit-il d'une demande de régularisation pour raisons médicales ?

❒1 Oui ❒2 Non

ACTIVITES ET RESSOURCES

⚠ ***Aborder la question des ressources avec la personne permet de l'informer de ces droits effectifs pour l'attribution de la CMU ou de l'AME.*** *Exemples de questions à partir desquelles le sujet peut-être abordé : Comment vivez-vous ? Comment arrivez-vous à subvenir à vos besoins ? Vos revenus actuels vous suffisent-ils pour la vie quotidienne ?*

22. Exercez-vous une activité pour gagner votre vie en France ?

❒1 Oui_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ❒2 Non

23. De combien d'argent environ disposez-vous pour vivre par mois ici en France ?
(propres revenus, revenus du conjoint, autres revenus)

Environ _ _ _ _ _€ ❒ NSP ❒ Nourri(e)/logé(e)

24. Quelle est l'origine des ressources officielles de votre foyer *(en France et/ou à l'étranger)* **?**

❒1 Salaires/Indemnités journalières ❒5 Minimum vieillesse

❒2 RSA *(Revenu de Solidarité Active)* ❒6 Allocation Adulte Handicapé

❒3 Allocation chômage ❒7 ATA *(Allocation Temporaire d'Attente)*

❒4 Pension au titre de la retraite ❒8 Autre revenu ou allocation

Dossier social Mission France – Observatoire 2013, version définitive 22/11/2012

25. Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ? ***Commentaires***

❒1 Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis
❒2 Oui, dans un CCAS
❒3 Oui, dans une association
❒4 Non, n'a pas fait de démarches auprès d'une association
❒5 Non, a rencontré un problème ou un refus

COUVERTURE MALADIE, OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

26. DROITS THÉORIQUES : Selon la loi, de quel dispositif relève la personne ?

❒1 Ne peut relever que de la couverture de base (sécurité sociale ou CMU de base)
❒2 Relève de la CMU complémentaire
❒3 Relève de l'AME
❒4 Relève d'un autre pays européen
❒5 Ne relève d'aucun dispositif (durée de résidence < 3 mois, ressources supérieures au plafond…)

ATTENTION ! *Si les personnes ont rencontré des problèmes concernant des justificatifs ou preuves à apporter alors qu'elles sont en France depuis plus de 3 mois, le noter dans les* ***obstacles*** *et préciser à la question 28 si la personne relève de l'AME ou CMU.*

27. DROITS EFFECTIFS : Avez-vous une couverture maladie française ?

❒1 Aucune couverture maladie
a. Une demande est-elle en cours ? ❒1 Oui ❒2 Non
b. Si oui, disposez-vous d'une attestation de dépôt de dossier ? ❒1 Oui ❒2 Non
❒2 Couverture maladie de base uniquement (SS ou CMU de base)
❒3 Couverture maladie de base **et** complémentaire
❒4 AME
❒5 Droit dans un autre pays européen / régime migrant
❒6 NSP (le patient ne sait pas, doc. à vérifier, etc.)

28. 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, absce preuve de prsce en Frce…)*
❒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, 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…)*

_ _ _ _

Dossier dentaire Mission France – Observatoire 2013, version déf. 22/11/12

Mission France
Observatoire

DOSSIER DENTAIRE

2013 **Saisie ?** ❍

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. ***Vous avez le droit de refuser de répondre a certaines question ou qu'une information soit écrite dans le dossier.*** Seules les questions précédées d'un numéro ou d'une lettre seront saisies en informatique

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _

Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ***Prénom :*** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

B. Date de consultation : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

C. Sexe : ❒1 M ❒2 F ❒3 T **D. Date de Naissance :** _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

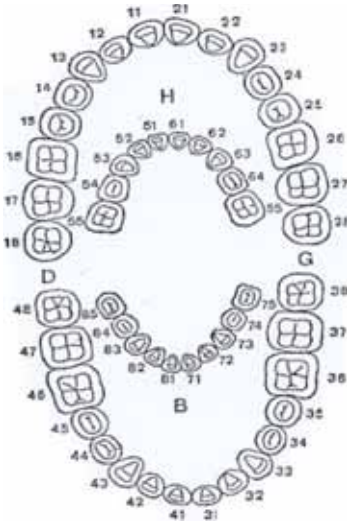
E. Nécessité d'un interprète : ❒1 Oui ❒2 Non (francophone)

F. Si oui, présence d'un interprète : ❒1 Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe ❒3 Oui, par téléphone
❒2 Oui, sur place par une personne accompagnante ❒4 Non

Motif de consultation :

Antécédents / pathologies spécifiques */ (risques d'allergies, etc.)* ***:***

Traitements médicaux en cours :



Observations et plan de traitement ***:***

Indices CAO

1. Nombre de dents Cariées…… : [_ _]
si pas de dents cariées à traiter, inscrire 0

2. Nombre de dents permanentes Absentes.. : [_ _]
si pas de dents permanentes absentes, inscrire 0

3. Nombre de dents Obturées……. : [_ _]
si pas de dents obturées, inscrire 0

4. Besoin de prothèse(s) dentaire(s) : ❒1 Oui ❒2 Non

5. Le(s) problème(s) bucco-dentaire(s) aurai(en)t-il(s) dû(s) être traité(s) plus tôt ? ❒1 Oui ❒2 Non

6. De façon générale, avez-vous déjà renoncé à des soins dentaires au cours des 12 derniers mois ? ❒1 Oui ❒2 Non

6.1. Si oui, pour quels types de soins dentaires ?

_ _

Dossier dentaire Mission France – Observatoire 2013, version déf. 22/11/12

7. Intervention		**8. Orientation**
01. Détartrage / Hygiène	06. Prescription	1. Pas d'orientation
02. Extraction	07. Radiologie	2. Vers milieu hospitalier
03. Traitement coronaire	08. Prothèse	3. Vers milieu libéral
04. Traitement radiculaire	09. Pansement provisoire	4. Vers centre de santé
05. Traitement parodontologique	10. Autres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

B. Date	**Dent**	**Soins**	**7. Inter-vention** *Cf code*	**7'. Soin terminé** *Si oui, mettre une croix*	**8. Orientation** *Cf code*	**Nom dentiste**	**Saisie ?**
_ _ / _ _ / _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Violences subies – Mission France – Observatoire 2013, version définitive 22/11/2012

Mission France Observatoire

Formes de violences subies 2013

Saisie ? ❍

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. ***Vous avez le droit de refuser de répondre a certaines question ou qu'une information soit écrite dans le dossier.***

Dossier renseigné par : _ _ _

Violences subies – Mission France – Observatoire 2013, version définitive 22/11/2012

Commentaires

ANNEXE 3

ACTIVITÉS PAR CASO

	Aix-en-Provence	Ajaccio	Angers	Besançon	Bordeaux	Cayenne	Saint-Denis	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Paris	Pau	Rouen	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	TOTAL
Nombre de passages	1 211	214	914	1 120	4 260	1 906	11 030	3 003	7 391	7 371	2 161	1 500	1 154	5 737	6 380	658	1 053	3 836	1 923	658	63 480
Nombre de patients différents (file active)	419	92	546	543	1 795	1 043	6 471	1 360	3 284	3 246	991	508	449	2 560	3 372	305	629	1 036	929	382	29 960
Nombre de nouveaux patients	207	44	454	430	1 128	554	5 001	1 005	2 381	2 529	712	338	358	1 834	2 888	219	533	667	715	252	22 249
Nombre de consultations médicales	1 153	213	888	1 099	2 352	1 129	5 856	2 094	4 796	5 091	942	1 072	569	2 737	5 324	656	987	2 022	942	625	40 547
Part des consultations médicales (par rapport à la totalité)	*2,8%*	*0,5%*	*2,2%*	*2,7%*	*5,8%*	*2,8%*	*14,4%*	*5,2%*	*11,8%*	*12,6%*	*2,3%*	*2,6%*	*1,4%*	*6,8%*	*13,1%*	*1,6%*	*2,4%*	*5,0%*	*2,3%*	*1,5%*	*100,0%*
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	409	92	535	534	1 253	807	3 861	1 145	2 737	2 808	700	474	391	1 508	2 856	303	608	817	621	368	22 827
Nombre moyen de consultations médicales par patient	2,82	2,32	1,66	2,06	1,88	1,40	1,52	1,83	1,75	1,81	1,35	2,26	1,46	1,81	1,86	2,17	1,62	2,47	1,52	1,70	1,78
Nombre de consultations dentaires					511					444	506	270		1 041			35	869	9		3 685
Part des consultations dentaires (par rapport à la totalité)					*13,9%*					*12,0%*	*13,7%*	*7,3%*		*28,2%*			*0,9%*	*23,6%*	*0,2%*		*100,0%*
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire					246					267	266	96		466			34	312	9		1 696
Nombre moyen de consultations dentaires par patient					2,08					1,66	1,90	2,81		2,23			1,03	2,79	1,00		2,17
Nombre de dossiers sociaux	268	95	482	444	1 432	919	5 248	1 137	2 637	2 889	843	400	364	2 117	3 004	248	545	747	800	255	24 874
Part des dossiers sociaux du centre (par rapport à la totalité)	*1,1%*	*0,4%*	*1,9%*	*1,8%*	*5,8%*	*3,7%*	*21,1%*	*4,6%*	*10,6%*	*11,6%*	*3,4%*	*1,6%*	*1,5%*	*8,5%*	*12,1%*	*1,0%*	*2,2%*	*3,0%*	*3,2%*	*1,0%*	*100,0%*
Nombre de consultations psychologiques*			6	4	252	1	133	192	742		1	22	447	185		7		249	53	1	2 295
Nombre de consultations sociales/instruction CMU-AME*	22		2		799	9	4 243	695	1 477	1 749	630	512	154	1 536	240		5	702	1 139	364	14 278
Nombre d'actes infirmiers*	24		4	14	614		2 051	31	304	426	195	62	88		92	18		306	264	18	4 511

* À noter que tous les Caso ne saisissent pas sur support informatique l'ensemble des actes paramédicaux réalisés, les consultations sociales menées par les travailleurs sociaux (bénévoles et salariés) et instructions des dossiers CMU-AME. Ils détiennent cependant un comptage manuel leur permettant de valoriser l'ensemble de ces activités.

ANNEXE 4

ANALYSE PAR CASO

→ AIX-EN-PROVENCE

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
419	**1,4**	**1 153**	**2,9**	**409**	**2,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	63,6	265	62,0	18 250	62,0	18 515
Femmes	36,5	152	38,0	11 209	38,0	11 361
Âge moyen (années)	32,8		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	12,0	47	8,0	2 336	8,1	2 383
10-17 ans	4,4	17	4,7	1 360	4,7	1 377
18-29 ans	26,6	104	29,1	8 483	29,0	8 587
30-39 ans	20,7	81	27,5	8 023	27,4	8 104
40-49 ans	18,9	74	16,1	4 710	16,2	4 784
50 ans et plus	17,4	68	14,6	4 251	14,6	4 319
Patients mineurs	16,4	64	12,7	3 696	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	16,4	64	14,7	4 291	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	4,9	19	5,8	1 685	5,8	1 704
Nationalités						
Français	13,6	54	5,4	1 493	5,5	1 547
Étrangers	86,4	344	94,6	26 330	94,5	26 674
Groupe continental						
France	13,6	54	5,4	1 493	5,5	1 547
Union européenne	58,5	233	17,4	4 853	18,0	5 086
Europe (hors UE)	0	0	13,0	3 614	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	3,0	12	28,6	7 965	28,3	7 977
Maghreb	24,4	97	22,7	6 315	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0	0	4,7	1 304	4,6	1 304
Asie	0	0	4,1	1 129	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,5	2	4,1	1 142	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	54,3	216	11,2	3 104	11,8	3 320
France	13,6	54	5,4	1 493	5,5	1 547
Tunisie	8,8	35	5,2	1 434	5,2	1 469
Algérie	8,3	33	10,9	3 042	10,9	3 075
Maroc	7,3	29	6,2	1 726	6,2	1 755
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,0		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	30,7	85	38,0	8 848	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	19,1	53	31,4	7 325	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	26,3	73	14,7	3 419	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	17,0	47	11,3	2 629	11,4	2 676
10 ans et plus	6,9	19	4,6	1 064	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	5,8	19	8,1	2 006	8,1	2 025
Hébergé	27,0	88	59,8	14 754	59,3	14 842
Squat ou campement	51,5	168	13,0	3 217	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,7	51	19,1	4 713	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	12,2	32	24,6	5 145	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	29,0	76	50,5	10 554	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,5	4	4,1	857	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	57,3	150	20,8	4 334	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	57,2	188	26,0	6 438	26,3	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,5	5	1,0	241	1,0	246
Visa touriste	3,3	11	4,7	1 164	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	6,7	22	15,1	3 754	15,0	3 776
En situation irrégulière	31,3	103	53,2	13 207	53,0	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	0	0	7,6	2 207	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	20,8	64	21,2	4 994	21,2	5 058
AME	52,9	163	50,3	11 841	50,3	12 004
Droits autre pays européen	2,0	6	4,6	1 083	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	24,3	75	23,9	5 620	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	13,1	27	12,1	1 927	12,2	1 954
Droits non ouverts	86,9	179	87,9	13 955	87,8	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ AJACCIO

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
92	**0,3**	**213**	**0,5**	**92**	**2,3**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	76,4	68	61,9	18 447	62,0	18 515
Femmes	23,6	21	38,1	11 340	38,0	11 361
Âge moyen (années)	44,8		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	7,7	7	8,1	2 376	8,1	2 383
10-17 ans	2,2	2	4,7	1 375	4,7	1 377
18-29 ans	9,9	9	29,1	8 578	29,0	8 587
30-39 ans	13,2	12	27,4	8 092	27,4	8 104
40-49 ans	19,8	18	16,2	4 766	16,2	4 784
50 ans et plus	47,2	43	14,5	4 276	14,6	4 319
Patients mineurs	9,9	9	12,7	3 751	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	3,3	3	14,8	4 352	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	23,1	21	5,7	1 683	5,8	1 704
Nationalités						
Français	27,3	18	5,4	1 529	5,5	1 547
Étrangers	72,7	48	94,6	26 626	94,5	26 674
Groupe continental						
France	27,3	18	5,4	1 529	5,5	1 547
Union européenne	39,4	26	18,0	5 060	18,0	5 086
Europe (hors UE)	3,0	2	12,8	3 612	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	---	0	28,3	7 977	28,3	7 977
Maghreb	30,3	20	22,7	6 392	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	---	0	4,7	1 304	4,6	1 304
Asie	---	0	4,0	1 129	4,0	1 129
Océanie et Amériques	---	0	4,1	1 144	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
France	27,3	18	5,4	1 529	5,5	1 547
Roumanie	24,2	16	11,7	3 304	11,8	3 320
Tunisie	19,7	13	5,2	1 456	5,2	1 469
Maroc	9,1	6	6,2	1 749	6,2	1 755
Italie	4,6	3	0,6	178	0,6	181
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,3		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	---	0	37,9	8 933	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	28,6	2	31,3	7 376	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	71,4	5	14,8	3 487	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	---	0	11,4	2 676	11,4	2 676
10 ans et plus	---	0	4,6	1 083	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	11,1	6	8,1	2 019	8,1	2 025
Hébergé	27,8	15	59,4	17 827	59,3	14 842
Squat ou campement	1,8	1	13,6	3 384	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	59,3	32	18,9	4 732	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	---	0	24,5	5 177	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	---	0	50,2	10 630	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	100,0	1	4,1	860	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	---	0	21,2	4 484	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	96,0	24	26,3	6 602	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	---	0	1,0	246	1,0	246
Visa touriste	---	0	4,7	1 175	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	---	0	15,0	3 776	15,0	3 776
En situation irrégulière	4,0	1	53,0	13 309	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	---	0	7,5	2 207	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	42,2	19	21,2	5 039	21,2	5 058
AME	20,0	9	50,4	11 995	50,3	12 004
Droits autre pays européen	6,7	3	4,6	1 086	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	31,1	14	23,8	5 681	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	39,1	9	12,1	1 945	12,1	1 954
Droits non ouverts	60,9	14	87,9	14 120	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ ANGERS

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
546	**1,8**	**888**	**2,2**	**535**	**1,6**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,4	323	62,0	18 192	62,0	18 515
Femmes	40,6	221	38,0	11 140	38,0	11 631
Âge moyen (années)	28,0		33,4		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	15,1	81	7,9	2 302	8,1	2 383
10-17 ans	9,7	52	4,6	1 325	4,7	1 377
18-29 ans	27,6	148	29,1	8 439	29,0	8 587
30-39 ans	28,0	150	27,4	7 954	27,4	8 104
40-49 ans	12,1	65	16,3	4 719	16,2	4 784
50 ans et plus	7,4	40	14,7	4 279	14,6	4 319
Patients mineurs	24,8	133	12,5	3 627	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	16,2	87	14,7	4 268	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	3,5	19	5,8	1 685	5,8	1 704
Nationalités						
Français	5,9	32	5,5	1 515	5,5	1 547
Étrangers	94,1	511	94,5	26 163	94,5	26 674
Groupe continental						
France	5,9	32	5,5	1 515	5,5	1 547
Union européenne	6,6	36	18,3	5 050	18,0	5 086
Europe (hors UE)	22,3	121	12,6	3 493	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	49,7	270	27,8	7 707	28,3	7 977
Maghreb	11,6	63	23,0	6 349	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	1,3	7	4,7	1 297	4,6	1 304
Asie	2,4	13	4,0	1 116	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,2	1	4,1	1 143	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Somalie	9,0	49	0,1	30	0,3	79
Guinée	8,7	47	2,4	655	2,5	702
Érythrée	7,2	39	0,1	31	0,3	70
Soudan	7,0	38	0,2	44	0,3	82
Ex-Yougoslavie	6,6	36	3,7	1 028	3,8	1 064
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	0,7		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	70,6	337	37,2	8 596	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	15,1	72	31,6	7 306	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	7,8	37	15,0	3 455	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	5,0	24	11,5	2 652	11,4	2 676
10 ans et plus	1,5	7	4,7	1 076	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	6,8	33	8,1	1 992	8,1	2 025
Hébergé	38,2	186	59,8	14 656	59,3	14 842
Squat ou campement	5,3	26	13,7	3 359	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	49,7	242	18,4	4 522	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	15,7	57	24,6	5 120	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	29,0	105	50,6	10 525	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	5,3	19	4,1	842	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	50,0	181	20,7	4 303	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	38,3	176	26,1	6 450	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,2	1	1,0	245	1,0	246
Visa touriste	5,9	27	4,6	1 148	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	15,5	71	15,0	3 705	15,0	3 776
En situation irrégulière	40,1	184	53,2	13 126	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	12,8	64	7,4	2 143	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	22,0	86	21,2	4 972	21,2	5 058
AME	15,4	60	50,9	11 944	50,3	12 004
Droits autre pays européen	4,4	17	4,6	1 072	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	58,2	227	23,3	5 468	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	8,6	10	12,2	1 944	12,1	1 954
Droits non ouverts	91,4	107	87,8	14 027	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ BESANÇON

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
543	**1,8**	**1 099**	**2,7**	**534**	**2,1**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56,1	304	62,1	18 211	62,0	18 515
Femmes	43,9	238	37,9	11 123	38,0	11 631
Âge moyen (années)	29,6		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	16,0	85	7,9	2 298	8,1	2 383
10-17 ans	8,3	44	4,6	1 333	4,7	1 377
18-29 ans	26,7	142	29,1	8 445	29,0	8 587
30-39 ans	24,2	129	27,5	7 975	27,4	8 104
40-49 ans	12,0	64	16,3	4 720	16,2	4 784
50 ans et plus	12,8	68	14,6	4 251	14,6	4 319
Patients mineurs	24,2	129	12,5	3 631	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	17,3	92	14,7	4 263	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	4,5	24	5,8	1 680	5,8	1 704
Nationalités						
Français	11,7	61	5,4	1 486	5,5	1 547
Étrangers	88,3	460	94,6	26 214	94,5	26 674
Groupe continental						
France	11,7	61	5,4	1 486	5,5	1 547
Union européenne	13,2	69	18,1	5 017	18,0	5 086
Europe (hors UE)	52,2	272	12,1	3 342	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	13,6	71	28,5	7 906	28,3	7 977
Maghreb	6,1	32	23,0	6 380	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	2,3	12	4,7	1 292	4,6	1 304
Asie	0,6	3	4,1	1 126	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,2	1	4,1	1 143	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Ex-Yougoslavie	35,1	183	3,2	881	3,8	1 064
France	11,7	61	5,4	1 486	5,5	1 547
Roumanie	10,8	56	11,8	3 264	11,8	3 320
Albanie	6,0	31	2,3	643	2,4	674
Russie-Tchétchénie	4,0	21	2,2	617	2,3	638
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,1		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	73,7	319	37,2	8 614	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	13,4	58	31,7	7 320	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	3,9	17	15,0	3 475	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	6,2	27	11,5	2 649	11,4	2 676
10 ans et plus	2,8	12	4,6	1 071	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	5,7	28	8,1	1 997	8,1	2 025
Hébergé	42,6	211	59,7	14 631	59,3	14 842
Squat ou campement	5,7	28	13,7	3 357	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	46,0	228	18,5	4 536	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation(1)						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	2,4	9	24,9	5 168	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	20,9	80	50,8	10 550	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	36,0	138	3,5	723	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	40,7	156	20,8	4 328	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour(1)						
Pas besoin de titre de séjour(2)	40,4	203	26,1	6 423	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,6	3	1,0	243	1,0	246
Visa touriste	2,0	10	4,7	1 165	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	6,8	34	15,2	3 742	15,0	3 776
En situation irrégulière	50,2	252	53,0	13 058	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	14,7	79	7,4	2 128	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	19,5	96	21,2	4 962	21,2	5 058
AME	28,9	142	50,8	11 862	50,3	12 004
Droits autre pays européen	0,4	2	4,7	1 087	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	51,2	252	23,3	5 443	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) (1)						
Droits ouverts	31,2	74	11,9	1 880	12,1	1 954
Droits non ouverts	68,8	163	88,1	13 971	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ BORDEAUX

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
1 795	**6,0**	**2 352**	**5,8**	**1 253**	**1,9**	**511**	**13,9**	**246**	**2,1**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, ophtalmologie (en partenariat avec l'Unadev), entretiens psychologiques, psychiatrie et consultations d'une sage-femme

Caractéristiques des patients

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,9	948	62,5	17 567	62,0	18 515
Femmes	47,1	844	37,5	10 517	38,0	11 361
Âge moyen (années)	32,6		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	10,4	184	7,9	2 199	8,1	2 383
10-17 ans	4,8	84	4,7	1 293	4,7	1 377
18-29 ans	27,7	490	29,1	8 097	29,0	8 587
30-39 ans	25,3	448	27,5	7 656	27,4	8 104
40-49 ans	16,8	297	16,2	4 487	16,2	4 784
50 ans et plus	15,0	265	14,6	4 054	14,6	4 319
Patients mineurs	15,2	268	12,6	3 492	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	15,3	270	14,7	4 085	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	5,3	93	5,8	1 611	5,8	1 704
Nationalités						
Français	3,5	56	5,6	1 491	5,5	1 547
Étrangers	96,5	1 525	94,4	25 149	94,5	26 674
Groupe continental						
France	3,5	56	5,6	1 491	5,5	1 547
Union européenne	45,2	714	16,4	4 372	18,0	5 086
Europe (hors UE)	10,0	158	13,0	3 456	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	17,5	277	28,9	7 700	28,3	7 977
Maghreb	21,4	338	22,8	6 074	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0,4	7	4,9	1 297	4,6	1 304
Asie	0,9	14	4,2	1 115	4,0	1 129
Océanie et Amériques	1,1	17	4,2	1 127	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Bulgarie	36,2	573	1,0	257	2,9	830
Maroc	10,9	173	5,9	1 582	6,2	1 755
Algérie	8,3	131	11,1	2 944	10,9	3 075
Roumanie	4,2	67	12,2	3 253	11,8	3 320
Cameroun	3,9	61	4,0	1 064	4,0	1 125
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,0		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	51,5	710	37,1	8 223	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	28,2	389	31,5	6 989	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	12,1	167	15,0	3 325	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	6,5	90	11,7	2 586	11,4	2 676
10 ans et plus	1,7	24	4,8	1 059	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	10,0	134	8,0	1 891	8,1	2 025
Hébergé	42,2	563	60,3	14 279	59,3	14 842
Squat ou campement	29,2	390	12,7	2 995	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	18,6	248	19,0	4 516	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	26,4	279	24,4	4 898	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	43,5	459	50,6	10 171	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	9,9	104	3,8	757	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	20,2	213	21,2	4 271	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	47,9	649	25,1	5 977	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,9	12	1,0	234	1,0	246
Visa touriste	6,3	85	4,6	1 090	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	12,0	162	15,2	3 614	15,0	3 776
En situation irrégulière	32,9	446	54,1	12 864	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	4,2	74	7,7	2 133	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	14,5	169	21,6	4 889	21,2	5 058
AME	52,3	607	50,2	11 397	50,3	12 004
Droits autre pays européen	3,9	45	4,6	1 044	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	29,3	340	23,6	5 355	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	13,1	88	12,1	1 866	12,1	1 954
Droits non ouverts	86,9	585	87,9	13 549	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ CAYENNE

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
1 043	**3,5**	**1 129**	**2,8**	**807**	**1,4**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : kinésithérapie et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	45,3	472	62,6	18 043	62,0	18 515
Femmes	54,7	571	37,4	10 790	38,0	11 361
Âge moyen (années)	32,7		33,3		33,3	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8,9	93	8,0	2 290	8,1	2 383
– 10-17 ans	4,5	47	4,7	1 330	4,7	1 377
– 18-29 ans	28,0	291	29,1	8 296	29,0	8 587
– 30-39 ans	29,5	307	27,3	7 797	27,4	8 104
– 40-49 ans	16,0	167	16,2	4 617	16,2	4 784
– 50 ans et plus	13,1	136	14,7	4 183	14,6	4 319
Patients mineurs	13,5	140	12,7	3 620	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	12,8	133	14,8	4 222	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	5,7	59	5,8	1 645	5,8	1 704
Nationalités						
Français	2,6	27	5,6	1 520	5,5	1 547
Étrangers	97,4	1 015	94,4	25 659	94,5	26 674
Groupe continental						
France	2,6	27	5,6	1 520	5,5	1 547
Union européenne	0,7	7	18,7	5 079	18,0	5 086
Europe (hors UE)	---	0	13,3	3 614	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	9,2	96	29,0	7 881	28,3	7 977
Maghreb	0,1	1	23,6	6 411	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	---	0	4,8	1 304	4,6	1 304
Asie	---	0	4,1	1 129	4,0	1 129
Océanie et Amériques	87,4	911	0,9	233	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Haïti	39,6	413	0,1	14	1,5	427
Brésil	12,2	127	0,1	36	0,6	163
Pérou	8,8	92	0,1	32	0,4	124
Colombie	8,2	85	0,1	36	0,4	121
République Dominicaine	8,0	83	---	0	0,3	83
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,7		1,8		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	30,4	282	38,2	8 651	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	23,7	220	31,6	7 158	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	15,9	147	14,8	3 345	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	18,0	167	11,1	2 509	11,4	2 676
10 ans et plus	12,0	111	4,3	972	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	9,1	91	8,1	1 934	8,1	2 025
Hébergé	61,2	613	59,2	14 229	59,3	14 842
Squat ou campement	27,6	276	13,0	3 109	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	2,1	21	19,7	4 743	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	3,3	29	25,4	5 148	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	65,5	572	49,6	10 058	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	0,8	7	4,2	854	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	30,4	266	20,8	4 218	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	16,4	163	26,8	6 463	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,3	3	1,0	243	1,0	246
Visa touriste	1,2	12	4,8	1 163	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	45,3	451	13,8	3 325	15,0	3 776
En situation irrégulière	36,8	366	53,6	12 944	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	33,1	344	6,6	1 863	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	52,3	470	20,0	4 588	21,2	5 058
AME	36,6	329	50,9	11 675	50,3	12 004
Droits autre pays européen	0,3	3	4,7	1 086	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	10,8	97	24,4	5 598	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	5,5	42	12,5	1 912	12,1	1 954
Droits non ouverts	94,5	723	87,5	13 411	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ GRENOBLE

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
1 360	**4,5**	**2 094**	**5,1**	**1 145**	**1,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : kinésithérapie, ophtalmologie/optique, psychiatrie et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,3	806	62,1	17 709	62,0	18 515
Femmes	40,7	552	37,9	10 809	38,0	11 361
Âge moyen (années)	29,6		33,4		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	15,5	209	7,7	2 174	8,1	2 383
10-17 ans	6,4	86	4,6	1 291	4,7	1 377
18-29 ans	28,9	389	29,0	8 198	29,0	8 587
30-39 ans	24,2	326	27,6	7 778	27,4	8 104
40-49 ans	14,0	189	16,3	4 595	16,2	4 784
50 ans et plus	11,0	149	14,8	4 170	14,6	4 319
Patients mineurs	21,9	295	12,3	3 465	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	15,1	204	14,7	4 151	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	5,5	74	5,8	1 630	5,8	1 704
Nationalités						
Français	6,3	85	5,4	1 462	5,5	1 547
Étrangers	93,7	1 256	94,6	25 418	94,5	26 674
Groupe continental						
France	6,3	85	5,4	1 462	5,5	1 547
Union européenne	16,6	222	18,1	4 864	18,0	5 086
Europe (hors UE)	17,7	237	12,6	3 377	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	29,3	392	28,2	7 585	28,3	7 977
Maghreb	27,2	364	22,5	6 048	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	1,3	17	4,8	1 287	4,6	1 304
Asie	1,4	19	4,1	1 110	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,2	3	4,3	1 141	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Algérie	14,9	200	10,7	2 875	10,9	3 075
Ex-Yougoslavie	13,1	176	3,3	888	3,8	1 064
Roumanie	12,5	167	11,7	3 153	11,8	3 320
République Démocratique du Congo	9,2	123	0,9	232	1,3	355
Tunisie	8,7	117	5,0	1 352	5,2	1 469
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,7		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	42,5	474	37,7	8 459	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	27,7	309	31,5	7 069	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	14,2	159	14,8	3 333	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	12,1	135	11,3	2 541	11,4	2 676
10 ans et plus	3,5	39	4,7	1 044	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	9,6	122	8,0	1 903	8,1	2 025
Hébergé	54,0	683	59,6	14 159	59,3	14 842
Squat ou campement	10,7	135	13,7	3 250	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,7	326	18,7	4 438	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	16,4	163	24,9	5 014	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	41,5	412	50,7	10 218	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	2,1	21	4,2	840	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	40,0	397	20,3	4 087	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	31,6	413	26,1	6 213	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,8	23	0,9	223	1,0	246
Visa touriste	2,5	33	4,8	1 142	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	17,9	234	14,9	3 542	15,0	3 776
En situation irrégulière	46,2	604	53,3	12 706	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	12,8	171	7,3	2 036	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	19,5	250	21,3	4 808	21,2	5 058
AME	51,0	653	50,3	11 351	50,3	12 004
Droits autre pays européen	4,1	52	4,6	1 037	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	25,4	326	23,8	5 369	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	13,6	120	12,1	1 834	12,1	1 954
Droits non ouverts	86,4	763	87,9	13 371	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ LYON

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
3 284	**11,0**	**4 796**	**11,9**	**2 737**	**1,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : gynécologie, neurologie, ostéopathie, pédiatrie, psychiatrie, entretiens psychologiques et consultations d'une sage-femme

Caractéristiques des patients

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	51,0	1 673	63,3	16 842	62,0	18 515
Femmes	49,0	1 608	36,7	9 753	38,0	11 361
Âge moyen (années)	29,2		33,8		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	17,9	582	6,9	1 801	8,1	2 383
10-17 ans	8,2	264	4,2	1 113	4,7	1 377
18-29 ans	24,4	792	29,6	7 795	29,0	8 587
30-39 ans	23,1	750	27,9	7 354	27,4	8 104
40-49 ans	12,9	419	16,6	4 365	16,2	4 784
50 ans et plus	13,5	438	14,8	3 881	14,6	4 319
Patients mineurs	26,1	846	11,1	2 914	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	15,5	502	14,7	3 853	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	5,4	176	5,8	1 528	5,8	1 704
Nationalités						
Français	3,9	126	5,7	1 421	5,5	1 547
Étrangers	96,1	3 100	94,3	23 574	94,5	26 674
Groupe continental						
France	3,9	126	5,7	1 421	5,5	1 547
Union européenne	27,4	883	16,8	4 203	18,0	5 086
Europe (hors UE)	29,3	944	10,7	2 670	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	18,5	598	29,5	7 379	28,3	7 977
Maghreb	18,6	600	23,3	5 812	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	1,1	37	5,1	1 267	4,6	1 304
Asie	0,7	21	4,4	1 108	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,5	17	4,5	1 127	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	23,1	745	10,3	2 575	11,8	3 320
Albanie	12,3	397	1,1	277	2,4	674
Ex-Yougoslavie	11,5	372	2,8	692	3,8	1 064
Algérie	10,8	348	10,9	2 727	10,9	3 075
Tunisie	5,4	174	5,2	1 295	5,2	1 469
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,3		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	44,5	1 158	37,1	7 775	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	27,7	720	31,8	6 658	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	15,7	409	14,7	3 083	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	10,0	259	11,5	2 417	11,4	2 676
10 ans et plus	2,1	54	4,9	1 029	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	5,2	148	8,5	1 877	8,1	2 025
Hébergé	49,3	1 393	60,6	13 449	59,3	14 842
Squat ou campement	18,1	512	12,9	2 873	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	27,4	774	18,0	3 990	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	26,5	538	24,3	4 639	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	34,6	701	51,9	9 929	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	12,0	243	3,2	618	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	26,9	546	20,6	3 938	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	39,3	1 129	24,7	5 497	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,8	22	1,0	224	1,0	246
Visa touriste	6,6	191	4,4	984	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	17,6	505	14,7	3 271	15,0	3 776
En situation irrégulière	35,8	1 029	55,2	12 281	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	12,4	391	6,9	1 816	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	33,4	893	19,7	4 165	21,2	5 058
AME	46,5	1 243	50,8	10 761	50,3	12 004
Droits autre pays européen	3,7	99	4,7	990	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	16,4	438	24,8	5 257	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	14,3	285	11,9	1 669	12,1	1 954
Droits non ouverts	85,7	1 713	88,1	12 421	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ MARSEILLE

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
3 246	**10,8**	**5 091**	**12,6**	**2 808**	**1,8**	**444**	**12,1**	**267**	**1,7**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, gynécologie et ophtalmologie

Caractéristiques des patients

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	70,7	2 292	60,9	16 223	62,0	18 515
Femmes	29,3	948	39,1	10 413	38,0	11 361
Âge moyen (années)	33,5		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	7,9	252	8,1	2 131	8,1	2 383
10-17 ans	3,9	126	4,7	1 251	4,7	1 377
18-29 ans	29,6	951	29,0	7 636	29,0	8 587
30-39 ans	26,8	861	27,5	7 243	27,4	8 104
40-49 ans	17,0	546	16,1	4 238	16,2	4 784
50 ans et plus	14,8	474	14,6	3 845	14,6	4 319
Patients mineurs	11,8	378	12,8	3 382	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	12,2	393	15,0	3 962	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	4,9	156	5,9	1 548	5,8	1 704
Nationalités						
Français	8,4	270	5,1	1 277	5,5	1 547
Étrangers	91,6	2 928	94,9	23 746	94,5	26 674
Groupe continental						
France	8,4	270	5,1	1 277	5,5	1 547
Union européenne	15,0	480	18,4	4 606	18,0	5 086
Europe (hors UE)	8,6	276	13,3	3 338	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	19,2	615	29,4	7 362	28,3	7 977
Maghreb	46,1	1 473	19,7	4 939	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	1,4	45	5,0	1 259	4,6	1 304
Asie	0,7	21	4,4	1 108	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,6	18	4,5	1 126	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Algérie	28,7	918	8,6	2 157	10,9	3 075
Tunisie	11,0	351	4,5	1 118	5,2	1 469
Roumanie	10,3	330	12,0	2 990	11,8	3 320
Comores	8,6	276	0,9	224	1,8	500
France	8,4	270	5,1	1 277	5,5	1 547
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,8		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	38,0	1 059	37,9	7 874	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	30,0	837	31,5	6 541	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	15,8	441	14,7	3 051	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	12,5	348	11,2	2 328	11,4	2 676
10 ans et plus	3,7	102	4,7	981	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	10,2	309	7,8	1 716	8,1	2 025
Hébergé	61,2	1 851	59,1	12 991	59,3	14 842
Squat ou campement	10,6	321	13,9	3 064	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	18,0	546	19,2	4 218	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	31,4	837	23,5	4 340	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	52,2	1 392	50,0	9 238	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	4,3	114	4,0	747	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	12,1	324	22,5	4 160	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	25,0	759	26,5	5 867	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,8	24	1,0	222	1,0	246
Visa touriste	3,7	114	4,8	1 061	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	14,8	450	15,1	3 326	15,0	3 776
En situation irrégulière	55,7	1 692	52,6	11 618	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	3,5	111	8,0	2 096	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	16,8	501	21,8	4 557	21,2	5 058
AME	47,7	1 422	50,7	10 582	50,3	12 004
Droits autre pays européen	11,0	327	3,7	762	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	24,5	732	23,8	4 963	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	13,0	240	12,0	1 714	12,1	1 954
Droits non ouverts	87,0	1 602	88,0	12 532	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ MONTPELLIER

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
991	**3,3**	**942**	**2,3**	**700**	**1,3**	**506**	**13,7**	**266**	**1,9**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et ophtalmologie

Caractéristiques des patients

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	65,2	640	61,9	17 875	62,0	18 515
Femmes	34,8	341	38,1	11 020	38,0	11 361
Âge moyen (années)	35,0		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	4,7	45	8,2	2 338	8,1	2 383
10-17 ans	2,6	25	4,7	1 352	4,7	1 377
18-29 ans	30,9	294	29,0	8 293	29,0	8 587
30-39 ans	27,8	264	27,4	7 840	27,4	8 104
40-49 ans	18,0	171	16,1	4 613	16,2	4 784
50 ans et plus	16,0	152	14,6	4 167	14,6	4 319
Patients mineurs	7,4	70	12,9	3 690	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	18,1	172	14,6	4 183	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	7,2	68	5,7	1 636	5,8	1 704
Nationalités						
Français	14,7	138	5,2	1 409	5,5	1 547
Étrangers	85,3	802	94,8	25 872	94,5	26 674
Groupe continental						
France	14,7	138	5,2	1 409	5,5	1 547
Union européenne	25,2	237	17,8	4 849	18,0	5 086
Europe (hors UE)	3,1	29	13,1	3 585	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	10,9	102	28,9	7 875	28,3	7 977
Maghreb	43,6	410	22,0	6 002	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0,5	5	4,8	1 299	4,6	1 304
Asie	0,7	7	4,1	1 122	4,0	1 129
Océanie et Amériques	1,3	12	4,1	1 132	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Maroc	28,5	268	5,5	1 487	6,2	1 755
Roumanie	15,2	143	11,7	3 177	11,8	3 320
France	14,7	138	5,2	1 409	5,5	1 547
Algérie	13,1	123	10,8	2 952	10,9	3 075
Espagne	2,7	25	0,6	149	0,6	174
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,8		1,8		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	34,7	237	38,0	8 696	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	30,3	207	31,3	7 171	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	14,4	98	14,8	3 394	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	12,5	85	11,3	2 591	11,4	2 676
10 ans et plus	8,1	55	4,5	1 028	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	12,7	104	7,9	1 921	8,1	2 025
Hébergé	46,8	384	59,8	14 458	59,3	14 842
Squat ou campement	20,2	166	13,3	3 219	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,2	166	19,0	4 598	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	23,3	164	24,5	5 013	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	53,8	379	50,1	10 251	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,7	12	4,2	849	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	21,3	150	21,2	4 334	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	36,9	291	26,0	6 335	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,8	14	1,0	232	1,0	246
Visa touriste	8,0	63	4,6	1 112	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	15,2	120	15,0	3 656	15,0	3 776
En situation irrégulière	38,1	300	53,4	13 010	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,2	21	7,7	2 186	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	25,5	192	21,1	4 866	21,2	5 058
AME	47,9	361	50,4	11 643	50,3	12 004
Droits autre pays européen	8,0	60	4,5	1 029	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	18,6	140	24,0	5 555	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	16,6	81	12,0	1 873	12,1	1 954
Droits non ouverts	83,4	407	88,0	13 727	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ NANCY

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
508	**1,7**	**1 072**	**2,7**	**474**	**2,3**	**270**	**7,3**	**96**	**2,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,9	269	62,1	18 246	62,0	18 515
Femmes	47,1	239	37,9	11 122	38,0	11 361
Âge moyen (années)	34,1		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	10,7	54	8,0	2 329	8,1	2 383
10-17 ans	7,5	38	4,6	1 339	4,7	1 377
18-29 ans	26,3	133	29,1	8 454	29,0	8 587
30-39 ans	20,4	103	27,6	8 001	27,4	8 104
40-49 ans	14,0	71	16,2	4 713	16,2	4 784
50 ans et plus	21,1	107	14,5	4 212	14,6	4 319
Patients mineurs	18,2	92	12,6	3 668	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	15,6	79	14,7	4 276	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	10,5	53	5,7	1 651	5,8	1 704
Nationalités						
Français	12,7	64	5,4	1 483	5,5	1 547
Étrangers	87,3	441	94,6	26 233	94,5	26 674
Groupe continental						
France	12,7	64	5,4	1 483	5,5	1 547
Union européenne	26,3	133	17,8	4 953	18,0	5 086
Europe (hors UE)	7,1	36	12,9	3 578	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	12,9	65	28,6	7 912	28,3	7 977
Maghreb	38,8	196	22,4	6 216	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0,6	3	4,7	1 301	4,6	1 304
Asie	0,8	1	4,1	1 125	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,8	4	4,1	1 140	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Maroc	19,4	98	6,0	1 657	6,2	1 755
Roumanie	17,8	90	11,7	3 230	11,8	3 320
Algérie	17,8	90	10,8	2 985	10,9	3 075
France	12,7	64	5,4	1 483	5,5	1 547
Italie	4,0	20	0,6	161	0,6	181
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,3		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	41,9	178	37,8	8 755	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	20,5	87	31,5	7 291	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	13,6	58	14,9	3 434	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	18,8	80	11,2	2 596	11,4	2 676
10 ans et plus	5,2	22	4,6	1 061	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	24,7	122	7,8	1 903	8,1	2 025
Hébergé	54,2	267	59,4	14 575	59,3	14 842
Squat ou campement	15,8	78	13,5	3 307	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	5,3	26	19,3	4 738	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	9,8	40	24,8	5 137	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	73,6	299	49,8	10 331	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	0,3	1	4,1	860	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	16,3	66	21,3	4 418	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	38,2	179	26,2	6 447	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,1	5	1,0	241	1,0	246
Visa touriste	12,1	57	4,5	1 118	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	20,3	95	14,9	3 681	15,0	3 776
En situation irrégulière	28,3	133	53,4	13 177	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	1,6	8	7,6	2 199	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	21,7	104	21,2	4 954	21,2	5 058
AME	34,2	164	50,7	11 840	50,3	12 004
Droits autre pays européen	11,4	55	4,4	1 034	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	32,7	157	23,7	5 538	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	18,6	48	12,0	1 906	12,1	1 954
Droits non ouverts	81,4	210	88,0	13 924	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ NANTES

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
449	**1,5**	**569**	**1,4**	**391**	**1,5**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	51,1	229	62,1	18 286	62,0	18 515
Femmes	48,9	219	37,9	11 142	38,0	11 361
Âge moyen (années)	34,8		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	2,3	10	8,1	2 373	8,1	2 383
10-17 ans	4,5	20	4,7	1 357	4,7	1 377
18-29 ans	37,4	165	28,9	8 422	29,0	8 587
30-39 ans	23,1	102	27,5	8 002	27,4	8 104
40-49 ans	15,9	70	16,2	4 714	16,2	4 784
50 ans et plus	16,8	74	14,6	4 245	14,6	4 319
Patients mineurs	6,8	30	12,8	3 730	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	20,6	91	14,7	4 264	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	8,8	39	5,7	1 665	5,8	1 704
Nationalités						
Français	4,9	21	5,5	1 526	5,5	1 547
Étrangers	95,1	412	94,5	26 262	94,5	26 674
Groupe continental						
France	4,8	21	5,5	1 526	5,5	1 547
Union européenne	4,6	20	18,2	5 066	18,0	5 086
Europe (hors UE)	11,3	49	12,8	3 565	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	53,6	232	27,9	7 745	28,3	7 977
Maghreb	23,1	100	22,7	6 312	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0,5	2	4,7	1 302	4,6	1 304
Asie	1,4	6	4,0	1 123	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,7	3	4,1	1 141	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Algérie	15,0	65	10,8	3 010	10,9	3 075
Guinée	12,9	56	2,3	646	2,5	702
Nigéria	10,2	44	1,0	276	1,1	320
Cameroun	5,3	23	4,0	1 102	4,0	1 125
Russie-Tchétchénie	5,1	22	2,2	616	2,3	638
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,6		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	37,7	136	37,9	8 797	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	23,3	84	31,4	7 294	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	24,9	90	14,7	3 402	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	11,3	41	11,4	2 635	11,4	2 676
10 ans et plus	2,8	10	4,6	1 073	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	8,5	31	8,1	1 994	8,1	2 025
Hébergé	65,6	238	59,2	14 604	59,3	14 842
Squat ou campement	6,6	24	13,6	3 361	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,3	70	19,1	4 694	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	7,3	18	24,7	5 159	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	55,2	137	50,2	10 493	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,6	4	4,1	857	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	35,9	89	21,0	4 395	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	20,9	63	26,4	6 563	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,3	4	1,0	242	1,0	246
Visa touriste	17,2	52	4,5	1 123	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	18,9	57	15,0	3 719	15,0	3 776
En situation irrégulière	41,7	126	53,1	13 184	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	11,0	47	7,5	2 160	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	28,0	84	21,1	4 974	21,2	5 058
AME	39,7	119	50,5	11 885	50,3	12 004
Droits autre pays européen	4,3	13	4,6	1 076	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	28,0	84	23,8	5 611	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	40,9	76	11,8	1 878	12,1	1 954
Droits non ouverts	59,1	110	88,2	14 024	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ NICE

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
2 560	**8,5**	**2 737**	**6,8**	**1 508**	**1,8**	**1 041**	**28,3**	**466**	**2,2**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, kinésithérapie, ophtalmologie, psychiatrie et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57,4	1 468	62,4	17 047	62,0	18 515
Femmes	42,6	1 089	37,6	10 272	38,0	11 361
Âge moyen (années)	35,4		33,1		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	6,2	157	8,2	2 226	8,1	2 383
10-17 ans	3,4	87	4,8	1 290	4,7	1 377
18-29 ans	26,6	675	29,3	7 912	29,0	8 587
30-39 ans	28,2	718	27,3	7 386	27,4	8 104
40-49 ans	18,2	464	16,0	4 320	16,2	4 784
50 ans et plus	17,4	441	14,4	3 878	14,6	4 319
Patients mineurs	9,6	244	13,0	3 516	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	12,3	312	15,0	4 043	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	7,4	188	5,6	1 516	5,8	1 704
Nationalités						
Français	3,9	100	5,6	1 447	5,5	1 547
Étrangers	96,1	2 439	94,4	24 235	94,5	26 674
Groupe continental						
France	3,9	100	5,6	1 447	5,5	1 547
Union européenne	12,3	313	18,6	4 773	18,0	5 086
Europe (hors UE)	21,4	543	12,0	3 071	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	22,5	572	28,8	7 405	28,3	7 977
Maghreb	33,4	847	21,7	5 565	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	2,0	50	4,9	1 254	4,6	1 304
Asie	3,4	85	4,1	1 044	4,0	1 129
Océanie et Amériques	1,1	27	4,3	1 117	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	17,5	444	4,0	1 025	5,2	1 469
Russie-Tchétchénie	10,6	268	1,4	370	2,3	638
Maroc	8,1	205	6,0	1 550	6,2	1 755
Cap Vert	7,7	196	0,4	103	1,1	299
Algérie	7,1	179	11,3	2 896	10,9	3 075
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,0		1,8		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	24,5	583	39,4	8 350	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	29,0	688	31,6	6 690	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	20,6	488	14,2	3 004	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	18,4	438	10,6	2 238	11,4	2 676
10 ans et plus	7,5	177	4,3	906	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	16,2	403	7,2	1 622	8,1	2 025
Hébergé	70,4	1 751	58,1	13 091	59,3	14 842
Squat ou campement	2,8	71	14,7	3 314	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	10,6	263	20,0	4 501	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation(1)						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	5,9	133	26,7	5 044	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	75,4	1 704	47,2	8 926	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,6	36	4,4	825	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	17,1	386	21,7	4 098	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour(1)						
Pas besoin de titre de séjour(2)	16,1	401	27,5	6 225	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,5	38	0,9	208	1,0	246
Visa touriste	3,0	74	4,9	1 101	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	20,1	498	14,5	3 278	15,0	3 776
En situation irrégulière	59,3	1 472	52,2	11 838	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	13,7	350	6,9	1 857	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	26,2	656	20,6	4 402	21,2	5 058
AME	57,2	1 430	49,5	10 574	50,3	12 004
Droits autre pays européen	4,2	105	4,6	984	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	12,4	311	25,2	5 384	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) (1)						
Droits ouverts	11,9	239	12,2	1 715	12,1	1 954
Droits non ouverts	88,1	1 778	87,8	12 356	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ PARIS

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
3 372	**11,3**	**5 324**	**13,1**	**2 856**	**1,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie, gynécologie, ophtalmologie/optique et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,3	2 000	62,3	16 515	62,0	18 515
Femmes	40,7	1 372	37,7	9 989	38,0	11 361
Âge moyen (années)	36,2		32,9		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	3,9	132	8,6	2 251	8,1	2 383
10-17 ans	4,1	136	4,7	1 241	4,7	1 377
18-29 ans	27,3	920	29,3	7 667	29,0	8 587
30-39 ans	28,3	952	27,3	7 152	27,4	8 104
40-49 ans	17,9	604	16,0	4 180	16,2	4 784
50 ans et plus	18,5	624	14,1	3 695	14,6	4 319
Patients mineurs	8,0	268	13,3	3 492	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	13,5	456	14,9	3 889	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	8,3	280	5,4	1 424	5,8	1 704
Nationalités						
Français	0,6	20	6,1	1 527	5,5	1 547
Étrangers	99,4	3 268	93,9	23 406	94,5	26 674
Groupe continental						
France	0,6	20	6,1	1 527	5,5	1 547
Union européenne	4,0	132	19,9	4 954	18,0	5 086
Europe (hors UE)	8,0	264	13,4	3 350	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	63,5	2 088	23,6	5 889	28,3	7 977
Maghreb	14,1	464	23,9	5 948	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	2,3	76	4,9	1 228	4,6	1 304
Asie	5,5	180	3,8	949	4,0	1 129
Océanie et Amériques	2,0	64	4,3	1 080	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Cameroun	16,7	548	2,3	577	4,0	1 125
Mali	14,7	484	2,3	560	3,7	1 044
Côte d'Ivoire	10,2	336	2,7	680	3,6	1 016
Algérie	7,8	256	11,3	2 819	10,9	3 075
Guinée	5,2	172	2,1	530	2,5	702
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,1		1,8		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	35,7	1 148	38,3	7 785	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	37,1	1 192	30,4	6 186	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	10,3	332	15,5	3 160	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	10,1	324	11,6	2 352	11,4	2 676
10 ans et plus	6,8	220	4,2	863	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	3,0	96	8,8	1 929	8,1	2 025
Hébergé	72,7	2 324	57,4	12 518	59,3	14 842
Squat ou campement	4,0	128	14,9	3 257	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,3	648	18,9	4 116	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	27,1	816	24,0	4 361	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	55,0	1 660	49,5	8 970	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	0,8	24	4,6	837	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	17,1	516	21,9	3 968	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	10,2	328	28,7	6 298	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,3	8	1,1	238	1,0	246
Visa touriste	4,5	144	4,7	1 031	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	10,3	332	15,7	3 444	15,0	3 776
En situation irrégulière	74,7	2 396	49,8	10 914	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	6,1	200	7,7	2 007	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	12,3	388	22,6	4 670	21,2	5 058
AME	54,7	1 732	49,7	10 272	50,3	12 004
Droits autre pays européen	1,9	60	5,0	1 029	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	31,1	984	22,8	4 711	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	15,6	320	11,6	1 634	12,1	1 954
Droits non ouverts	84,3	1 728	88,4	12 406	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ PAU

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
305	**1,0**	**656**	**1,6**	**303**	**2,2**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,0	180	62,0	18 335	62,0	18 515
Femmes	41,0	125	38,0	11 236	38,0	11 361
Âge moyen (années)	32,5		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	10,2	31	8,0	2 352	8,1	2 383
10-17 ans	7,6	23	4,6	1 354	4,7	1 377
18-29 ans	24,4	74	29,1	8 513	29,0	8 587
30-39 ans	23,1	70	27,5	8 034	27,4	8 104
40-49 ans	17,8	54	16,2	4 730	16,2	4 784
50 ans et plus	16,9	51	14,6	4 268	14,6	4 319
Patients mineurs	17,8	54	12,7	3 706	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	16,8	51	14,7	4 304	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	2,3	7	5,8	1 697	5,8	1 704
Nationalités						
Français	30,9	92	5,2	1 455	5,5	1 547
Étrangers	69,1	206	94,8	26 468	94,5	26 674
Groupe continental						
France	30,9	92	5,2	1 455	5,5	1 547
Union européenne	18,5	55	18,0	5 031	18,0	5 086
Europe (hors UE)	19,8	59	12,7	3 555	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	16,1	48	28,4	7 929	28,3	7 977
Maghreb	12,4	37	22,8	6 375	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0,7	2	4,7	1 302	4,6	1 304
Asie	0,3	1	4,0	1 128	4,0	1 129
Océanie et Amériques	1,3	4	4,1	1 140	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
France	30,9	92	5,2	1 455	5,5	1 547
Russie-Tchétchénie	9,1	27	2,2	611	2,3	638
Roumanie	7,4	22	11,8	3 298	11,8	3 320
Maroc	7,4	22	6,2	1 733	6,2	1 755
Algérie	4,0	12	11,0	3 063	10,9	3 075
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	50,3	102	37,8	8 831	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	17,7	36	31,4	7 342	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	12,8	26	14,8	3 466	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	13,3	27	11,4	2 649	11,4	2 676
10 ans et plus	5,9	12	4,6	1 071	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	18,7	54	8,0	1 971	8,1	2 025
Hébergé	53,6	155	59,4	14 687	59,3	14 842
Squat ou campement	4,2	12	13,6	3 373	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	23,5	68	19,0	4 696	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation(1)						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	14,2	34	24,6	5 143	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	47,1	113	50,3	10 517	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	9,2	22	4,0	839	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	29,6	71	21,1	4 413	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour(1)						
Pas besoin de titre de séjour(2)	54,3	157	26,0	6 469	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	4,2	12	1,0	234	1,0	246
Visa touriste	5,9	17	4,7	1 158	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	13,8	40	15,0	3 736	15,0	3 776
En situation irrégulière	21,8	63	53,3	13 247	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	10,4	31	7,5	2 176	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	46,4	134	20,9	4 924	21,2	5 058
AME	29,4	85	50,6	11 919	50,3	12 004
Droits autre pays européen	4,1	12	4,6	1 077	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	20,1	58	23,9	5 637	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) (1)						
Droits ouverts	21,8	45	12,0	1 909	12,1	1 954
Droits non ouverts	78,2	161	88,0	13 973	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ ROUEN

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
629	**2,1**	**987**	**2,5**	**608**	**1,6**	**35**	**1,0**	**34**	**1,0**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et gynécologie

Caractéristiques des patients

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,8	376	62,0	18 139	62,0	18 515
Femmes	40,2	253	38,0	11 108	38,0	11 361
Âge moyen (années)	33,8		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	7,3	45	8,1	2 338	8,1	2 383
10-17 ans	3,4	21	4,7	1 356	4,7	1 377
18-29 ans	32,3	200	29,0	8 387	29,0	8 587
30-39 ans	28,4	176	27,4	7 928	27,4	8 104
40-49 ans	11,5	71	16,3	4 716	16,2	4 784
50 ans et plus	17,1	106	14,5	4 213	14,6	4 319
Patients mineurs	10,7	66	12,8	3 694	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	17,1	106	14,7	4 249	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	7,1	44	5,7	1 660	5,8	1 704
Nationalités						
Français	9,3	58	5,4	1 489	5,5	1 547
Étrangers	90,7	564	94,6	26 110	94,5	26 674
Groupe continental						
France	9,3	58	5,4	1 489	5,5	1 547
Union européenne	11,9	74	18,2	5 012	18,0	5 086
Europe (hors UE)	3,4	21	13,0	3 593	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	33,4	208	28,2	7 769	28,3	7 977
Maghreb	38,3	238	22,4	6 174	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	2,4	15	4,7	1 289	4,6	1 304
Asie	1,0	6	4,1	1 123	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,3	2	4,1	1 142	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Algérie	16,9	105	10,8	2 970	10,9	3 075
Congo-Brazzaville	10,5	65	1,5	413	1,7	478
Tunisie	10,5	65	5,1	1 404	5,2	1 469
Roumanie	9,8	61	11,8	3 259	11,8	3 320
France	9,3	58	5,4	1 489	5,5	1 547
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,1		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	54,9	269	37,5	8 664	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	26,7	131	31,4	7 247	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	8,8	43	15,0	3 449	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	6,5	32	11,5	2 644	11,4	2 676
10 ans et plus	3,1	15	4,6	1 068	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	11,6	63	8,0	1 962	8,1	2 025
Hébergé	54,5	312	59,4	14 530	59,3	14 842
Squat ou campement	6,6	36	13,7	3 349	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	24,3	132	18,9	4 632	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	12,4	59	24,8	5 118	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	59,9	285	50,0	10 345	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	6,3	30	4,0	831	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	21,4	102	21,2	4 382	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	26,1	147	26,4	6 479	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,5	3	1,0	243	1,0	246
Visa touriste	10,5	59	4,5	1 116	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	20,6	116	14,9	3 660	15,0	3 776
En situation irrégulière	42,3	238	53,2	13 072	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	7,3	43	7,5	2 164	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	29,4	165	21,0	4 893	21,2	5 058
AME	29,4	165	50,9	11 839	50,3	12 004
Droits autre pays européen	2,6	15	4,6	1 074	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	38,6	217	23,5	5 478	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	8,3	26	12,2	1 928	12,1	1 954
Droits non ouverts	91,7	288	87,8	13 846	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ SAINT-DENIS

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
6 471	**21,6**	**5 856**	**14,5**	**3 861**	**1,5**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire (en partenariat), ophtalmologie, entretiens psychologiques et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	72,9	4 688	59,0	13 827	62,0	18 515
Femmes	27,1	1 746	41,0	9 615	38,0	11 631
Âge moyen (années)	33,2		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	3,4	217	9,3	2 166	8,1	2 383
10-17 ans	2,6	164	5,2	1 213	4,7	1 377
18-29 ans	35,8	2 272	27,2	6 315	29,0	8 587
30-39 ans	32,0	2 035	26,2	6 069	27,4	8 104
40-49 ans	16,2	1 031	16,2	3 753	16,2	4 784
50 ans et plus	10,0	637	15,9	3 682	14,6	4 319
Patients mineurs	6,0	381	14,6	3 379	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	15,9	1 012	14,4	3 343	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	2,9	181	6,6	1 523	5,8	1 704
Nationalités						
Français	0,4	22	6,7	1 525	5,5	1 547
Étrangers	99,6	5 508	93,3	21 166	94,5	26 674
Groupe continental						
France	0,4	22	6,7	1 525	5,5	1 547
Union européenne	17,4	963	18,2	4 123	18,0	5 086
Europe (hors UE)	7,3	405	14,2	3 209	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	34,4	1 901	26,8	6 076	28,3	7 977
Maghreb	9,1	502	26,0	5 910	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	18,2	1 006	1,3	298	4,6	1 304
Asie	12,6	698	1,9	431	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,6	33	4,9	1 111	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	16,3	903	10,7	2 417	11,8	3 320
Pakistan	15,7	868	0,2	53	3,3	921
Inde	10,4	576	0,2	45	2,2	621
Côte d'Ivoire	9,0	496	2,3	520	3,6	1 016
Mali	8,3	456	2,6	588	3,7	1 044
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,4		2,0		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	27,1	1 144	40,3	7 789	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	45,2	1 913	28,3	5 465	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	16,0	677	14,6	2 815	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	8,7	367	11,9	2 309	11,4	2 676
10 ans et plus	3,0	127	4,9	956	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	2,5	105	9,2	1 920	8,1	2 025
Hébergé	67,7	2 807	57,7	12 035	59,3	14 842
Squat ou campement	19,5	808	12,3	2 577	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	10,3	425	20,8	4 339	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	43,8	1 659	20,3	3 518	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	43,7	1 657	51,7	8 973	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,2	46	4,7	815	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	11,3	427	23,4	4 057	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	13,6	578	29,0	6 048	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,7	29	1,0	217	1,0	246
Visa touriste	2,0	85	5,2	1 090	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	6,5	276	16,8	3 500	15,0	3 776
En situation irrégulière	77,2	3 272	48,0	10 038	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,0	129	9,1	2 078	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	9,0	358	23,7	4 700	21,2	5 058
AME	66,8	2 669	47,0	9 335	50,3	12 004
Droits autre pays européen	2,6	103	5,0	986	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	21,7	866	24,3	4 829	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	2,4	68	14,3	1 886	12,1	1 954
Droits non ouverts	97,6	2 815	85,7	11 319	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ STRASBOURG

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
1 036	**3,5**	**2 022**	**4,9**	**817**	**2,4**	**869**	**23,6**	**312**	**2,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, gynécologie, podologie, entretiens psychologiques et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	64,4	666	61,9	17 849	62,0	18 515
Femmes	35,6	368	38,1	10 993	38,0	11 361
Âge moyen (années)	35,6		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	7,6	78	8,1	2 305	8,1	2 383
10-17 ans	10,4	106	4,4	1 271	4,7	1 377
18-29 ans	19,5	200	29,4	8 387	29,0	8 587
30-39 ans	24,2	248	27,5	7 856	27,4	8 104
40-49 ans	16,7	171	16,2	4 613	16,2	4 784
50 ans et plus	21,6	221	14,4	4 098	14,6	4 319
Patients mineurs	18,0	184	12,5	3 576	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	13,5	138	14,8	4 217	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	10,2	104	5,6	1 600	5,8	1 704
Nationalités						
Français	3,5	32	5,6	1 515	5,5	1 547
Étrangers	96,5	882	94,4	25 792	94,5	26 674
Groupe continental						
France	3,5	32	5,6	1 515	5,5	1 547
Union européenne	29,5	269	17,6	4 817	18,0	5 086
Europe (hors UE)	10,9	99	12,9	3 515	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	20,3	185	28,5	7 792	28,3	7 977
Maghreb	32,2	294	22,4	6 118	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	1,1	10	4,7	1 294	4,6	1 304
Asie	1,6	15	4,1	1 114	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,9	8	4,2	1 136	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Algérie	19,6	179	10,6	2 896	10,9	3 075
Roumanie	17,9	164	11,6	3 156	11,8	3 320
Maroc	10,9	100	6,1	1 655	6,2	1 755
Cameroun	6,4	58	3,9	1 067	4,0	1 125
Ex-Yougoslavie	4,8	44	3,7	1 020	3,8	1 064
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,8		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	46,3	397	37,6	8 536	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	24,4	209	31,6	7 169	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	13,7	117	14,9	3 375	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	11,4	98	11,3	2 578	11,4	2 676
10 ans et plus	4,2	36	4,6	1 047	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	8,3	73	8,1	1 952	8,1	2 025
Hébergé	51,9	457	59,6	14 385	59,3	14 842
Squat ou campement	16,4	145	13,4	3 240	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	23,4	206	18,9	4 558	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	29,7	214	24,3	4 963	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	46,0	332	50,4	10 298	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	2,1	15	4,1	846	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	22,2	160	21,2	4 324	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	40,5	353	25,9	6 273	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,8	16	0,9	230	1,0	246
Visa touriste	7,1	62	4,6	1 113	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	11,4	99	15,2	3 677	15,0	3 776
En situation irrégulière	39,2	342	53,4	12 968	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	4,4	44	7,6	2 163	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	15,9	131	21,4	4 927	21,2	5 058
AME	46,4	384	50,5	11 620	50,3	12 004
Droits autre pays européen	8,1	67	4,4	1 022	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	29,6	245	23,7	5 450	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	7,1	33	12,3	1 921	12,1	1 954
Droits non ouverts	92,9	431	87,7	13 703	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ TOULOUSE

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	Nb de cs dentaires	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient
929	**3,1**	**942**	**2,3**	**621**	**1,5**	**9**	**0,2**	**9**	**1**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, entretiens psychologiques et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	64,7	596	61,9	17 919	62,0	18 515
Femmes	35,3	325	38,1	11 036	38,0	11 361
Âge moyen (années)	36,7		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	4,8	44	8,2	2 339	8,1	2 383
10-17 ans	2,0	18	4,7	1 359	4,7	1 377
18-29 ans	25,1	228	29,2	8 359	29,0	8 587
30-39 ans	31,1	283	27,3	7 821	27,4	8 104
40-49 ans	18,8	171	16,1	4 613	16,2	4 784
50 ans et plus	18,2	166	14,5	4 153	14,6	4 319
Patients mineurs	6,8	62	12,9	3 698	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	12,1	110	14,8	4 245	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	8,4	76	5,7	1 628	5,8	1 704
Nationalités						
Français	12,9	114	5,2	1 433	5,5	1 547
Étrangers	87,1	770	94,8	25 904	94,5	26 674
Groupe continental						
France	12,9	114	5,2	1 433	5,5	1 547
Union européenne	18,0	159	18,0	4 927	18,0	5 086
Europe (hors UE)	9,9	87	12,9	3 527	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	24,0	212	28,4	7 765	28,3	7 977
Maghreb	28,4	250	22,6	6 162	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	1,0	9	4,8	1 295	4,6	1 304
Asie	4,1	36	4,0	1 093	4,0	1 129
Océanie et Amériques	1,7	15	4,1	1 129	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
Algérie	18,1	160	10,7	2 915	10,9	3 075
France	12,9	114	5,2	1 433	5,5	1 547
Maroc	7,5	66	6,2	1 689	6,2	1 755
Roumanie	6,1	54	12,0	3 266	11,8	3 320
République démocratique du Congo	4,3	38	1,2	317	1,3	355
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	42,8	274	37,8	8 659	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	24,2	155	31,5	7 223	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	14,5	93	14,8	3 399	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	12,4	79	11,3	2 597	11,4	2 676
10 ans et plus	6,1	39	4,6	1 044	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	6,9	50	8,1	1 975	8,1	2 025
Hébergé	59,2	427	59,3	14 415	59,3	14 842
Squat ou campement	7,9	57	13,7	3 328	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	26,0	187	18,9	4 577	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	15,1	87	24,7	5 090	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	41,1	237	50,5	10 393	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	3,5	20	4,1	841	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	40,3	232	20,7	4 252	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	29,4	223	26,3	6 403	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	3,0	23	0,9	223	1,0	246
Visa touriste	8,8	64	4,6	1 111	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	24,7	187	14,7	3 589	15,0	3 776
En situation irrégulière	34,4	261	53,5	13 049	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	10,7	97	7,4	2 110	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	38,0	249	20,8	4 809	21,2	5 058
AME	36,6	240	50,7	11 764	50,3	12 004
Droits autre pays européen	6,5	43	4,5	1 046	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	18,9	124	24,0	5 571	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	26,7	113	11,8	1 841	12,1	1 954
Droits non ouverts	73,3	310	88,2	13 824	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

→ VALENCIENNES

Activité 2013

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient
382	**1,3**	**625**	**1,6**	**368**	**1,7**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	66,1	252	38,1	11 232	62,0	18 515
Femmes	33,9	129	61,9	18 263	38,0	11 361
Âge moyen (années)	33,3		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 10 ans	8,1	30	8,1	2 353	8,1	2 383
10-17 ans	4,6	17	4,7	1 360	4,7	1 377
18-29 ans	29,6	110	29,0	8 477	29,0	8 587
30-39 ans	23,9	89	27,5	8 015	27,4	8 104
40-49 ans	18,0	67	16,1	4 717	16,2	4 784
50 ans et plus	15,8	59	14,6	4 260	14,6	4 319
Patients mineurs	12,6	47	12,7	3 713	12,7	3 760
Les jeunes de 16-24 ans	21,5	80	14,7	4 275	14,7	4 355
Les patients de 60 ans et plus	6,2	23	5,8	1 681	5,8	1 704
Nationalités						
Français	44,6	157	5,0	1 390	5,5	1 547
Étrangers	55,4	195	95,0	26 479	94,5	26 674
Groupe continental						
France	44,6	157	5,0	1 390	5,5	1 547
Union européenne	17,3	61	18,0	5 025	18,0	5 086
Europe (hors UE)	3,4	12	12,9	3 602	12,8	3 614
Afrique subsaharienne	9,4	33	28,5	7 944	28,3	7 977
Maghreb	24,4	86	22,7	6 326	22,7	6 412
Proche et Moyen-Orient	0,3	1	4,7	1 303	4,6	1 304
Asie	---	0	4,1	1 129	4,0	1 129
Océanie et Amériques	0,6	2	4,1	1 142	4,1	1 144
Nationalités les plus représentées						
France	44,6	157	5,0	1 390	5,5	1 547
Roumanie	13,9	49	11,7	3 271	11,8	3 320
Algérie	13,1	46	10,9	3 029	10,9	3 075
Maroc	9,9	35	6,2	1 720	6,2	1 755
Congo-Brazzaville	2,3	8	1,7	470	1,7	478
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,6		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	50,0	41	37,9	8 892	37,9	8 933
3 mois à moins de 1 an	19,5	16	31,3	7 362	31,3	7 378
1 an à moins de 3 ans	18,3	15	14,8	3 477	14,8	3 492
3 ans à moins de 10 ans	9,8	8	11,4	2 668	11,4	2 676
10 ans et plus	2,4	2	4,6	1 081	4,6	1 083

Logement et domiciliation

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	13,1	34	8,0	1 991	8,1	2 025
Hébergé	45,2	117	59,5	14 725	59,3	14 842
Squat ou campement	1,2	3	13,7	3 382	13,5	3 385
Sans logement ou hébergement d'urgence	40,5	105	18,8	4 659	19,1	4 764
Situation vis-à-vis de la domiciliation[1]						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	9,9	9	24,5	5 168	24,5	5 177
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	33,0	30	50,3	10 600	50,2	10 630
Domiciliation réalisée par un CCAS	---	0	4,1	861	4,1	861
Domiciliation réalisée par une association	57,1	52	21,1	4 432	21,2	4 484

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour[1]						
Pas besoin de titre de séjour[2]	73,4	202	25,8	6 424	26,4	6 626
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,4	1	1,0	245	1,0	246
Visa touriste	5,5	15	4,7	1 160	4,7	1 175
Titre séjour valide ou RDV préfecture	9,8	27	15,1	3 749	15,0	3 776
En situation irrégulière	10,9	30	53,4	13 280	52,9	13 310
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	0,8	3	7,6	2 204	7,5	2 207

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)
(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	57,0	49	21,1	5 009	21,2	5 058
AME	31,4	27	50,4	11 977	50,3	12 004
Droits autre pays européen	2,3	2	4,6	1 087	4,6	1 089
Ne relève d'aucun dispositif	9,3	8	23,9	5 687	23,9	5 695
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) [1]						
Droits ouverts	17,5	10	12,1	1 944	12,1	1 954
Droits non ouverts	82,5	47	87,9	14 087	87,9	14 134

(1) Les personnes relevant de la CMUc mais n'ayant que la couverture de base sont considérées comme n'ayant pas de droits ouverts

MÉDECINS DU MONDE
Direction des missions France
Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62, rue Marcadet – 75018
Tél : 01 44 92 16 01
Fax : 01 44 92 99 92
dmf@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

CONCEPTION GRAPHIQUE ET RÉALISATION
Christel Andrieu
c.andrieu@orsmip.org

CONCEPTION GRAPHIQUE COUVERTURE
Aurore Voet
aurore.voet@medecinsdumonde.net

RELECTURE
Thérèse Benoit
theresebenoit@gmail.com

PHOTO DE COUVERTURE
© Régis Dondain

IMPRESSION
Imprimerie Payard
41, 43 rue Blazy
91260 Juvisy Sur orge
Tél : 01 69 21 58 07
www.imprimerie-payard.fr

PUBLICATION
Médecins du Monde octobre 2014

EN COLLABORATION AVEC