

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE
EN FRANCE



RAPPORT
20
19



SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| ÉDITO..... | 4 |
| RÉSUMÉ..... | 6 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS..... | 12 |
| LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE FRANCE EN 2019 | 15 |

CHAPITRE 1 PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2019 21

| | |
|--|-----------|
| CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES REÇUES | 22 |
| Une population jeune, confrontée à des conditions de vie particulièrement difficiles..... | 22 |
| <i>Les conséquences du manque d'hébergement sur les personnes précaires et leur prise en charge par les équipes MdM : témoignage de la coordinatrice du Caso de Nice</i> | <i>27</i> |
| <i>La démarche contentieuse pour défendre l'inconditionnalité de l'accueil en hébergement d'urgence</i> | <i>28</i> |
| Les personnes en situation irrégulière..... | 29 |
| Les demandeurs d'asile..... | 32 |
| Des mineurs en danger | 35 |
| <i>Le fichage des MNA : atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant</i> | <i>40</i> |

CHAPITRE 2 ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2019 43

| | |
|---|-----------|
| 1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES | 44 |
| 2. SOUFFRANCE ET TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES ACCUEILLIES..... | 49 |
| <i>La thérapie communautaire intégrative comme réponse adaptée à l'amélioration du repérage et de la prise en charge de la souffrance psychosociale chez les personnes exilées : exemple de pratique au Caso de Grenoble.....</i> | <i>53</i> |
| 3. DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE POUR AGIR EN FAVEUR DE LA SANTÉ..... | 55 |
| Santé et droits sexuels et reproductifs : une précarité lourde de conséquences sur la santé des femmes..... | 55 |
| <i>Des femmes enceintes ou ayant récemment accouché sans solution d'hébergement, un phénomène encore peu connu en France : témoignage de la situation à Nantes</i> | <i>58</i> |
| <i>Inclure une approche genre dans les actions menées par l'association en France : exemple de la délégation Midi-Pyrénées de MdM.....</i> | <i>59</i> |
| Le dépistage et la prévention des maladies infectieuses : un accès encore insuffisant aux dispositifs de prévention..... | 61 |

CHAPITRE 3 L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROITS COMMUN 67

| | |
|--|-----------|
| 1. DES DROITS THÉORIQUES AUX DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE CHEZ LES PERSONNES ACCUEILLIES | 68 |
| <i>Création de la complémentaire santé solidaire</i> | <i>69</i> |
| <i>Centralisation de l'instruction des demandes d'AME : garantie d'un meilleur traitement des demandes ou durcissement supplémentaire ?.....</i> | <i>73</i> |
| <i>Transparence des règles du jeu par la Cnam : «Marre du pipeau, on veut les lettres-réseaux !»..</i> | <i>75</i> |
| 2. UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPLEXE QUI FREINE L'ACCÈS EFFECTIF AUX SOINS | 78 |
| | |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 84 |
| ANNEXES..... | 89 |

ÉDITO

Pour ce vingtième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins et les 40 ans d'existence de Médecins du Monde, nous aurions espéré une amélioration sur le front de la santé des plus précarisés.e.s. Malheureusement, il n'en est rien. Le baromètre du climat social, qui guide le choix de nos zones d'intervention en métropole et en Outre-mer, s'est affolé devant le « *gros temps* » qui persiste. En effet, nos programmes et nos actions se sont inscrits dans un contexte politique, économique et social difficile qui s'est dégradé et durci. Les inégalités se sont creusées et le taux de pauvreté reste à un niveau élevé ; la crise du système de santé dans son ensemble s'est aggravée ; l'Europe a continué à se barricader et à criminaliser les ONG, interdites de sauvetage en mer ; l'invisibilité des exilés, refoulés toujours plus loin des regards et des villes, s'est renforcée.

4

Et le constat est tout aussi amer sur le front des droits. Vingt ans après sa création, la Couverture maladie universelle (CMU) n'est toujours pas inclusive pour l'ensemble des populations vivant sur le territoire français et les chances de parvenir à l'accès inconditionnel et au droit universel à la santé n'ont fait que s'amenuiser. Ainsi, de nouvelles attaques ont été menées en 2019 contre les droits à la santé des étrangers sans titre de séjour (AME) et contre les droits des demandeurs d'asile. Aucun gouvernement n'était allé aussi loin dans leur remise en cause. Médecins du Monde dénonce fermement ce qui relève de l'instrumentalisation stratégique et idéologique de la santé, à seule fin de durcir les politiques migratoires, au détriment de l'inconditionnalité du droit à être soigné et de la santé publique.

Par ailleurs, la profonde crise de gouvernance et de perte de sens de l'hôpital public s'est accentuée en 2019, sans réponse de la puissance publique et ce malgré la mobilisation inédite des personnels soignants. Nous continuons à déplorer le sous-calibrage, voire le détricotage des structures d'accueil et de prise en charge médico-sociale de premier recours, à l'hôpital comme en ville, pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Il était trop tôt, dans ce rapport, pour dresser nos constats sur l'impact de l'épidémie de la Covid-19, cette crise sanitaire inédite qui a violemment impacté la santé des populations les plus vulnérables et laisse déjà entrevoir la gravité de la crise globale à venir. Mais les observations brutes, pour ne pas dire brutales, que ce rapport pointe nous poussent à exiger d'urgence des solutions durables pour les personnes précarisées.

Ces constats illustrent le refus politique d'agir sur des leviers véritablement efficaces et de mettre en œuvre les moyens à la hauteur d'enjeux centraux de santé publique et de vivre-ensemble. Dans ce contexte dégradé, Médecins du Monde, comme de nombreuses autres associations, s'interroge sur le rôle que certains acteurs publics semblent vouloir lui donner. Nous n'avons pas vocation à devenir, par substitution, un « *service public des pauvres* ». C'est à l'État et à lui seul de garantir l'égalité de tous et toutes devant la santé.

Patrick Bouffard
Membre du conseil d'administration
Médecins du Monde

RÉSUMÉ

➤ **En 2019, Médecins du Monde (MdM) compte 59 programmes en France dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. L'objectif est de promouvoir ou faciliter leur accès aux droits et aux soins. Nos équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurant la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.**

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

En 2019, 23 048 personnes ont été accueillies dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de MdM.

Les besoins en santé constituent le motif de visite pour 79 % des personnes et 37,7 % d'entre elles s'adressent au Caso pour des questions d'ordre administratif, juridique et social. Il s'agit d'une population jeune (moyenne d'âge de 32,8 ans) et majoritairement masculine (63,4 % d'hommes). Parmi les personnes reçues, près de 98 % sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (47,7 %), du Maghreb (24,7 %) et de l'Europe (18,7 %) dont 10,1 % de l'Union européenne (UE).

Les personnes reçues au Caso sont particulièrement exposées à la précarité administrative et financière. Seules 15,3 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour leur grande majorité. En conséquence, la situation financière des personnes accueillies est très précaire : **97,7 % d'entre elles déclarent vivre en dessous du seuil de pauvreté dont 48,4 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre.** La grande majorité des personnes rencontrées sur les programmes de MdM connaissent d'importantes difficultés de logement : 32,2 % vivent en habitat précaire (à la rue, en hébergement d'urgence de moins de 15 jours ou en squat/bidonville). **La proportion des personnes sans domicile a par ailleurs fortement augmenté, passant de 13,6 % en 2009 à 24,9 % en 2019.** Ces données mettent en avant assez distinctement les difficultés d'accès au logement en France. Aujourd'hui, la France est un pays où l'accès à un hébergement revêt des allures de combat perdu d'avance pour une majorité de personnes rencontrées par les équipes de MdM.

En 2019, 50,6 % des personnes accueillies par les Caso sont en situation irrégulière au regard du séjour. Parmi les personnes en situation régulière, 7,1 % sont en situation administrative précaire dans la mesure où elles disposent

d'un titre de séjour de moins de six mois et peuvent basculer rapidement dans l'irrégularité. Les politiques publiques peu accueillantes à l'égard des personnes étrangères et les situations administratives complexes ont pour conséquence de limiter les déplacements pour près de 40 % des personnes en situation irrégulière par crainte des contrôles de police.

Pour les demandeurs d'asile¹, leur part est stable depuis deux ans et représente 14,5 % de la file active des personnes reçues dans les Caso. Plus de la moitié des demandeurs d'asile reçus dans les Caso sont originaires d'Afrique subsaharienne (57,4 %), et un quart vient d'Europe hors UE (25,2 %). Bien que les demandeurs d'asile puissent en théorie bénéficier d'un hébergement en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou dans une structure similaire, 39,9 % des demandeurs d'asile sont hébergés par des proches, une structure / une association, ou par un réseau / collectif militant. Près de 60 % sont sans domicile fixe, en hébergement d'urgence de courte durée ou vivent en squat ou bidonville.

MdM alerte régulièrement sur la remise en cause par les acteurs institutionnels du principe d'inconditionnalité de l'accueil² en hébergement d'urgence et de l'accompagnement social qui devrait y être offert. La publication des circulaires Collomb adoptées en 2017³ illustre la mise à mal de ce principe en instaurant des évaluations de la situation administrative des personnes hébergées par des équipes composées d'agents de la préfecture compétents en droit des étrangers et d'agents de l'Ofii.

>> MdM demande que les droits à l'hébergement, quelle que soit la situation administrative des personnes, soient respectés et appelle à la mise en place de solutions d'hébergement en nombre suffisant, adaptées, pérennes et innovantes pour les personnes à la rue, en squat ou bidonville. Il est par ailleurs urgent de renforcer les moyens des centres 115 pour assurer un réel accueil des personnes en situation de précarité.

(1) On considère comme demandeurs d'asile les étrangers (hors Union européenne) dont la procédure de demande d'asile est en cours, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en préfecture, une demande OFPRA en cours ou un recours/réexamen Ofpra/CNDA en cours. Depuis 2018, les personnes placées en procédure Dublin III ont également été comptabilisées parmi les demandeurs d'asile.

(2) Loi du 25 mars 2009 dispose dans son article 73 que « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

(3) Circulaire sur l'évolution du parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des réfugiés, 4 décembre 2017 ; circulaire sur l'examen des situations administratives dans l'hébergement d'urgence, 12 décembre 2017.

>> Le droit au séjour, par ce qu'il implique en termes d'accès aux droits et aux soins, est un puissant déterminant de la santé. Mdm milite afin que toute personne, sur un même territoire, quel que soit son statut administratif, ait accès aux soins et dispose de la même protection sociale.

En 2019, 2 833 mineurs ont été accueillis dans les Caso soit 12,3 % de la file active totale. La très large majorité des mineurs accueillis dans les Caso, sont d'origine étrangère et 28 % d'entre eux ont moins de 5 ans. La plupart d'entre eux se trouvent en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent bénéficier en France. **Les conditions de vie des mineurs accueillis sont aussi très difficiles : 27,9 % sont sans domicile fixe et 12,2 % vivent dans des squats ou bidonvilles.**

Parmi les mineurs reçus, **près de 1 320 mineurs non accompagnés (MNA) ont été accueillis dans les Caso et programmes spécifiques de Mdm⁴.** En France, les textes⁵ prévoient que ces enfants doivent être considérés de prime abord comme des enfants en danger et bénéficier d'une protection des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Pourtant, les autorités chargées de leur protection les accueillent la plupart du temps dans un climat de suspicion et remettent en cause leur parole. En effet, leur minorité est souvent réfutée par des évaluations subjectives, qui se fondent très largement sur des méthodes médicales unanimement contestées de détermination de l'âge. Le gouvernement continue de mettre à mal la prise en charge des MNA avec la création, en janvier 2019, d'un fichier biométrique permettant de fichier chaque jeune se présentant comme MNA et de faciliter son expulsion du territoire comme majeur, alors même qu'il n'a pas pu exercer son droit de recours.

>> Mdm plaide pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil qui respecte la présomption de minorité et permette à tous ceux et celles qui se déclarent MNA de bénéficier en premier lieu d'un hébergement sécurisant et sécurisé, d'un temps de répit dans un environnement bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène dignes, d'une information complète sur leurs droits et enfin d'un accès à la prévention et aux soins.

>> Mdm milite également pour l'interdiction pure et simple des tests médicaux d'évaluation de l'âge qui vont à l'encontre de l'éthique médicale puisque ces gestes invasifs n'ont pas pour objet d'améliorer la santé mais de servir un contrôle administratif.

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

En 2019, les médecins des Caso ont réalisé 19 772 consultations de médecine générale auprès de 13 665 patients différents. Les pathologies les plus fréquentes parmi les personnes consultant dans les Caso étaient avant tout digestives (23,7 %), ostéoarticulaires (19,7 %) et respiratoires (19,5 %). Plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 84,2 % des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement, ce qui posait la question des modalités de prise en charge dans le contexte où la plupart d'entre eux ne disposaient d'aucune couverture maladie et vivaient dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, plus de la moitié n'avait ni suivi ni traité leur problème de santé avant leur première visite au Caso.

Les conditions de vie révèlent ou induisent des problèmes de santé. L'habitat instable, la complexité des dispositifs d'ouverture de droit, les ruptures sociales, la surexposition à des violences interfèrent de manière non négligeable sur la santé des personnes en situation de précarité et sont des facteurs déterminants qui accentuent le non-recours ; ce dernier se traduisant alors par des retards ou des renoncements aux soins constatés chez les personnes reçues par Mdm. Ces soins seront à terme nécessaires ; or, de nombreuses études démontrent que plus ces soins surviennent tard, plus ils sont coûteux, et ce d'abord humainement pour chaque malade. Malgré la multiplication des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble de la population, le renoncement aux soins reste particulièrement fréquent. **En 2019, près de la moitié (46,8 %) des personnes reçues en consultation médicale généraliste présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins. De plus, 60 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.**

>> Mdm encourage le développement de nouvelles actions et stratégies pour aller à la rencontre des populations et incite au recours à la médiation en santé par les dispositifs du droit commun. Les médiateurs en santé⁶ constituent une ressource pour toutes les personnes éprouvant des difficultés pour accéder aux droits et aux soins, qu'elles soient ou non étrangères ; elle a fait ses preuves auprès de publics en situation de précarité, aussi bien pour les habitants des zones rurales que des bidonvilles.

(4) 1 313 MNA ont été reçus dans les programmes Caso (830 MNA) ainsi que dans les programmes spécifiques MNA (Paris avec 201 MNA ; Caen avec 52 MNA et Nantes avec 230 MNA). Cet effectif a été arrondi à 1 320 MNA dans le texte.

(5) Article R.221-11 CASF : « Le président du conseil départemental du lieu où se trouve une personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille met en place un accueil provisoire d'urgence, d'une durée de cinq jours à compter du premier jour de sa prise en charge. »

(6) La loi de Santé de 2016 a inscrit la médiation en santé dans le code de la santé publique et la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré en 2017 un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention de ces acteurs.

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

En 2019, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés chez 8,2 % des patients reçus en consultation médicale généraliste. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychologiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs. Les troubles d'ordre psychologiques sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi, près de 60 % des personnes pour lesquelles un trouble d'ordre psychologique a été diagnostiqué présentent, par ailleurs, au moins une autre pathologie.

Les conditions de vie particulièrement éprouvantes peuvent être dramatique sur le plan psychologique. **Ainsi, 12 % des personnes sans domicile fixe reçues dans les Caso présentent des troubles psychologiques contre 7,1 % pour les personnes hébergées.** Par ailleurs, la souffrance des exilés est une constante, du départ du pays d'origine à l'arrivée dans le pays d'accueil. Les personnes en situation de migration contrainte ont souvent été exposées à des phénomènes de violences et confrontées à des événements traumatiques. Ainsi, le facteur le plus fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique chez les personnes migrantes demeure le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence : parmi les étrangers reçus dans les Caso de MdM en 2019 et présentant des troubles psychologiques, 21,9 % d'entre eux ont déclaré avoir subi des violences contre 6,4 % n'en déclarant pas.

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

>> MdM milite aussi pour une diversification des types de prise en charge en développant par exemple des consultations transculturelles, des activités psychosociales collectives, art-thérapie, etc.

>> Au regard des motifs de départ et des parcours traumatiques pour de nombreuses personnes étrangères sollicitant une protection, MdM, avec la Coordination française du droit d'asile (CFDA), demande à ce que l'accès à la prévention et aux soins, notamment en matière de santé mentale, soit rendu effectif, avec le développement de solutions d'interprétariat médical.

SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRÉCARITÉ LOURDE DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

En 2019, 4 454 femmes de 15 ans ou plus ont été reçues en consultation médicale avec un médecin généraliste et 273 femmes ont réalisé une consultation gynécologique. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une très grande partie d'entre elles venant de pays où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive est limitée. En matière de planification familiale, la contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans reçues au Caso est peu fréquente puisque seules 11,1 % en ont déclaré une. **De plus, 81,8 % des femmes âgées de 25 à 65 ans rencontrées au Caso n'ont jamais réalisé de frottis au cours de leur vie alors que - rappelons-le - le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers marquant les inégalités sociales.** En 2019, 11,7 % des femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Par ailleurs, 3,7 % était mineures.

La précarité sociale dans laquelle vivent les femmes rencontrées par MdM a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. **En effet, 36,6 % des femmes enceintes reçues dans les Caso (consultations généralistes ou gynécologiques) présentaient un retard de suivi de grossesse⁷ et seules la moitié ont eu des soins prénataux.**

>> MdM recommande aux décideurs d'améliorer l'information et la formation en santé sexuelle et reproductive ainsi que de renforcer et d'adapter l'offre de santé sexuelle notamment pour les femmes en situation de migration ou de précarité.

>> MdM encourage la promotion des actions de prévention et de soins à travers des actions d'aller-vers en se rendant dans des lieux d'hébergements, des lieux de vie informels (squats, bidonvilles) ou sur les lieux de travail des travailleuses-eurs du sexe, et le renforcement des services de protection maternelle et infantile.

>> Face à une opposition politique croissante en Europe à l'encontre des droits sexuels et reproductifs, MdM demande au gouvernement de les respecter, les protéger et garantir leur accès à tous et toutes.

LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES : UN ACCÈS ENCORE INSUFFISANT AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

La venue au Caso de personnes en situation de précarité ou migrantes est une opportunité pour faire le point sur leur santé et aborder, au même titre que leur situation vis-à-vis des vaccinations, la question du dépistage de certaines infections afin de les orienter le cas échéant vers

(7) On considère qu'il y a un retard lorsqu'il n'y a pas eu de consultation de suivi de grossesse après 12 semaines d'aménorrhée.

des examens plus approfondis. Le dépistage des maladies infectieuses comme le VIH, les hépatites B et C et la tuberculose est essentiel chez les populations dites à risque, souvent en situation de précarité et éloignées des structures de droit commun. En 2019, MdM a ainsi réalisé 1 821 tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) lors des actions de prévention, dont 1 025 TroD VIH.

Connaître son statut sérologique permet d'établir une stratégie de prévention adaptée et une meilleure prise en charge de la pathologie diagnostiquée. Or, **les personnes reçues en consultation de médecine généraliste au Caso connaissent peu leur statut sérologique : 72,0 % d'entre elles ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VIH, 76,7 % pour l'hépatite C et 80,5 % pour l'hépatite B lors de leur première visite au Caso.**

>> Le système de santé doit rester mobilisé et la lutte contre les discriminations maintenues. MdM recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'aller-vers en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.

L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

L'OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS : COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES, BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET FINANCIÈRES

L'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999⁸ a constitué une avancée majeure pour les personnes en situation de précarité. En 2016 a eu lieu l'importante réforme de la protection universelle maladie (PUMA)⁹ dont on peut saluer les objectifs ambitieux tels que la simplification des démarches, l'universalisation, l'autonomie et la confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, la fin des ruptures de droits à chaque changement de régime. Le système actuel continue néanmoins de maintenir, à côté d'un droit à l'assurance maladie pour tous, un dispositif d'Aide médicale d'État (AME) réservé aux seuls étrangers démunis et en situation irrégulière. Ainsi, ni la loi de 2016 sur la modernisation de notre système de santé¹⁰, ni la loi de santé de juillet 2019 n'ont prévu une simplification du dispositif d'accès à la couverture maladie pour permettre ainsi une protection maladie réellement inclusive pour toutes et tous.

En 2019, 78,8 % des personnes ayant des droits théoriques n'ont pas de couverture maladie effective alors qu'elles y ont droit¹¹ ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 88,7 % n'ont aucune couverture

maladie. De plus, près de 30 % des personnes rencontrées dans les Caso restent exclues de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de 3 mois à démontrer depuis 2005 pour pouvoir bénéficier de l'AME.

Les obstacles à l'accès aux droits sont nombreux ; notamment, une complexité administrative croissante et la généralisation de demandes abusives de pièces par l'administration (demandes de documents injustifiées, refus d'adresse déclarative, politiques restrictive d'accès la domiciliation, etc.). Les principaux obstacles mentionnés par les personnes reçues au Caso sont les difficultés administratives (29,9 %) et la méconnaissance des droits et des structures (27,8 %). En outre, au jour de leur première consultation au Caso, près d'un tiers (32 %) des personnes qui avaient besoin d'une domiciliation administrative n'en n'avaient pas en 2019. Ces résultats viennent contredire le mythe selon lequel les migrants viendraient en France dans le but de se faire soigner.

La barrière de la langue constitue un obstacle à l'accès aux soins et aux droits supplémentaire pour 17 % des personnes reçues lors de leur première visite au Caso en 2019. En effet, le recours à un interprète professionnel n'est pas systématique dans les structures de santé du droit commun pour diverses raisons comme celles du coût de la prestation, de la disponibilité des interprètes, les difficultés à assurer les consultations avec une tierce personne au téléphone et l'allongement présumé de la durée de la consultation. MdM observe également une insuffisance des informations et des dispositifs d'interprétariat en capacité de répondre aux besoins spécifiques des personnes exclues du système de santé.

De plus, le contexte répressif et législatif a indéniablement pour effet l'éloignement des personnes des structures de santé et du recours à la prévention et aux soins. Près de 40 % des étrangers en situation irrégulière en viennent à limiter leurs déplacements ou activités par peur des arrestations.

>> MdM milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes en situation de précarité et ce quelle que soit leur situation administrative.

>> MdM demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la PUMA répondrait précisément aux impératifs de santé publique qui ont été soulignés pendant la crise de la Covid 19 et constituerait une réforme pragmatique sur le plan économique, en permettant un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.

(8) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

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

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

(11) MdM ne se substitue pas au droit commun et lorsque la personne dispose d'une couverture maladie, MdM oriente, dans la mesure du possible, les personnes rencontrées vers les structures de droit commun existantes.

>> Le droit à la domiciliation doit être garanti à toute personne ainsi que l'application du principe de l'adresse déclarative par les caisses de Sécurité sociale.

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

ACCÈS À LA COUVERTURE MALADIE : DE NOUVELLES ATTAQUES EN 2019 CONTRE L'AME ET LES DROITS À LA SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE

L'année 2019 a été marquée, une nouvelle fois, par des attaques contre les droits à la santé des étrangers en situation irrégulière et, pour la première fois, contre ceux des demandeurs d'asile, avec une série de mesures restrictives finalement adoptées en fin d'année 2019. Il est encore trop tôt pour en mesurer les effets, d'autant que certaines ont été suspendues avec la crise de la Covid 19 et qu'à l'inverse, d'autres plus facilitatrices ont été prises, telles que le renouvellement automatique de certains droits.

De nombreuses mesures ont été finalement adoptées, dont certaines constituent un recul important pour les droits et auront un impact d'une part, sur les personnes concernées, en multipliant les obstacles et les délais à l'ouverture de leurs droits, et d'autre part, sur les acteurs publics et associatifs censés accueillir et accompagner ces publics. Il s'agit notamment pour les demandeurs d'asile de devoir attendre dorénavant 3 mois sur le territoire avant d'avoir droit à une assurance maladie. Pour les personnes demandant l'AME, elles doivent désormais justifier d'une ancienneté de résidence en situation irrégulière en France de 3 mois et déposer physiquement leur dossier dans les CPAM. De plus, tous les étrangers qui perdent leur droit au séjour (déboutés du droit d'asile, fin de titre de séjour, etc.) et qui deviennent donc en situation irrégulière voient une réduction de leur maintien de droits à l'assurance maladie qui passe de 1 an à 6 mois.

>> MdM demande dans l'immédiat une abrogation des mesures concernant l'AME et la couverture maladie des demandeurs d'asile ainsi que la mise en place d'une carte Vitale pour les bénéficiaires de l'AME. Plus particulièrement, MdM demande à :

- Mettre fin au délai de carence pour l'accès des demandeurs d'asile à la couverture maladie ;**
- Mettre fin aux mesures restrictives sur l'AME votées en décembre 2019 : la suppression de l'accès**

immédiat à certains soins (sauf sur entente préalable), l'obligation de déposer aux guichets CPAM les demandes et la nécessité de « prouver » l'irrégularité de séjour durant 3 mois.

>> De plus, MdM demande à rétablir le maintien des droits à 12 mois après l'expiration du titre de séjour.

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS (PASS) : UN DISPOSITIF À PROMOUVOIR ET À HARMONISER

La plupart des personnes résidant en France ont besoin de plusieurs années et de leur propre expérience d'usager pour arriver à avoir une maîtrise suffisante des dispositifs existants pour s'y repérer *a minima*. Les personnes rencontrées par MdM, ne parlant souvent pas français et arrivées en France depuis peu, doivent apprendre à s'y repérer en quelques mois au risque de ne pas pouvoir accéder aux soins.

L'amélioration du fonctionnement des Pass est, depuis leur création en 1998¹², l'un des axes de plaidoyer de MdM. Les équipes de MdM font le constat d'une **mise en place des Pass extrêmement hétérogène** et pas toujours effective selon les hôpitaux, avec pour certaines des dysfonctionnements persistants. De nombreuses **Pass sont saturées, certaines n'accueillent pas tous les malades de façon inconditionnelle**, les délais pour une prise de rendez-vous peuvent aller jusqu'à cinq semaines et elles ne permettent pas toujours un accès aux traitements.

>> MdM appelle à poursuivre et à consolider l'ouverture des Pass en France et suggère le déploiement de Pass mobiles pour repérer et aller au plus près des individus les plus éloignés des structures de soins.

>> MdM rappelle que le dispositif Pass doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits aussi longtemps que nécessaire ; l'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels et à un accompagnement social en cas de besoin.

Par ailleurs, le système de santé français est historiquement fondé sur l'hôpital, avec une approche principalement curative. Ce système, dont le pivot est l'hôpital, a des répercussions sur l'organisation du premier recours qui est laissée à l'initiative des professionnels de santé sans aucune forme de régulation. **L'insuffisance de structuration et de régulation du premier recours pose question quant à sa capacité à répondre de façon coordonnée aux besoins de santé des populations sur un territoire.**

>> MdM milite pour un renforcement des structures de proximité telles que les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) qui constituent des centres de premier recours ayant un rôle primordial en matière de prévention. Il convient également de réaffirmer l'importance de leurs missions, de valoriser leurs atouts et de sécuriser leur avenir.

LE CAS PARTICULIER DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES INCARCÉRÉES : LES ENJEUX AUTOUR DES PERMISSIONS ET DES EXTRACTIONS MÉDICALES

Depuis 2015, MdM intervient en milieu carcéral pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes.

Malgré la loi du 18 janvier 1994 qui confie la prise en charge sanitaire des personnes détenues et l'organisation de l'offre de soins au ministère de la Santé, les personnes détenues rencontrent des difficultés dans l'accès aux services de santé et de prévention et notamment concernant les rendez-vous médicaux en externe. Ces derniers peuvent se dérouler de deux façons : soit la personne détenue peut obtenir une « permission médicale » de sortie et dépose pour cela une demande devant le juge d'application des peines (JAP) pour se rendre de façon autonome à ce rendez-vous, soit la secrétaire médicale de l'établissement pénitentiaire sollicite un accompagnement du patient par une équipe pénitentiaire dédiée (équipe d'escorte). On parle alors d'« extractions médicales ».

Ces extractions médicales posent des **problèmes en termes de délai dans la prise de rendez-vous, de disponibilité de l'équipe accompagnante, de non-communication aux personnes détenues de l'heure et du lieu de rendez-vous** qui ne peuvent alors se préparer à la consultation médicale. Par ailleurs, les mesures de sécurité exigées (le port de menottes, d'entraves aux pieds et parfois de ceinture) lors de ces extractions médicales ont un impact délétère sur la relation entre le médecin et le patient. **Les personnes détenues disent par ailleurs préférer renoncer aux soins ou les reporter à leur libération.**

Face aux difficultés rencontrées, MdM a mis en place des accompagnements lors des permissions médicales et des extractions. Ce travail a permis de travailler sur l'harmonisation des pratiques du personnel pénitentiaire. Cela a également pointé des incohérences entre des niveaux de sécurité exigés alors même que la personne est « permissionnable » et peut faire une demande pour accéder aux soins de manière plus autonome en se sentant « actrice » de sa santé. La connaissance et la promotion de la permission médicale ont ainsi permis aux personnes détenues d'en

faire aujourd'hui la demande à leur médecin quand elles se savent « permissionnables ». Au-delà de permettre le respect de la confidentialité et de la dignité humaine, la permission médicale évite bon nombre de renoncement aux soins ou recours tardifs [Goubin, 2018].

>> MdM appelle à valoriser les permissions médicales quand la situation pénale le permet en proposant des accompagnements pour les personnes les plus isolées afin de renforcer leur autonomie et lutter contre le renoncement et le recours tardif aux soins.

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

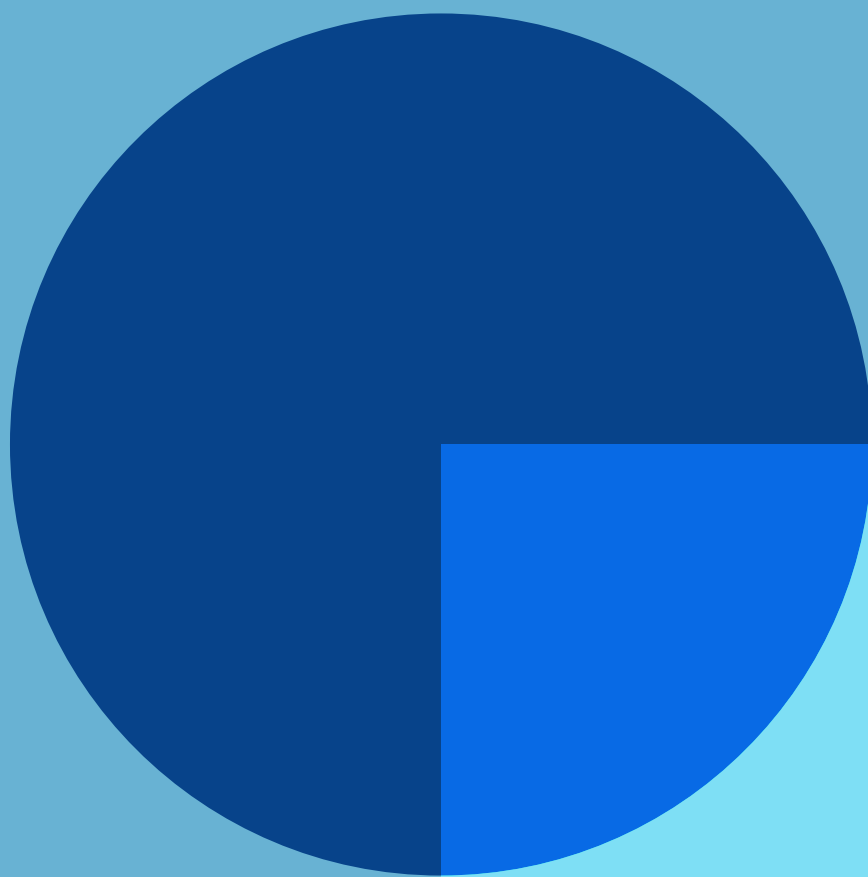
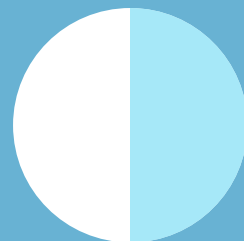
>> MdM milite aussi pour des alternatives à l'incarcération, qui visent le renforcement de compétences des personnes plutôt que l'enfermement dont on sait qu'il ne répondra pas à l'accompagnement adéquat des personnes pour vivre dans la société.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | | | |
|---------------|--|----------------|---|
| ACS | Aide à la complémentaire santé | CMU | Couverture maladie universelle |
| ACS | Aide au paiement d'une complémentaire santé | CMUc | Couverture maladie universelle complémentaire |
| ADA | Allocation pour demandeur d'asile | Cnam | Caisse nationale de l'assurance maladie |
| AEM | Appui à l'évaluation de la minorité | CNCDH | Commission nationale consultative des droits de l'Homme |
| AME | Aide médicale d'État | CNDA | Cour nationale du droit d'asile |
| ANRS | Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales | CNDH | Collectif national droits de l'Homme |
| ARS | Agence régionale de santé | CNLE | Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale |
| ASE | Aide sociale à l'enfance | CNS | Conseil national du sida et des hépatites virales |
| BCG | Bacille de Calmette et Guérin | CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| Cada | Centre d'accueil de demandeurs d'asile | CREIC | Centre des ressortissants européens inactifs CMUistes |
| CAES | Centres d'accueil et d'examen de la situation | DDD | Défenseur des droits |
| CAO | Centre d'accueil et d'orientation | DGS | Direction générale de la santé |
| Caoa | Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement | Dihal | Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement |
| CASF | Code de l'action sociale et des familles | DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| Caso | Centre d'accueil, de soins et d'orientation | Dsafhir | Droits et santé des femmes hébergées, isolées, réfugiées |
| CAU | Collectif des associations unies | DTP | Diphthérie, tétanos, poliomyélite |
| CCAS | Centre communal d'action sociale | EMPP | Équipe mobile psychiatrie précarité |
| CeGIDD | Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic | FAP | Fondation Abbé Pierre |
| CESE | Conseil économique, social et environnemental | FAS | Fédération des acteurs de la solidarité |
| Ceseda | Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile | FSUV | Fonds pour les soins urgents et vitaux |
| CFDA | Coordination française pour le droit d'asile | Gisti | Groupe d'information et de soutien des immigrés |
| CHU | Centres d'hébergement d'urgence | HAS | Haute autorité de santé |
| CISP | Classification internationale des soins primaires | HCE | Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes |
| Clat | Centre de lutte antituberculeuse | HCSP | Haut conseil de la santé publique |
| CMP | Centre médico-psychologique | | |
| CMPP | Centre médico-psycho-pédagogique | | |

| | | | |
|--------------|---|----------------|---|
| Huda | Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile | TdS | Travailleuses-eurs du sexe |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales | Trod | Test rapide d'orientation diagnostique |
| IGF | Inspection générale des finances | UE | Union européenne |
| Inca | Institut national du cancer | Unicef | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| Insee | Institut national de la statistique et des études économiques | Uniopss | Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux |
| IST | Infection sexuellement transmissible | VHB | Virus de l'hépatite B |
| LAM | Lits d'accueil médicalisés | VHC | Virus de l'hépatite C |
| LDH | Ligue des droits de l'Homme | VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| LHSS | Lits halte soins santé | | |
| MdM | Médecins du Monde | | |
| MIE | Mineur isolé étranger | | |
| MNA | Mineur non accompagné | | |
| ODSE | Observatoire du droit à la santé des étrangers | | |
| OFDT | Observatoire français des drogues et des toxicomanies | | |
| 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 | | |
| ONDAM | Objectif national de dépenses d'assurance maladie | | |
| ONU | Organisation des Nations unies | | |
| OQTF | Obligation de quitter le territoire français | | |
| Pass | Permanence d'accès aux soins de santé | | |
| PMI | Protection maternelle et infantile | | |
| PUMa | Protection universelle maladie | | |
| RdR | Réduction des risques | | |
| ROR | Rougeole-oreillons-rubéole | | |
| SIAO | Service intégré d'accueil et d'orientation | | |

LES PROGRAMMES FRANCE EN 2019



LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE FRANCE EN 2019

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert un centre de soins gratuits pour les plus démunis à Paris avec la volonté de le fermer dans les 6 mois en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins. Plus de 30 ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent MdM à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation/accompagnement (Caso/Caoa) mais également d'interventions mobiles de proximité.

En 2019, Médecins du Monde France mène 59 programmes répartis sur 32 sites dans l'Hexagone et dans les départements et régions d'Outre-Mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.

15 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)¹³ DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ET 1 DISPOSITIF PASS DE VILLE MIS EN ŒUVRE PAR LE CASO DE MARSEILLE.

Les Caso/Caoa offrent un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux droits, à la prévention et aux soins en France. Ce sont des structures de facilitation pour les personnes en grande difficulté ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir.

Elles accueillent le public sans condition et offrent la possibilité de consultations gratuites et sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage spécifique pour certaines pathologies. Les parcours d'exil pouvant générer souffrances physiques et psychiques, et les conditions de vie précaires étant particulièrement délétères pour la santé psychique, une prise en charge psychosociale et de santé mentale peut être proposée.

2019 est également la première année de mise en œuvre opérationnelle par le Caso de Marseille du **dispositif Pass de ville** avec pour objectif son transfert vers le droit commun. Ce dispositif ponctuel permet aux personnes qui n'ont pas de couverture maladie d'être soignées sans être facturées. Prises en charge par des médecins de ville, les personnes peuvent

ainsi bénéficier d'un parcours de soins complet (pharmacie, laboratoire, radiologie, etc.) sans en avancer les frais, le temps d'obtenir une couverture maladie.

2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONE RURALE

MdM développe 2 programmes s'attachant à améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité en milieu rural dans les Combrailles (Puy-de-Dôme) depuis 2013 et dans la haute vallée de l'Aude depuis 2016. **Dans les Combrailles**, à travers la médiation en santé, le programme vise à favoriser et faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité vivant en milieu rural. La médiation intervient comme une passerelle entre les populations ayant des difficultés d'accès aux soins et les dispositifs médico-sociaux présents sur le territoire. **Dans la haute vallée de l'Aude**, MdM facilite l'autonomie des personnes en situation de précarité dans leur accès à la santé. L'équipe y propose des permanences médico-sociales accessibles à tous ainsi que des actions mobiles vers les personnes les plus éloignées de la santé, notamment auprès des consommateurs de produits psychoactifs.

1 PROGRAMME D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS EN ZONE URBAINE SENSIBLE

Un programme d'accès aux soins et aux droits en zone urbaine sensible a également été ouvert à Lille en 2015. MdM y organise des temps de prévention, développe une approche d'«aller-vers» avec/auprès des personnes en rupture d'un parcours de santé et les accompagne dans leurs démarches. Ils travaillent ensemble sur les principaux obstacles qu'elles peuvent rencontrer et mobilisent les acteurs du droit commun et associatifs, dans un objectif de renforcement de leurs capacités individuelles et collectives.

21 PROGRAMMES EN SANTÉ ENVIRONNEMENT (AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET MAL LOGÉES)

À la rue ou dans les centres d'hébergement et d'accueil de jour, les équipes assurent des accompagnements dans les démarches administratives, des veilles sanitaires, des consultations médicales, du soutien psychosocial et de la médiation en santé. Elles informent et sensibilisent également les acteurs médicaux et sociaux sur les problématiques de l'habitat précaire. Elles révèlent l'effet du sans-abrisme sur la santé et témoignent des difficultés rencontrées par les personnes concernées pour faire valoir leurs droits et accéder aux soins. Des équipes interviennent également dans **les squats et bidonvilles** pour proposer

(13) L'équipe du Caso de Besançon n'a collecté aucune donnée en raison de la fermeture du programme en début d'année 2019.

un accès aux soins et aux droits aux habitants, les orienter vers des structures de santé – avec une attention particulière sur la santé des femmes et des enfants. Des médiateurs en santé travaillent notamment avec les partenaires associatifs et de droit commun pour améliorer la prise en charge des habitants des bidonvilles et renforcer ainsi leur capacité à recourir aux soins et aux droits de façon autonome.

2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

Depuis 2014, MdM intervient dans une démarche communautaire au centre pénitentiaire de Nantes pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées. De plus, **MdM interviendra à partir d'octobre 2020** à Marseille, **en proposant en amont de la détention un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue** présentant des troubles psychiatriques sévères (Aïlsi).

4 PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS ET SANTÉ

MdM mène des **programmes auprès des migrants** (à la frontière franco-italienne, à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais Grande-Synthe, Dunkerque et près de Marseille (à la Fare-les-Oliviers)). Début 2017, une coordination de plusieurs associations s'est également mise en place (la CAFI¹⁴), avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour mieux riposter contre les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes aux frontières.

1 PROGRAMME TRANSVERSAL EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

MdM a développé depuis 2003 un **programme transversal de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (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. En 2019, les équipes ont été sensibilisées à l'approche genre afin d'aborder spécifiquement certains problèmes de santé comme le **dépistage des violences liées au genre**. Des programmes s'investissent également dans le **dépistage des cancers gynécologiques, l'information concernant la contraception ou le suivi de grossesse**. Par une approche communautaire intégrant les personnes concernées, certains programmes ont mis en place des **séances ou actions collectives de promotion de la santé sur des thématiques choisies** (exemple : l'hygiène et l'eau, les maladies chroniques non transmissibles comme le diabète et l'hypertension, la nutrition ou l'alimentation ou encore des activités de soutien psychosocial).

6 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) (LIÉS AUX USAGES DE DROGUES ET/OU AU TRAVAIL DU SEXE)

MdM intervient **auprès des travailleuses-eurs du sexe (TdS) à travers 5 programmes** dans 4 villes (Montpellier, Paris, Poitiers et

Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de RdR et de santé sexuelle et reproductive (SSR), à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour, et à promouvoir l'implication communautaire. **Un programme spécifique de prévention permettant notamment de favoriser l'accès à la justice et aux services de santé pour les TdS victimes de violences** (programme Jasmine) a également été mis en place. **Enfin, MdM mène un programme «XBT»** (Xénobiotrope). Créée en 1999, ce programme a pour objectif de développer un dispositif global d'analyse de drogues comme outil de RdR sur tout le territoire. La formalisation de pôles régionaux coordonnés par la mission XBT au niveau national a débuté en 2010 par l'Île-de-France. Aujourd'hui, XBT travaille en collaboration avec plus de 50 partenaires répartis sur la métropole. Ce dispositif propose aux personnes consommatrices de psychotropes de faire analyser leurs produits, avant et/ou après consommation, dans une approche de RdR. MdM travaille actuellement au transfert progressif de ce programme.

3 PROGRAMMES « ENFANCE VULNÉRABLE »

Dès 2015, un programme spécifique en direction des **mineurs non accompagnés (MNA)** a été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches. Puis deux autres programmes spécifiques MNA ont été développés, en Normandie (Caen/Rouen) et à Nantes au cours de l'année 2016. Les équipes les accompagnent pour leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits.

3 PROGRAMMES « OUTRE-MER »

Dans l'Océan Indien, **MdM est présent à travers deux programmes** à Mayotte et La Réunion. **À Mayotte**, le programme dispense des consultations médicales, infirmières et sociales (ouverture de droits) en lieu fixe et en mobile. Il mène notamment des actions de prévention en santé dans le bidonville de Kawéni et oriente également vers les structures de droit commun quand cela est possible. **Sur l'île de la Réunion**, l'équipe a poursuivi son diagnostic à Saint-Louis et a démarré des sorties médicalisées. Fin 2018 et début 2019, la délégation a dû se mobiliser fortement pour assurer l'accès aux droits et aux soins de dizaines de migrants venus en bateau depuis le Sri Lanka avec la mise en place d'activités de soutien psychosocial. **En Guyane**, l'équipe poursuit son programme de médiation en santé sur l'Île de Cayenne (équipes mobiles avec des consultations médicales, sociales, actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage VIH/VHC) dans les quartiers d'habitat informel. Une permanence en lieu fixe est également assurée afin d'orienter et d'accompagner vers l'accès aux droits. Les informations recueillies lors de ces activités permettent à MdM de témoigner des obstacles à l'accès aux droits et aux soins, spécifiques à ces territoires. **Un second projet «Pass de ville» a également démarré fin 2019 à Cayenne en Guyane** visant à orienter les personnes n'ayant pas ou plus accès à leurs droits vers des professionnels de santé adaptés, tout en les accompagnant vers l'ouverture de leurs droits.

(14) Il s'agit de la coordination d'actions aux frontières intérieures (CAFI) auprès des migrants qui est composée des associations suivantes : Amnesty International France, La Cimade, MSF France, Secours Catholique et MdM France.



MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2019

59 PROGRAMMES MENÉS PAR
1 533 BÉNÉVOLES ET 123 SALARIÉS DANS 32 SITES

15 CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO DONT
UN CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT
(CAOA) ET 1 DISPOSITIF PASS DE VILLE

21 PROGRAMMES EN SANTÉ ENVIRONNEMENT
(PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET/OU MAL LOGÉES)

6 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS
DE DROGUES (1 PROGRAMME) ET DES TRAVAILLEUSES-EURS
DU SEXE (5 PROGRAMMES)

4 PROGRAMMES SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS
ET SANTÉ SUR LE LITTORAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA
FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE, À PARIS ET PRÈS DE MARSEILLE

3 PROGRAMMES "ENFANCE VULNÉRABLE"
À PARIS, À NANTES ET EN NORMANDIE (ROUEN ET CAEN)

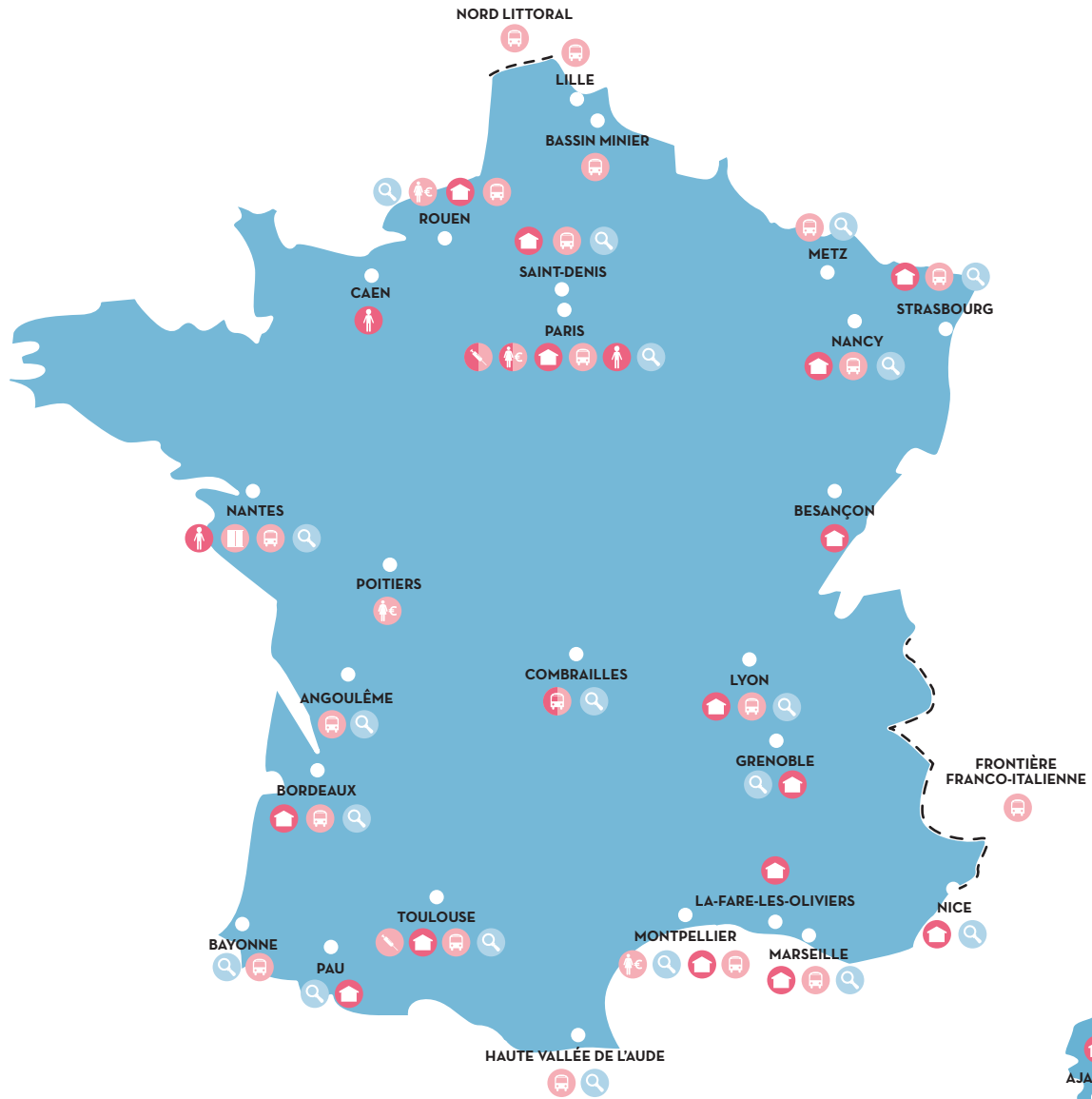
3 PROGRAMMES "OUTRE-MER" À MAYOTTE, SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION
ET EN GUYANE

2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN MILIEU
RURAL DANS LE PUY-DE-DÔME ET DANS LA HAUTE VALLÉE
DE L'AUDE

2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS-MAIN
DE JUSTICE À NANTES ET À MARSEILLE

1 PROGRAMME TRANSVERSAL EN SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE

1 PROGRAMME D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS EN ZONE
URBAINE SENSIBLE À LILLE



LA RÉUNION



MAYOTTE



GUYANE

Actions en milieu rural, dans la rue, les bidonvilles, auprès des migrants...

Centres d'accueil, de soins et d'orientation

Actions auprès des personnes se prostituant

Actions auprès des usagers de drogues

Actions auprès des personnes incarcérées

Actions auprès des mineurs isolés étrangers

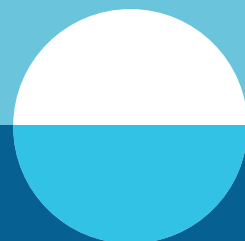
Prévention VIH / Hépatites / IST / Tuberculose

Actions mobiles

Actions dans les locaux de MdM

Programmes transversaux

**PERSONNES
ACCUEILLIES**
DANS LES CASO
EN 2019



CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES REÇUES

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2019, 63,4 % des personnes accueillies sont des hommes ; l'âge moyen de la population est de 32,8 ans.
- Près de 98 % des personnes reçues sont de nationalité étrangère, principalement d'Afrique subsaharienne (48 %) et du Maghreb (25 %).
- 60 % des personnes rencontrées sont hébergées par des proches, un réseau/collectif, un organisme ou une association pour plus de 15 jours, 25 % sont sans domicile fixe et 7 % vivent dans un bidonville ou un squat.
- Moins de 16 % des personnes rencontrées en âge de travailler exercent une activité rémunérée et 98 % des personnes reçues déclarent vivre sous le seuil de pauvreté.

22

Les équipes de MdM reçoivent des personnes aux trajectoires le plus souvent complexes et exposées à de multiples vulnérabilités : un habitat précaire ou déficient, l'exposition à des violences directes ou indirectes, l'absence de couverture maladie, des difficultés de communication ou de compréhension du français. Si les personnes s'adressent à MdM avant tout pour des raisons de santé, ces motifs de consultation sont très souvent inséparables de problématiques sociales liées à la précarité, au mal-logement et à la vie à la rue. Ces constats s'inscrivent, depuis plusieurs années, en toile de fond de politiques publiques sécuritaires contraignant à rendre toujours plus invisibles les personnes en situation de précarité et/ou migrantes.

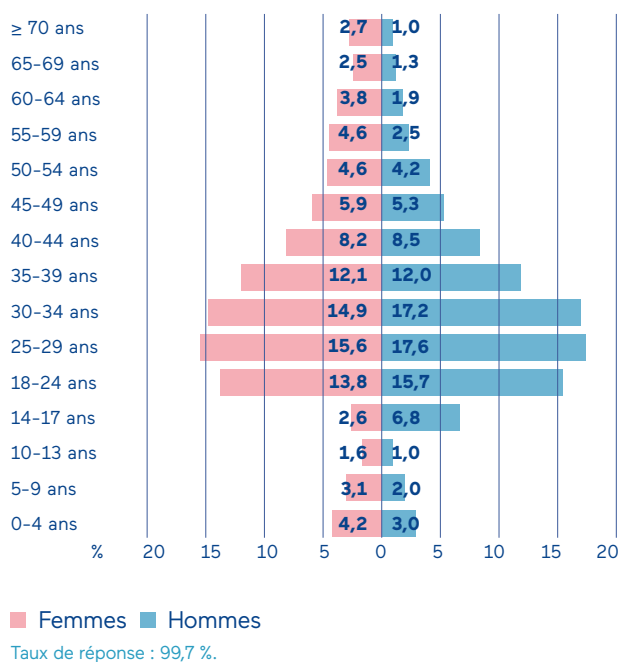
UNE POPULATION JEUNE, CONFRONTÉE À DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT DIFFICILES

En 2019, 23 048 personnes ont été accueillies dans les Caso de MdM¹⁵. Pour les trois quarts des personnes reçues, il s'agissait d'une première visite. Si les besoins en santé

constituent le principal motif de ces visites (79 %), 37,7 % s'adressent au Caso pour des questions d'ordre administratif, social ou juridique.

Parmi les populations reçues dans les Caso, 63,4 % sont des hommes. La structure par âge de la file active des Caso reste stable depuis 2008, sans variation significative selon le sexe et la nationalité. Ainsi, la population est relativement jeune puisque la moyenne d'âge est de 32,8 ans avec une forte représentation des 18-34 ans (48,1 %) (figure 1).

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2019 (EN % DE LA FILE ACTIVE).



Parmi les adultes accueillis dans les Caso, 7 personnes sur 10 indiquent vivre seules et sans enfant à charge en France. Plus d'un tiers des personnes ont par ailleurs des enfants mineurs, bien que dans plus de la moitié des cas (54,4 %), ils ne vivent pas avec eux, ce qui met en évidence l'éclatement des familles, lié en partie à la migration (tableau 1). De plus, les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale des personnes migrantes, en particulier parmi les femmes séparées de tout ou une partie de leurs enfants [Schapiro, 2009 ; Bouris, 2012 ; MdM, 2015 ; Miller, 2018].

(15) Les données présentées dans ce chapitre concernent les 15 Caso/Caosa. Afin de faciliter la lecture, le terme de Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caosa.

TABLEAU 1 : SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS ET PLUS AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2019.

| | n | % |
|--|--------|------|
| Présence d'enfant(s) mineur(s) | 5 419 | 35,0 |
| Parmi les personnes ayant des enfants mineurs | | |
| - Vivent avec tous leurs enfants | 2 021 | 39,1 |
| - Vivent avec une partie de leurs enfants | 337 | 6,5 |
| - Ne vivent pas avec leurs enfants | 2 816 | 54,4 |
| Situation familiale en France⁽¹⁾ | | |
| - Vivent seuls sans enfant à charge | 10 792 | 70,6 |
| - Vivent seuls avec un ou plusieurs enfant(s) à charge | 947 | 6,2 |
| - Vivent en couple sans enfant à charge | 1 764 | 11,5 |
| - Vivent en couple avec un ou plusieurs enfant(s) à charge | 1 778 | 11,6 |

Taux de réponse : Enfants mineurs : 92,0 % ; lieu de vie des mineurs : 95,5 % ; situation familiale en France : 90,8 %.

⁽¹⁾ Sont comptabilisés les enfants mineurs à charge (vivant avec la personne majeure), que la personne soit le parent ou non.

UNE GRANDE DIVERSITÉ DE NATIONALITÉS

Près de 98 % des personnes reçues au cours de l'année sont étrangères. La diversité des origines des patients est très grande avec 154 nationalités. Les Algériens et les Ivoiriens sont les plus représentés (14,2 % et 12,8 %). Le nombre de Français est en diminution constante depuis 10 ans : 2,7 %, en 2019 contre 9,5 % en 2009. Cette évolution à la baisse est associée à l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000, qui a permis à de nombreux Français d'intégrer le système de droit commun (figure 2).

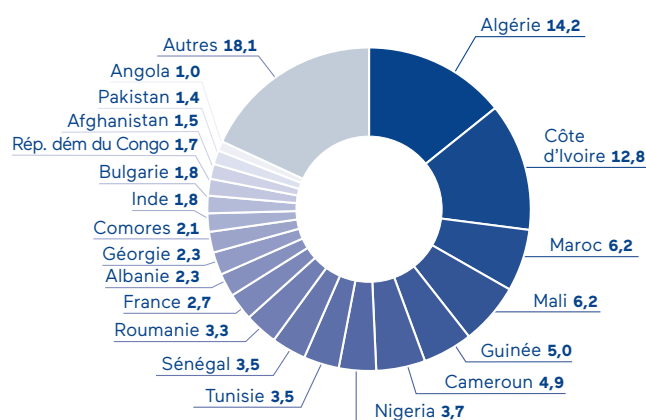
Le groupe continental le plus représenté reste, comme les années précédentes, l'Afrique subsaharienne (47,7 %) devant le Maghreb (24,7 %), l'Europe (18,7 %) dont 10,1 % de l'Union européenne (tableau 2).

TABLEAU 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2019.

| % en colonne | Ensemble | |
|---|----------|------|
| | n | % |
| Français | 629 | 2,7 |
| Étrangers | 22 419 | 97,3 |
| Groupe continental⁽¹⁾ | | |
| - Afrique subsaharienne | 10 992 | 47,7 |
| - Maghreb | 5 698 | 24,7 |
| - Union européenne (y compris France) | 2 330 | 10,1 |
| - Europe (hors UE) | 1 987 | 8,6 |
| - Proche et Moyen-Orient | 931 | 4,0 |
| - Asie | 785 | 3,4 |
| - Océanie et Amériques | 309 | 1,3 |

Taux de réponse : 100 %. ⁽¹⁾ Apatrides exclus.

FIGURE 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2019 (EN %).



Taux de réponse : 100 % (apatrides non exclus).

Parmi les étrangers accueillis dans les Caso, 38,3 % indiquent résider en France depuis moins de trois mois lors de leur première visite (tableau 3). Ils sont également un quart à être installés en France depuis 3 à 12 mois et près de 20 % à être arrivés depuis 1 à 3 ans.

En moyenne, les ressortissants étrangers ont quitté leur pays d'origine depuis 27 mois au moment de leur première visite en 2019.

Les étrangers accueillis depuis moins de trois mois sont particulièrement nombreux parmi les ressortissants d'Afrique subsaharienne (42,1 %), à l'inverse des ressortissants de l'Union européenne (UE) (25,7 %). Les personnes originaires d'Asie et d'Union européenne sont plus fréquemment installées depuis au moins trois ans : respectivement 33,8 % et 31,2 % d'entre elles.

TABLEAU 3 : DURÉE DE PRÉSENCE EN FRANCE⁽¹⁾ DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2019.

| | n | % |
|--------------|-------|------|
| < à 3 mois | 8 102 | 38,3 |
| [3-12 mois [| 5 437 | 25,7 |
| [1-3 ans [| 4 199 | 19,8 |
| [3-10 ans [| 2 747 | 13,0 |
| ≥ 10 ans | 693 | 3,3 |

Taux de réponse : 94,5 %. ⁽¹⁾ Situation au jour de la première visite.

UNE SITUATION ÉCONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE DÉGRADÉE ET PRÉCAIRE

La situation financière des familles accueillies dans les Caso est extrêmement précaire : 97,7 % d'entre elles déclarent vivre en dessous du seuil de pauvreté¹⁶. Parmi elles, 48,4 % ont déclaré n'avoir aucune ressource (tableau 4).

Seules 15,3 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour la grande majorité d'entre elles (tableau 4). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer une activité (19,1 % contre 8,5 %). Par ailleurs, pour les ressortissants étrangers, la pratique d'une activité professionnelle progresse plus nettement après un an de présence en France : 4,2 % travaillent parmi les personnes présentes depuis moins de trois mois, contre environ 39 % parmi celles installées après 3 ans de présence. Mais le travail non déclaré reste le plus fréquent : la situation administrative des ressortissants étrangers ne leur permet bien souvent pas l'accès au travail déclaré et toutes les garanties, notamment de couverture maladie, que cela implique.

TABLEAU 4 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES⁽¹⁾ DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2019.

| | n | % |
|--|-------|------|
| Exercent une activité pour gagner leur vie en France | | |
| - Activité déclarée | 302 | 2,0 |
| - Activité non déclarée | 2 052 | 13,3 |
| Niveau de ressources financières (officielles ou non) | | |
| - Aucune ressource | 1 865 | 48,4 |
| - Ressources inférieures au seuil de pauvreté | 1 901 | 49,3 |
| - Ressources supérieures au seuil de pauvreté | 87 | 2,3 |

Taux de réponse : Activité : 88,1 % ; Ressources du foyer : 22,0 %.

⁽¹⁾ Situation au jour de la première visite.

PEU D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES REÇUES

Les problématiques de l'habitat précaire touchent tous les publics rencontrés par les programmes de MdM, qu'il s'agisse des migrants en errance ou dans les campements, de personnes isolées à la rue rencontrées en maraudes, d'habitants de bidonvilles, squats ou autres habitats précaires, ou encore des travailleuses-eurs du sexe. Les mineurs non accompagnés (MNA), quant à eux, sont rarement mis à l'abri lors de l'évaluation de leur minorité et souvent laissés sans hébergement à la suite d'un refus par l'aide sociale à l'enfance (ASE) (cf. partie « Des mineurs en danger », page 35).

Les opérations d'expulsion répétitives des personnes vivant dans des campements ou bidonvilles sont aussi un facteur qui rend difficile le quotidien des personnes rencontrées par MdM. Les déplacements contraints des personnes à la rue, les expulsions des campements et bidonvilles créent pour les personnes qui la subissent une instabilité et une insécurité permanente. La recherche incessante de nouveaux lieux de vie est un enjeu prioritaire pour ces personnes, et relègue bien souvent au second plan leur santé et leur accès aux soins qui se limitent alors aux seuls soins urgents.

Concernant les personnes reçues dans les Caso, 32,2 % vivent en habitat précaire (à la rue, hébergement d'urgence de moins de 15 jours ou en squat/bidonville) (tableau 5). La proportion des personnes sans domicile a par ailleurs fortement augmenté, passant de 13,6 % en 2009 à 24,9 % en 2019 (figure 3).

Quant aux autres personnes reçues, 6 personnes sur 10 sont hébergées, en majorité par de la famille ou des proches. Seules 6,3 % ont finalement un logement personnel.

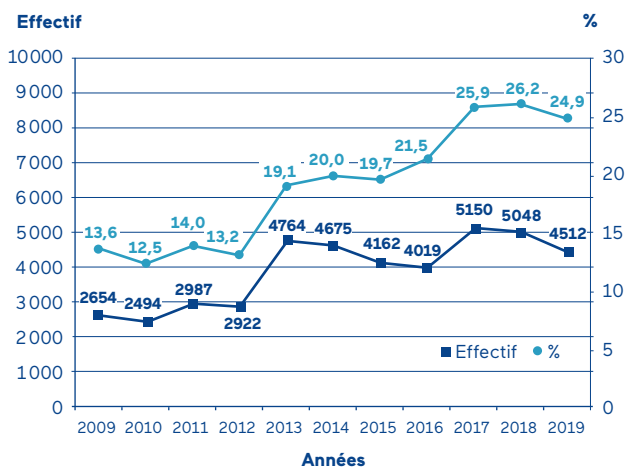
TABLEAU 5 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2019.

| | n | % |
|--|---------------|-------------|
| Logement personnel (dont caravane sur terrain légal) | 1 146 | 6,3 |
| Hébergé(e)s | 10 904 | 60,3 |
| - Hébergé(e) par de la famille ou des amis | 9 157 | 50,6 |
| - Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours (hôtel, foyer, CADA...) | 1 428 | 7,9 |
| - Hébergé par un réseau/collectif militant/hébergement solidaire | 319 | 1,8 |
| Squat, bidonville | 1 327 | 7,3 |
| - Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat) | 909 | 5,0 |
| - Occupant un terrain sans droit (campement illégal) | 418 | 2,3 |
| Sans domicile fixe | 4 512 | 24,9 |
| - Personne à la rue | 3 620 | 20,0 |
| - Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, samu social...) | 892 | 4,9 |
| Autre situation | 201 | 1,1 |
| Ressenti des patients vis-à-vis du logement | | |
| - Temporaire / Instable | 12 992 | 77,4 |
| - Stable | 3 803 | 22,6 |

Taux de réponse : Type de logement : 78,5 % ; Ressenti sur le logement : 72,9 %.

(16) Ce seuil établit en 2018 à 1 065 euros mensuel pour une personne seule et correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population (source : Insee).

FIGURE 3 : ÉVOLUTION DE LA PROPORTION ET DU NOMBRE DE PERSONNES SANS DOMICILE FIXE ACCUEILLIES DANS LES CASO DE 2009 À 2019.



« Je n'ai rien pu faire et pourtant ! Je reçois une maman avec 3 enfants, dont une petite fille de 11 ans atteinte de trisomie. Elles sont à la rue depuis plusieurs jours. Aucune possibilité de régulariser son séjour, elle vient d'un pays sûr. Je me démène pour trouver un logement provisoire sans résultat. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

La saturation des dispositifs d'hébergement¹⁷ et le durcissement des conditions pour y accéder n'épargnent pas les femmes, dont 19,8 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence de courte durée (figure 4). La situation est encore plus inquiétante pour celles vivant seules avec des enfants, qui sont près de 25 % à vivre à la rue ou en hébergement d'urgence. Le Défenseur des droits (DDD) a récemment mis en évidence les effets délétères que l'hébergement en hôtel social pouvait produire sur les relations familiales et amicales mais aussi la scolarité et la santé des adolescents [DDD, 2019]. Par ailleurs, ces conditions de vie précaires contribuent à rendre les femmes plus vulnérables et à les exposer notamment à toutes formes de violences. L'enquête Dsafir auprès de femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France a ainsi montré que 46 % d'entre elles avaient vécu des violences depuis leur arrivée en France [Ando, 2018]. De plus, les femmes doivent parfois payer leur hébergement en nature (services sexuels tarifés ou autres non rémunérés) [Pannetier, 2018].

« Une jeune femme d'origine congolaise dit être hébergée par un "frère congolais". En échange, on lui demande "d'être gentille". La personne, chez qui elle vit actuellement, ne pourra plus l'héberger dans trois mois ; mais elle explique avoir déjà trouvé quelqu'un qui va lui demander "d'être gentille" en échange d'un hébergement.

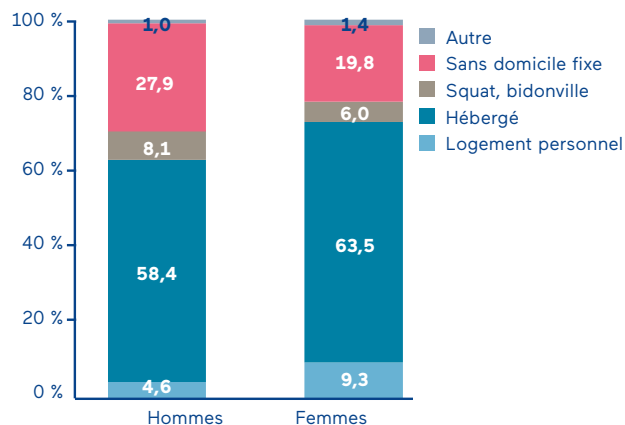
" Je préfère ça que d'être dans la rue", dit-elle. Le médecin lui suspecte un problème de santé grave et elle confie son inquiétude : si elle est vraiment malade, "être gentille" ne suffira plus et ce sera la rue. »

[Caso de Lyon, 2019]

En ce qui concerne les nationalités, les ressortissants étrangers originaires d'Europe hors UE apparaissent comme nettement plus souvent à la rue que les autres personnes étrangères : 43,5 % sont sans domicile fixe. Les ressortissants d'Afrique subsaharienne et du Proche et Moyen-Orient sont également nombreux à être sans domicile avec respectivement 29,3 % et 24,5 %.

Globalement, les situations de logement tendent à s'améliorer avec la durée de résidence en France, bien qu'elles restent précaires. Ainsi, un tiers des personnes en France depuis moins de trois mois sont sans domicile fixe, proportion diminuant à 15 % pour les personnes résidant en France depuis 3 ans ou plus. La proportion de personnes en logement personnel est quant à elle de 3 % chez les personnes arrivées depuis moins de trois mois contre 23,1 % chez les personnes installées depuis 10 ans ou plus.

FIGURE 4 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT⁽¹⁾ DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2019.



⁽¹⁾ Situation au jour de la première visite.

Ces données mettent en avant assez distinctement les difficultés d'accès au logement en France. La persistance de l'existence de bidonvilles, forme d'habitat très précaire, en est particulièrement révélatrice. Depuis les années 1960, le bidonville est un véritable marqueur de l'exclusion et illustre bien le mal-logement. Les bidonvilles métropolitains, auxquels une attention croissante a été portée depuis les années 2000, s'installent le plus souvent dans des espaces non bâtis, des interstices urbains, des friches industrielles

(17) Centre d'hébergement d'urgence (CHU), Centre d'hébergement de stabilisation (CHS), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), hôtels sociaux / hôtels-115 et le dispositif national d'accueil (DNA) pour les demandeurs d'asile.

ou des zones rurales peu fréquentées [Delon, 2017 ; CNDH Romeurope, 2017]. Malgré l'instruction interministérielle¹⁸ de janvier 2018, apparue comme un signe positif d'évolution de l'action publique en donnant une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles [MdM, 2017], le nombre de personnes vivant en bidonville a été estimé à 17 619 en juin 2019 par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès aux logements [Dihal, 2019].

Si l'annonce d'une augmentation significative du budget alloué en septembre 2019 à la politique de résorption des campements illicites et des bidonvilles a été saluée par les associations, sa coordination à l'échelle locale reste insuffisante et la volonté des acteurs publics inégale selon les territoires. Il est en outre primordial que les stratégies de résorption s'adressent à tous les habitants de ces lieux de vie, en ne se limitant pas, comme c'est le cas aujourd'hui, aux seuls ressortissants européens et au territoire métropolitain.

Par ailleurs, la crise du logement et de l'hébergement perdure et s'accroît : aujourd'hui, la France est un pays où l'accès à un hébergement revêt des allures de combat perdu d'avance pour une majorité de personnes sans domicile fixe. Il s'agit bien d'un constat national et partagé avec les autres acteurs du secteur médico-social : familles à la rue, saturation de la plateforme téléphonique « 115 », des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et des dispositifs d'hébergement, mise en place de critères de vulnérabilité toujours plus restrictifs appliqués dans certains départements¹⁹ et solutions proposées toujours insuffisantes qualitativement et quantitativement, et de court-terme.

« Une famille de demandeurs d'asile, hébergée dans le cadre de l'urgence en présence de 5 enfants âgés de 13 ans, 11 ans, 8 ans, 5 ans et 1 an, a été remise à la rue après un mois de prise en charge. Les services décisionnaires nous en ont expliqué les raisons : il n'y a plus de budget et la famille ne présente pas les critères de priorité puisque le dernier enfant a plus d'un an. »

[Caso de Nice, 2019]

La Fondation Abbé Pierre (FAP) l'a encore rappelé dans son 25^e rapport : près de 4 millions de personnes souffrent du mal-logement ou d'absence de logement et plus de 143 000²⁰ sont sans domicile fixe (personnes sans abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou hébergées dans un logement associatif). Cependant, faute d'étude plus récente sur le nombre de personnes sans domicile fixe depuis l'enquête de l'Insee en 2012²¹, la FAP estime leur nombre autour de 250 000 en 2019 (environ 150 000 personnes en hébergement d'urgence ou d'insertion généraliste et 100 000 personnes au sein du dispositif national d'accueil (DNA) au sens de l'Insee) [FAP, 2019]. Le baromètre du 115 de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) mettait en avant en 2017 ce sous-dimensionnement structurel des hébergements d'urgence : entre le 10 juin et le 10 juillet 2017, 20 845 demandes de personnes différentes ont été faites auprès des 115 dans les 41 départements du baromètre et parmi elles, 10 632 n'ont jamais été hébergées, soit plus de la moitié. De nombreuses personnes ont aussi tout simplement renoncé à appeler le 115 durant l'hiver 2016-2017. Les familles représentaient, quant à elle 48 % du public total en attente d'hébergement et leurs demandes constituaient la moitié des demandes enregistrées²². Il y a une dizaine d'années, il y avait déjà des familles à la rue, mais les hommes seuls pouvaient encore accéder à un hébergement d'urgence. Or aujourd'hui, les places en hôtels sont surtout destinées à des familles, considérées comme prioritaires et dont le nombre a sensiblement augmenté.

(18) Instruction du gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles, 25 janvier 2018.

(19) Le Collectif des associations unies (CAU) a alerté sur les dangers de la mise en place dans plusieurs départements « de critères sélectifs d'accès à l'hébergement des familles à l'hôtel provoquant des ruptures de prise en charge, ainsi que la remise à la rue des personnes liée à la fermeture des places hivernales » (exemples de critère : femmes enceintes à partir de 7 mois de grossesse, enfant de moins de 1 an, etc.).

(20) Enquête Sans-domicile, Insee. Les sans-domicile, au sens de cette enquête, peuvent être sans abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou hébergés dans un logement associatif. 2012.

(21) *Ibid.*

(22) *Ibid.*

LES CONSÉQUENCES DU MANQUE D'HÉBERGEMENT SUR LES PERSONNES PRÉCAIRES ET LEUR PRISE EN CHARGE PAR LES ÉQUIPES MDM : TÉMOIGNAGE DE LA COORDINATRICE DU CASO DE NICE

« Nous recevons au mois de décembre une jeune femme tchétchène, Mme X., en demande d'asile : elle doit obtenir son attestation de demande d'asile lors de son rendez-vous en préfecture le lendemain. Âgée de 24 ans, elle est seule avec ses deux enfants de 2 et 3 ans. Elle nous dit être à la rue depuis cinq jours. Nous contactons le 115 et apprenons qu'elle a bénéficié d'une mise à l'abri de quelques jours après un signalement du Samu social, et que son hébergement n'a pas été renouvelé en l'absence de suivi social. Une nouvelle demande est donc transmise et se voit opposer un refus, faute de place. Nous sommes lundi, Mme X. repart dans la rue avec ses deux enfants. Elle revient nous voir deux jours après : elle a obtenu son attestation de demande d'asile, et nous informe que Forum Réfugiés lui a dit de contacter le 115. Nous les appelons : ils nous confirment qu'une demande d'hébergement a été faite et que Mme X. doit appeler elle-même le 115... Elle est en France depuis 3 semaines et ne parle pas français. MDM appelle le 115 : nouveau refus de prise en charge ; nous demandons à la Spada de Forum Réfugiés, qui est en charge du suivi social des demandeurs d'asile, de renouveler la demande d'hébergement et de signaler la grande vulnérabilité de cette situation à l'Ofii : nous nous heurtons encore à un refus. A 20 heures, alors que nos locaux sont fermés au public depuis 17 heures, nous sommes encore présents pour une réunion. De nos fenêtres, nous voyons Mme X. ; quand nous allons la chercher pour lui proposer une solution - celle de nous cotiser pour lui régler une nuit d'hôtel - nous ne la trouvons plus. Dès le lendemain matin (le jeudi), nous signalons nous même la situation à l'Ofii (qui n'avait pas eu de signalement de vulnérabilité de la part de la Spada) : une solution est trouvée dans la journée ; Mme X. est durablement hébergée en Huda. »

Cette situation témoigne avant tout des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes que MDM est amené à recevoir. Elle illustre aussi la crise de l'hébergement et met en lumière les difficultés rencontrées par les intervenants qu'ils soient bénévoles ou salariés. La situation de Mme X. n'est pas isolée et les équipes de MDM y font face très souvent. « Les bénévoles ont fondé leur engagement dans notre association sur leur motivation à lutter contre l'injustice mais que faire quand on ne peut pas orienter des enfants qui dorment dans la rue ? Où et comment doit s'exprimer la solidarité ? À travers un engagement associatif ou bien au-delà, dans un cadre personnel en prenant à sa charge ces situations, au risque de sa vie privée ? ».

Par ailleurs, la crise de l'hébergement bouleverse les attitudes professionnelles comme en témoigne un travailleur social de MDM : « Avant, quand je voyais une famille avec des enfants, la première chose que je faisais, c'était de m'assurer qu'ils étaient hébergés ; si jamais ce n'était pas le cas je savais que dans la journée on trouverait une solution. Maintenant quand je vois arriver une famille avec des enfants, j'ai peur qu'ils me disent qu'ils sont à la rue : parce que je sais que je vais demander un hébergement d'urgence, que je vais faire naître des espoirs (même si j'explique que ça risque de ne pas aboutir), et qu'au bout du compte la plupart du temps ça n'aboutira pas. Il faudra alors expliquer à cette famille qu'il faut encore rester dans la rue quelques jours, qu'on finira bien par obtenir quelque chose dans quelques jours, voire quelques semaines ... »

« Un jour pour vous, c'est un mois pour moi, quand on attend, quand on a froid ... »

Témoignage d'une personne à la rue en attente d'un hébergement. [Caso Nice, 2019]

MdM, avec ses partenaires, associatifs alerte régulièrement sur la remise en cause par les acteurs institutionnels du principe d'inconditionnalité de l'accueil²³ en hébergement d'urgence et de l'accompagnement social qui devrait y être offert. La publication des circulaires Collomb adoptées en

2017²⁴ illustre la mise à mal de ce principe en instaurant des évaluations de la situation administrative des personnes hébergées par des équipes composées d'agents de la préfecture compétents en droit des étrangers et d'agents de l'Ofii (cf. encart page 28).

(23) Loi du 25 mars 2009 dispose dans son article 73 que « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

(24) Circulaire sur l'évolution du parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des réfugiés, 4 décembre 2017 ; circulaire sur l'examen des situations administratives dans l'hébergement d'urgence, 12 décembre 2017.

LA DÉMARCHE CONTENTIEUSE POUR DÉFENDRE L'INCONDITIONNALITÉ DE L'ACCUEIL EN HÉBERGEMENT D'URGENCE

En septembre 2019, 30 acteurs²⁵ de la société civile, dont MdM, se sont mobilisés contre la circulaire interministérielle du 4 juillet 2019 organisant les partages d'informations entre le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) et l'Ofii. Pour les associations, elle contrevenait au principe d'inconditionnalité de l'accueil dans l'hébergement, exigeant des centres d'hébergement d'urgence :

- la transmission de fichiers nominatifs à l'Ofii comportant des informations sensibles telle la nationalité des personnes, leur statut administratif, etc.
- le recensement des personnes étrangères dans l'hébergement : en créant ainsi une mission de contrôle à la charge des associations, non prévues par la loi et contraire à la vocation des associations et des travailleurs sociaux y exerçant leur métier.

Du fait de ces contrôles, les associations craignaient naturellement une augmentation du non-recours à l'hébergement d'urgence et une augmentation du nombre de personnes à la rue ou vivant dans des campements indignes. Pour elles, la circulaire allait à l'encontre du respect de la protection des données personnelles et individuelles des personnes hébergées puisqu'elle demande aux centres d'hébergement d'urgence de créer un fichier des demandeurs d'asile et des personnes réfugiées hébergées, voire des personnes déboutées de l'asile, et de le transmettre mensuellement à l'Ofii alors même que notamment :

- le recueil du consentement des personnes hébergées à figurer dans ce fichier n'est pas obligatoire,
- les personnes ne sont pas informées des finalités de ce fichier et de l'utilisation qui sera faite de leurs données personnelles,
- l'archivage de ces données n'est pas encadré (pas de durée limitative de conservation des données personnelles).

Si, le 6 novembre 2019²⁶, le Conseil d'État rejette le recours en annulation, le référé-suspension et la question préjudicielle de constitutionnalité des associations, cela est loin d'être négatif puisque le juge encadre l'interprétation qui peut être faite de cette circulaire et la limite :

- la circulaire « ne peut [...] interdire l'accès au dispositif d'hébergement d'urgence aux demandeurs d'asile ou bénéficiaires de la protection internationale ou les en exclure » ;
- l'examen du droit au séjour des personnes de nationalité étrangère accueillies ne peut pas être imposée ni aux personnes ni aux gestionnaires de ces centres, dont le consentement doit être préalablement recueilli ;
- les informations collectées auprès des personnes ne peuvent être utilisées à d'autres fins que la fluidité de l'hébergement d'urgence (en orientant les demandeurs d'asile et les réfugiés vers le DNA) et le calcul de l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA) ;
- Les informations recueillies par les SIAO sont communiquées aux seuls agents de l'Ofii spécialement habilités. Les préfetures n'ont pas accès à ces données ;
- les personnes doivent, conformément à l'instruction, être informées de l'existence de cette transmission d'informations à l'Ofii et de ses finalités au moment de la collecte des données ;
- Surtout, le juge confirme qu'en l'absence de modification par la loi ou par l'instruction des modalités de recueil des données par les SIAO, « les personnes interrogées peuvent librement refuser de répondre aux questions posées et doivent être informées de l'absence de conséquences d'un défaut de réponse » sur leur droit à un hébergement.

(25) la Fédération des Acteurs de la Solidarité, la Fédération Nationale des Samu sociaux, Emmaüs France, Emmaüs Solidarité, la Fondation Abbé Pierre, pour le Logement des Défavorisés, la Fondation de l'Armée du Salut, le Secours Catholique, Médecins du Monde, Les Petits Frères des Pauvres, Habitat et Insertion, l'Association des Cités du Secours Catholique, l'association DALO, l'Association Nationale des Assistants de Service Social, l'Association Nationale le Refuge, l'ARDHIS, l'Association Aurore, l'association Avocat-e-s pour la défense des étranger-e-s, le Centre d'Action Sociale Protestant dans la Région Parisienne, la Cimade, le Collectif Les Morts de la Rue, l'association Dignité, Dom'Asile, la FASTI, la Fédération Droit au Logement, la Fédération Santé Habitat, le GISTI, Interlogement 93, la Ligue des Droits de l'Homme, la Fédération Addiction et l'association ELENA.

(26) Conseil d'État, 2e-7e chambres réunies, 6 novembre 2019, 434376.

LES PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2019, 9 386 personnes en situation irrégulière ont été

accueillies dans les Caso soit 62 % de l'ensemble des étrangers majeurs reçus dans les Caso.

→ Près de 7 personnes sur 10 sont hébergées, principalement par des proches, et 19 % sont sans domicile fixe.

→ Près de 84 % des personnes relevant en théorie d'une couverture maladie n'ont pas de droit ouvert.

→ L'absence de domiciliation administrative concerne 37,9 % des personnes de 16 ans et plus.

→ Près de 40 % des personnes indiquent limiter leurs déplacements par peur d'être arrêtées.

→ 15 % des personnes en situation irrégulière, vues en consultation de médecine générale, ont indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

En 2019, 9 386 personnes en situation irrégulière au jour de leur première visite ont été accueillies dans les Caso, soit 50,6 % de la file active totale et 62 % des étrangers majeurs. Il est à noter que même les personnes ayant une autorisation de séjour sont dans une situation administrative précaire dans la mesure où seuls 7,1 % des personnes en situation régulière (hors UE) rencontrées ont un titre de séjour de plus de six mois. Nombreuses sont les personnes qui disposent de récépissés de demande de séjour pouvant être renouvelés plusieurs fois. Les personnes passent ainsi souvent d'une catégorie à l'autre, d'une situation régulière à irrégulière, ce qui complexifie et fragilise d'autant leur accès à tous les droits²⁸, dont les droits de santé (tableau 6).

TABLEAU 6 : SITUATION ADMINISTRATIVE⁽¹⁾ DES PERSONNES ÉTRANGÈRES DE 18 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2019.

| | n | % |
|---------------------------------------|-------|------|
| Ressortissants de l'UE | | |
| situation régulière | 483 | 47,2 |
| situation irrégulière | 540 | 52,8 |
| Étrangers hors UE | | |
| situation régulière | 5 263 | 37,3 |
| situation irrégulière | 8 846 | 62,7 |
| Ensemble des étrangers majeurs | | |
| situation régulière | 5 746 | 38,0 |
| situation irrégulière | 9 386 | 62,0 |

Taux de réponse : 92,2 %.

⁽¹⁾ Situation au jour de la première visite.

Pour résider régulièrement en France, tout étranger doit être en possession d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs et des ressortissants de l'espace Schengen²⁷. Ces derniers peuvent séjourner librement sur le territoire français pour une durée maximale de trois mois au titre de la liberté de circulation. Au-delà de cette période, ils doivent, pour être autorisés à rester en France, justifier d'une activité professionnelle ou, s'ils sont inactifs, de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie, sauf à bénéficier d'un droit au séjour à un autre titre (en qualité de membre de famille d'une personne en situation régulière, par exemple) ; à défaut, ils sont considérés en situation irrégulière. Il est par définition très difficile de chiffrer le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France. Il n'existe pas de donnée fiable en France mais les estimations oscillent entre 300 000 et 400 000 personnes en situation irrégulière [Triandafyllidou, 2009 ; Connor, 2019].

Les étrangers en situation irrégulière sont pour près de 60 % d'entre eux des hommes. L'âge moyen est de 35 ans, et plus de la moitié ont entre 18 et 34 ans (57 %). Ils sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (49,9 %) et du Maghreb (31,7 %) (tableau 7) et résident en France pour une majorité d'entre eux (65,5 %) depuis moins d'un an ; toutefois près de 16,7 % indiquent se trouver en France depuis plus de trois ans.

(27) L'espace Schengen représente 26 pays européens qui ont mutuellement décidé d'éliminer le passeport et les contrôles d'immigration à leurs frontières communes. La gestion des frontières européennes repose sur le principe de la libre circulation des personnes au sein de l'espace Schengen. Cependant, les forts mouvements migratoires de 2015 ont conduit plusieurs États membres dont la France à rétablir ces contrôles par période de six mois renouvelé. En effet, l'article 25 du code frontière de Schengen (CFS) prévoit en son premier paragraphe qu'« en cas de menace grave pour l'ordre public ou la sécurité intérieure d'un État membre dans l'espace sans contrôle aux frontières intérieures, cet État membre peut exceptionnellement réintroduire le contrôle aux frontières sur tous les tronçons ou sur certains tronçons spécifiques de ses frontières intérieures pendant une période limitée d'une durée maximale de trente jours ou pour la durée prévisible de la menace grave si elle est supérieure à trente jours. La portée et la durée de la réintroduction temporaire du contrôle aux frontières intérieures ne doivent pas excéder ce qui est strictement nécessaire pour répondre à la menace grave ».

(28) Gisti : Sans papiers mais pas sans droits. Les notes pratiques, octobre 2019.

TABLEAU 7 : PRINCIPALES NATIONALITÉS REPRÉSENTÉES PARMI LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REÇUS DANS LES CASO, 2019.

| | % | | % |
|---------------|------|----------|------|
| Algérie | 18,4 | Sénégal | 3,9 |
| Côte d'Ivoire | 16,8 | Comores | 3,2 |
| Mali | 7,5 | Roumanie | 3,2 |
| Maroc | 7,5 | Inde | 2,7 |
| Cameroun | 7,0 | Nigeria | 2,1 |
| Tunisie | 5,2 | Autre | 22,4 |

DES CONDITIONS DE VIE MARQUÉES PAR LA PRÉCARITÉ ET LES SÉPARATIONS FAMILIALES

Le constat n'est pas nouveau pour les personnes en situation irrégulière reçues dans les Caso dont les conditions de vie et de logement sont marquées par une grande précarité : 19,3 % sont sans domicile fixe et 5,8 % vivent dans des squats ou des bidonvilles. Enfin, près de 7 personnes sur 10 sont hébergées, majoritairement par des proches, souvent dans des conditions de logement surpeuplé. L'hébergement par des proches ou des « amis » ne l'est pas toujours à titre gracieux et se monnaie en espèce ou parfois en nature. Du point de vue de l'environnement familial, les trois quarts des personnes en situation irrégulière reçues dans les Caso sont seules en France et sans enfant à charge. Bien qu'un tiers de ces personnes aient des enfants mineurs, la majorité ne vit pas avec eux, avec les implications que cela peut entraîner pour les enfants et les parents (séparation, inquiétude d'être sans nouvelle de ses enfants, création d'un sentiment d'abandon pour les enfants, ...) [Barou, 2011 ; Fresnoza-Flot, 2013]. Par ailleurs, l'absence d'autorisation de séjour interdit de travailler de façon légale. Cela étant, les personnes en situation irrégulière sont plus nombreuses à avoir une activité rémunérée : 20,1 % d'entre elles contre 7,3 % des personnes majeures en situation régulière.

En 2019, 5 653 personnes en situation irrégulière ont été reçues lors de 9 285 consultations de médecine générale ou spécialisée en Caso. Leurs problèmes de santé se concentrent autour des affections digestives (25 %), ostéoarticulaires (22,3 %) et liées à l'appareil respiratoires (16,5 %). Ils sont également 13,3 % à avoir présenté des pathologies dermatologiques et 10,1 % des pathologies cardiovasculaires. Par ailleurs, 58,3 % des patients en situation irrégulière présentaient une pathologie chronique.

L'ACCÈS À L'AME : DISPOSITIF ESSENTIEL, MAL CONNU ET SOUS UTILISÉ

L'aide médicale d'État (AME) est une prestation d'aide sociale, renouvelable chaque année. Les personnes qui en bénéficient ne sont pas des assurés sociaux : elles n'ont pas de carte Vitale, ne bénéficient pas des campagnes de prévention organisées par les CPAM et ne peuvent pas déclarer un médecin traitant référent. L'AME prend en charge les frais de santé à hauteur de 100 % du tarif Sécurité sociale et est destinée théoriquement à tous les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une présence ininterrompue de trois mois en France, sous condition de faibles ressources financières²⁹.

Une politique de santé publique gagne à viser l'accès pour tous, sans entrave, à une couverture maladie universelle. Mais l'histoire et l'actualité récente sur l'AME et la couverture maladie universelle pour les demandeurs d'asile en 2019 ont montré que ces dispositifs n'étaient pas suffisamment ancrés dans le système de soins et qu'ils faisaient régulièrement l'objet de restrictions depuis leur création (cf. partie « Accès à la couverture maladie : de nouvelles attaques en 2019 contre l'AME et les droits à la santé des demandeurs d'asile », page 71).

De plus, l'obtention de cette prestation dans les faits s'avère souvent très problématique pour les personnes en situation irrégulière : près de 84 % des personnes relevant en théorie d'une couverture maladie, n'ont pas de droit ouvert. La proportion de personnes avec une protection maladie s'améliore avec la durée de présence en France, mais reste toutefois relativement faible. En effet, parmi les personnes en situation irrégulière relevant en théorie de l'AME, 91,7 % ne disposent d'aucune couverture maladie française lorsqu'elles sont présentes en France depuis moins d'un an, contre 78 % après 1 à 3 ans de présence et 77,5 % après 3 ans. Les difficultés pour l'obtention ou le renouvellement de ces droits perdurent au fil des années. Les bénéficiaires doivent, en effet, renouveler tous les ans les démarches, avec des pièces à fournir, facteur fréquent de rupture de droits et de soins.

Les personnes en situation irrégulière reçues dans les Caso se heurtent à des difficultés administratives (32,5 %) et à une méconnaissance des droits et des structures (32,1 %) dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins. Les équipes de MdM constatent un manque criant d'informations ciblées et adaptées auprès des potentiels bénéficiaires sur l'accès à l'AME. Certaines caisses de Sécurité sociale ont aussi des pratiques en marge de la réglementation, compliquant davantage l'accès aux droits (cf. page 73). On constate fréquemment des demandes abusives de justificatifs non prévus dans les textes et des délais d'instruction des dossiers particulièrement longs ; cela pose un réel problème d'efficacité en termes d'accès à la protection maladie, avec

l'impossibilité pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite³⁰ ou d'un retard de procédure.

« Une personne reçoit un retour de dossier de demande d'AME, deux mois après l'avoir déposé car la photo est bien jointe au dossier mais elle n'a pas été collée. »

[Caso de Nice, 2019]

Les difficultés financières et la barrière linguistique sont aussi des obstacles majeurs pour respectivement 14,5 % et 13,2 % des personnes. L'absence de domiciliation administrative, qui concerne 37,9 % des étrangers (de 16 ans et plus) sans titre de séjour constitue aussi une difficulté majeure à l'ouverture des droits. Enfin, près de 40 % des personnes en situation irrégulière craignent les contrôles de police et limitent en conséquence leurs déplacements. En lien avec l'ensemble de ces difficultés, 14,8 % des personnes en situation irrégulière ont indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

La récente enquête de l'Irdes « *Premier pas* » confirme les constats relatés de longue date par MdM [Jusot, 2019]. Selon celle-ci, parmi les personnes éligibles à l'AME mais n'en bénéficiant pas, 67 % en ont déjà entendu parler, dont 24 % qui en ont déjà bénéficié mais ne l'ont pas renouvelée en raison de la complexité des démarches. La majorité des personnes n'ayant pas l'AME ne l'ont jamais eue bien qu'elles en aient entendu parler. Ainsi, les raisons évoquées sont l'absence de connaissance du dispositif, du lieu où se rendre pour l'obtenir, l'absence de justificatifs de revenus, de résidence et d'identité.

Ces résultats mettent en évidence les difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation irrégulière qui peuvent générer des renoncements aux soins et des retards de recours aux soins pour nombre d'entre eux. En témoignent les 14,8 % des personnes en situation irrégulière vues en médecine générale qui ont indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Selon l'avis des médecins, la moitié des personnes en situation irrégulière présentaient par ailleurs un retard de recours aux soins lors de leurs premières consultations en Caso. La prise en charge médicale est, de plus, considérée comme urgente ou assez urgente pour 36,6 % de ces personnes.

L'accès aux soins des personnes en situation irrégulière doit être amélioré dans un objectif de santé publique et de santé individuelle. Cela passe en particulier par une simplification de l'accès aux droits ainsi que par une amélioration des conditions d'accès au titre de séjour pour les étrangers malades.

Le droit au séjour, par ce qu'il implique en termes d'accès aux droits et aux soins, est un puissant déterminant de la santé. MdM milite afin que toute personne, sur un même territoire, quel que soit son statut administratif, ait accès aux soins et dispose de la même protection sociale.

MdM continue de militer (depuis la création de la CMU en 1999), comme de nombreuses institutions³¹ et associations, pour l'intégration du dispositif de l'AME dans la protection universelle maladie (PUMa)³². Cela constituerait d'une part une mesure de santé publique majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires, et d'autre part une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoce et donc moins coûteux. Cela constituerait aussi une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé, ainsi que des économies de gestion.

Enfin, MdM recommande la création d'une seule et même carte Vitale pour toutes les personnes résidant sur le territoire français – qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière – afin de contribuer à réduire les refus de soins pour des raisons de lourdeurs administratives pointées par les professionnels de santé.

Une partie est consacrée à la réforme de l'AME et la couverture maladie pour les demandeurs d'asile (cf. page 71).

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

(31) Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) ; le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [CNLE, 2011], le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), l'Académie nationale de médecine en 2017 et le Défenseur des droits (DDD) en 2014 et 2019 [DDD, 2014 ; DDD, 2019 ; HCE, 2017a ; Académie nationale de médecine, 2017].

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

**LES DEMANDEURS
 D'ASILE**

**LES POINTS
 ESSENTIELS**

→ En 2019, 14,5 % des personnes reçues dans les Caso sont en procédure de demande d'asile.

→ Plus de la moitié (57,4 %) des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne, 25 % d'Europe hors UE.

→ Seuls 40 % des demandeurs d'asile sont hébergés par des proches, par un organisme ou une association, ou par un réseau/collectif solidaire. Plus de la moitié (58,3 %) sont à la rue, en hébergement d'urgence de courte durée ou vivent en squat ou bidonville.

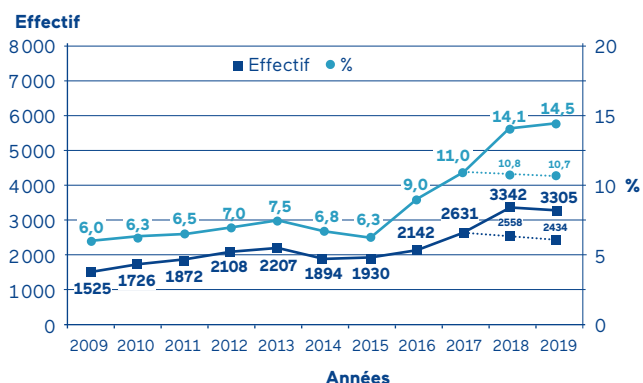
→ Les trois quarts des demandeurs d'asile ne disposent d'aucune couverture maladie alors qu'ils devraient y avoir droit en théorie.

→ Près de la moitié (48,6 %) présentent un retard dans l'accès aux soins et ont un besoin de soins urgents (46 %).

La poursuite de la dégradation de la situation sécuritaire, les déplacements forcés et le maintien de la pauvreté dans plusieurs régions du monde conduisent les personnes migrantes à fuir et/ou à concevoir des projets individuels ailleurs. En 2019, 132 826 personnes ont introduit des demandes d'asile, contre 66 251 en 2013 selon l'Ofpra. Les demandeurs d'asile sont principalement d'origine afghane (10 027), albanaise (8 032), géorgienne (7 757) et guinéenne (6 651). Au total, ce sont 36 139 personnes (réfugiées et sous protection subsidiaire, hors mineurs accompagnants) qui ont bénéficié d'une protection au titre de l'asile en 2019 en France soit une augmentation de 9,5 % par rapport à 2018 [Ofpra, 2019]³³.

En 2019, 3 305 demandeurs d'asile³⁴, ont été accueillis dans les Caso soit 14,5 % de la file active. La part des demandeurs d'asile est restée stable par rapport aux deux années antérieures (figure 5).

FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE DEMANDEURS D'ASILE⁽¹⁾ REÇUS DANS LES CASO DE 2009 À 2019.



⁽¹⁾ Personnes dont la procédure de demande d'asile est en cours ou recours, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en préfecture, une demande ou un recours/réexamen en cours ainsi que les personnes en procédure Dublin III.

* Les personnes placées en procédure Dublin III sont incluses dans les demandeurs d'asile et les personnes en situation régulière à partir de 2018. En pointillé : résultats sans intégrer les procédures Dublin aux demandeurs d'asile.

Les personnes sont reçues par MdM très souvent au terme d'un parcours migratoire long et traumatisant, et des conditions de vie précaires lorsqu'elles arrivent en France. Celles qui souhaitent demander l'asile ne sont pas au bout de leur peine et doivent faire face à une véritable course d'obstacles. Si la réforme en 2015 de l'asile³⁵ visait officiellement à faciliter le traitement et les conditions de vie des demandeurs d'asile, la réalité est tout autre et l'accès même à la procédure de demande d'asile s'est complexifié pour bon nombre d'entre eux – à en oublier que le droit d'asile a valeur constitutionnelle. Parmi les demandeurs d'asile reçus dans les Caso, 38,6 % ont une convocation pour un rendez-vous en préfecture, 28 % ont une demande en cours d'étude, 7,1 % ont un recours en cours et 26,4 % sont placées en procédure Dublin. Parmi les personnes en cours de demande ou de recours, 39,3 % sont en procédure accélérée³⁶. Le recours à cette procédure, moins protectrice et n'assurant pas les mêmes garanties lors du processus d'instruction de la demande d'asile³⁷, reste particulièrement élevé depuis 2016 et s'est multiplié depuis sa mise en place par la réforme de l'asile en 2015 [Ofpra, 2019].

Plus de la moitié des demandeurs d'asile reçus dans les Caso sont originaires d'Afrique subsaharienne (57,4 %), et un quart vient d'Europe hors UE (25,2 %). Ils sont également

(33) L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) est un établissement public administratif sous tutelle du ministère de l'Intérieur depuis le décret du 25 novembre 2010 chargé d'assurer en France l'application des textes relatifs à la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et à l'admission à la protection subsidiaire, notamment la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés et la Convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides. La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) est la juridiction administrative compétente pour statuer sur les recours formés contre les décisions de l'Ofpra.

(34) On considère comme demandeurs d'asile les étrangers (hors Union européenne) dont la procédure de demande d'asile est en cours, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en préfecture, une demande OFPRA en cours ou un recours/réexamen Ofpra/CNDA en cours. Depuis 2018, les personnes placées en procédure Dublin III ont également été comptabilisées parmi les demandeurs d'asile.

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

(36) Les demandes placées en procédure accélérée (qui se substitue à la «procédure prioritaire» depuis la réforme de l'asile en 2015) sont instruites par l'Ofpra dans un délai de quinze jours (ou de 96 heures lorsque le demandeur d'asile est placé en centre de rétention administrative) suivant l'introduction de la demande (article R. 723-4 du Cesda). Le placement d'une demande d'asile en procédure accélérée est automatique dans deux cas : 1/ lorsque le demandeur d'asile a la nationalité d'un pays considéré comme pays d'origine sûr ; 2/ lorsque le demandeur d'asile a effectué une première demande d'asile qui a été définitivement rejetée et qu'il demande son réexamen.

(37) Pour aller plus loin : <https://www.gisti.org/spip.php?article5116&quoi=tout#1>

7,6 % à provenir du Proche et Moyen-Orient et 5,0 % du Maghreb. Les nationalités les plus représentées parmi les demandeurs d'asile sont les Nigériens, les Guinéens, les Géorgiens et les Ivoiriens (tableau 8).

TABLEAU 8 : PRINCIPALES NATIONALITÉS REPRÉSENTÉES PARMI LES DEMANDEURS D'ASILE REÇUS DANS LES CASO, 2019.

| | % | | % |
|---------------|------|----------------------|------|
| Nigeria | 13,0 | Rép. dém. du Congo | 3,3 |
| Guinée | 11,9 | Sénégal | 2,8 |
| Géorgie | 8,0 | Algérie | 2,5 |
| Côte d'Ivoire | 8,0 | Angola | 2,4 |
| Albanie | 6,3 | Russie - Tchétchénie | 2,4 |
| Afghanistan | 4,1 | Bangladesh | 2,4 |
| Mali | 3,8 | Autres | 29,2 |

UN DISPOSITIF D'ACCUEIL SATURÉ : UNE INSUFFISANCE CRIANTE DANS LE NOMBRE DE PLACES D'HÉBERGEMENT

La majorité des demandeurs d'asile reçus aux Caso sont arrivés depuis peu, puisque 88,4 % d'entre eux sont en France depuis moins d'un an lors de leur première visite au Caso et près des deux tiers (65,2 %) sont en France depuis moins de 3 mois.

Théoriquement, pendant l'instruction de sa demande, le demandeur d'asile, qu'il soit placé en procédure Dublin, en procédure normale ou accélérée, doit bénéficier de conditions matérielles d'accueil : il doit lui être proposé un hébergement ainsi que le bénéfice d'une allocation pour demandeurs d'asile (ADA). **En réalité, 58,3 % des demandeurs d'asile ayant consulté dans les Caso sont sans domicile fixe, en hébergement d'urgence de courte durée ou vivent en squat ou bidonville.** Ils sont ensuite 39,9 % à être hébergés principalement par des proches (19,3 %) ou par un organisme ou une association (18,9 %). La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a d'ailleurs condamné la France, en juillet 2020, pour violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, en ce que les autorités françaises ont laissé durant des mois des personnes ayant demandé asile en France sans ressources et sans hébergement. Pour le juge de Strasbourg, cette situation est constitutive d'un traitement dégradant, alors même que « l'obligation de fournir un hébergement ou des conditions matérielles décentes aux demandeurs d'asile démunis fait à ce jour partie du droit positif et pèse sur les autorités de l'État défendeur concerné, en vertu des termes mêmes de la législation nationale qui transpose le droit de l'Union européenne, à savoir la « directive Accueil » [Basilien-Gainche, 2020].

« M. O., demandeur d'asile, se présente à la consultation, accompagné de son fils de 1 an et demi qui l'a rejoint avec la mère de ce dernier depuis 10 jours. Il signale que, malgré ses demandes à l'Ofii et ses appels quotidiens au 115, il n'a pas pu trouver d'hébergement pour sa famille. Cette situation est devenue tristement banale et fréquente. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

Par ailleurs, les conditions d'hébergement varient selon l'avancée de la demande d'asile. Ainsi, les personnes disposant d'une convocation en préfecture (58,3 %) ou placées en procédure Dublin (51,9 %) sont plus souvent sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence de moins de 15 jours que les personnes dont la demande est en cours d'étude (41,7 %) ou en réexamen (30,4 %). **Par ailleurs, parmi les demandeurs d'asile placés en procédure accélérée, la moitié sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence de courte durée contre un tiers pour ceux placés en procédure normale.** Cette multiplication de « sous-procédures » d'asile participent ainsi à la précarisation d'une partie majeure des demandeurs d'asile, avec des conséquences en partie visibles dans les rues des grandes agglomérations.

L'ensemble de ces résultats souligne encore et toujours l'insuffisance du nombre de places d'hébergement pour demandeurs d'asile. En 2019, la Cimade a mis en avant un « sérieux problème d'attribution des places » dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), et les centres provisoires d'hébergement (CPH), puisque la moitié des personnes qui demandent asile ne sont pas hébergées³⁸. Une part importante des demandeurs d'asile sont à la rue, beaucoup d'autres sont mis à l'abri dans les dispositifs d'hébergement d'urgence (peu adaptés à leur situation) contribuant ainsi à leur saturation. L'absence de solution d'hébergement dans le dispositif national d'accueil a également pour conséquence de les priver de l'accompagnement nécessaire voire indispensable à leurs démarches et à leur accès aux droits. Un rapport sénatorial de 2019 a également souligné que le sous-dimensionnement du parc d'hébergement « favorise le développement de campements insalubres » où cohabitent demandeurs d'asile, bénéficiaires d'une protection internationale et étrangers en situation irrégulière [Sénat, 2019].

« Mme X. est une jeune maman de deux enfants âgées de 4 et 3 ans. Actuellement en demande d'asile, elle attend un hébergement. En attendant, elle erre dans les rues avec ses enfants et essaye de trouver l'endroit le plus sécurisant où passer la nuit. Elle ira trouver refuge à la gare, comme tous les soirs d'ailleurs. Nous tentons les appels au 115 sans réponse en raison de la saturation des places, et faisons le lien avec le Samu social pour lui fournir quelques biens matériels. Mais ces actions ne sont pas suffisantes. Il est même frustrant de dire à cette famille et à bien d'autres personnes que ce soir "je suis désolée mais il n'y a plus de place" et que ce sera encore la rue. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

(38) La Cimade, Asile : bilan en France et en Europe pour 2019 [Internet], 2020.

UN ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS COMPLEXE

En 2019, la série de mesures adoptées à l'encontre de l'AME et des étrangers concerne également les demandeurs d'asile, organisant ainsi une régression du droit de ces personnes à l'accès aux soins en France. En effet, les personnes en demande d'asile devront attendre trois mois sur le territoire avant de pouvoir demander une couverture maladie, alors que, jusqu'à l'application de ces nouvelles mesures, les textes prévoyaient un accès immédiat, pour tenir compte de l'accumulation de vulnérabilités en santé constatées chez les demandeurs d'asile. Cette mesure va avoir un impact majeur sur l'état de santé de cette population déjà très vulnérable (cf. partie « Accès à la couverture maladie : de nouvelles attaques en 2019 contre l'AME et les droits à la santé des demandeurs d'asile », page 71).

En effet, malgré ces droits théoriques, les trois quarts des demandeurs d'asile ne disposent d'aucune couverture maladie lors de leur première visite au Caso. La part des demandeurs d'asile ayant une couverture maladie s'améliore avec la durée de résidence en France mais reste faible : 78,7 % des demandeurs présents depuis moins d'un an n'ont pas de droits ouverts contre 50 % pour ceux présents depuis plus d'un an.

Les principaux freins rencontrés dans l'accès aux droits des demandeurs d'asile sont les obstacles administratifs liés à la barrière linguistique (31,8 %), à la complexité des démarches (26 %), à la méconnaissance des droits et des structures de soins (23,2 %). De plus, 16,5 % d'entre eux évoquent également les délais d'instruction trop longs pour la couverture maladie. De plus, l'accès aux droits nécessite d'avoir une adresse postale. Or, 22,8 % des demandeurs d'asile n'en possèdent pas (cf. partie « La domiciliation : un obstacle important à l'accès aux droits », page 76).

Lors des consultations médicales avec un médecin généraliste, 48,6 % des demandeurs d'asile, présentaient selon les médecins un retard de recours aux soins et 46,3 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. MdM est attentif aux conséquences de ce nouveau délai imposé de 3 mois de présence en France sur l'état de santé des personnes demandant l'asile.

LES RÉPERCUSSIONS DES CONDITIONS DE VIE SUR LA SANTÉ

En 2019, 4 258 consultations de médecine générale ou spécialisée ont été réalisées auprès de 2 240 demandeurs d'asile. Les pathologies les plus fréquentes rencontrées chez les demandeurs d'asile reçus au Caso sont globalement identiques à celles de l'ensemble des autres personnes rencontrées : ils ont principalement consulté

un médecin généraliste pour des troubles liés au système digestif (24,7 %), respiratoires (18,8 %), ostéoarticulaires (18,0 %) ou dermatologiques (13,7 %). On remarque toutefois que les demandeurs d'asile souffrent plus fréquemment de troubles d'ordre psychologique (12,3 %). Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des troubles anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques (9,6 % contre 5 % chez les autres personnes). Les facteurs de souffrance souvent évoqués par les personnes rencontrées sont des événements traumatiques avant ou pendant la migration, le faible niveau d'acculturation et l'isolement dans le pays d'accueil, la séparation de la famille, le manque de soutien social et la discrimination perçue [Reques-Sastre, 2019]. De plus, les difficultés et les lourdeurs liées à la procédure d'asile les fragilisent [Chambon, 2016] et renvoient l'image d'un système qui cherche à dissuader plutôt qu'à accueillir.

Les équipes de MdM, les associations et les collectifs, dont la Coordination française du droit d'asile (CFDA), dénoncent depuis plusieurs années la détérioration des conditions d'accueil des demandeurs d'asile. Les dernières réformes du gouvernement pour l'accès aux soins des étrangers est un marqueur du durcissement des politiques publiques à l'égard du droit des étrangers. Le système d'asile est en grande tension depuis une dizaine d'années, voire en danger selon les termes de la CFDA, avec des pouvoirs publics qui peinent à respecter les délais de procédure et à fournir les conditions matérielles d'accueil suffisantes en termes d'hébergement, ce qui relève pourtant des obligations de la France [CFDA, 2018 ; Cour des comptes, 2020].

Au regard des motifs de départ et des parcours traumatiques pour de nombreuses personnes sollicitant une protection, MdM, avec la CFDA, demandent à ce que l'accès à la prévention (y compris un bilan de santé librement consenti) et aux soins, notamment en matière de santé mentale, soit rendu effectif, avec le développement de solutions d'interprétariat médical [CFDA, 2018].

MdM demande l'amélioration de l'accès effectif à la procédure de demande d'asile ainsi que des conditions de vie, d'accueil et de protection à destination des demandeurs d'asile arrivant en France.

Enfin, la mesure consistant à imposer un délai de carence pour les demandeurs d'asile pour l'accès à la PUMa était un non-sens en termes de santé des personnes et de santé publique avant la crise sanitaire de la Covid 19, elle l'est d'autant plus aujourd'hui : MdM demande l'abrogation du décret du 30 décembre 2019 pour permettre un accès immédiat aux soins de ces personnes confrontées à de multiples vulnérabilités.

DES MINEURS EN DANGER

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2019, 12 % des personnes accueillies dans les Caso sont des mineurs ; près de 30 % ont moins de 5 ans.

→ 28 % des mineurs reçus dans les Caso sont sans domicile fixe et 12 % vivent en squat ou bidonville.

→ Près de 90 % des mineurs consultant dans les Caso sont sans couverture maladie ; plus d'un tiers d'entre eux ont un retard de recours aux soins et 39 % ont besoin de soins urgents ou assez urgents.

→ Près de 20 % des enfants de 15 ans ou moins ne sont pas à jour des vaccinations.

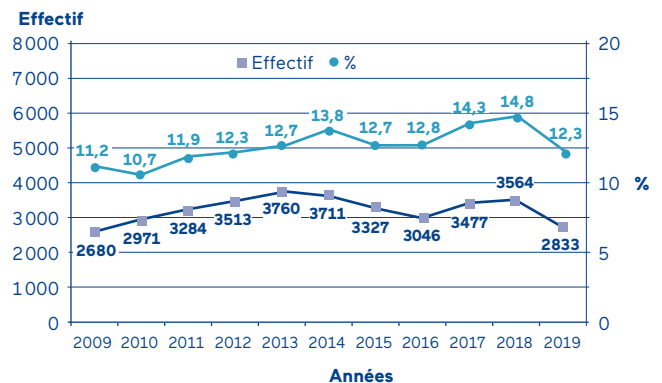
→ Près de 1 320 mineurs non accompagnés ont été accueillis dans l'ensemble des programmes de MdM (Caso et programmes spécifiques MNA).

Signataire des nombreux textes affirmant les droits des enfants (Convention internationale des droits de l'enfant, Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé), la France est pourtant souvent prise en défaut. D'après l'Unicef, un enfant sur cinq vit sous le seuil de pauvreté soit 3 millions d'enfants en situation de précarité ; 30 000 enfants vivent à la rue avec leur famille et 19,1 % des moins de 18 ans vivent au-dessous du seuil de pauvreté [Unicef, 2015].

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO

En 2019, 2 833 mineurs ont été reçus dans les Caso, ce qui représente 12,3 % des personnes accueillies. La proportion de mineurs a diminué de 14,8 % en 2018 à 12,3 %. Cette diminution est cependant à relativiser. En effet, à la suite d'une modification dans la méthode de collecte des données en 2019, les MNA vus à Paris (effectif de 201 mineurs) ne sont plus comptabilisés en tant que programme Caso. En les incluant à nouveau, la proportion des mineurs rencontrés en 2019 serait alors de 13,2 %. Il est à noter également que le programme MNA de Paris a enregistré en 2019 une baisse de son activité en raison d'une auto-évaluation du programme avec l'arrêt des inclusions de nouveaux mineurs de janvier à mai (figure 6).

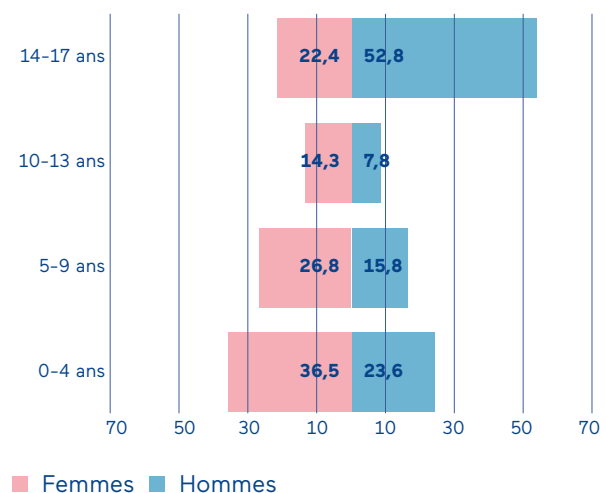
FIGURE 6 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MINEURS REÇUS DANS LES CASO DE 2009 À 2019.



Les deux tiers des mineurs rencontrés (65,9 %) sont des garçons. L'âge moyen des mineurs accueillis est de 9,7 ans (âge médian de 10 ans). De plus, 28 % d'entre eux ont moins de 5 ans et 42,4 % sont âgés de plus de 14 ans. Les garçons sont plus souvent âgés de plus de 14 ans, (52,8 %) contre 22,4 % pour les filles (figure 7). La large majorité des mineurs accueillis dans les Caso sont de nationalité étrangère : 46,5 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, 18 % du Maghreb, 16,2 % de l'Union européenne et 13,3 % du reste de l'Europe. Les trois nationalités les plus représentées sont les Guinéens (12,9 %), les Algériens (11,7 %) et les Ivoiriens (9,1 %). Les mineurs de nationalité française représentent 4,4 % des mineurs.

35

FIGURE 7 : PYRAMIDE DES ÂGES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO (EN % DES MINEURS), 2019.



Les mineurs étrangers sont par ailleurs 60 % à être en France depuis moins de 3 mois lors de leur première visite dans les Caso en 2019, 25,7 % depuis 3 à 12 mois et 14,4 % depuis plus d'un an.

**MAL-LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE DIFFICILES :
 FACTEURS DE FRAGILITÉ POUR L'ENFANT**

Le mal-logement et la pauvreté sont des facteurs déterminants de la santé, du développement et de la réussite scolaire de l'enfant [Roze, 2016] – ces déterminants se retrouvent chez la majorité des mineurs reçus dans les Caso. Les conditions de logement de ces mineurs sont particulièrement dégradées : 27,9 % sont sans domicile fixe et 12,2 % vivent dans des squats ou bidonvilles. Par ailleurs, près de la moitié des mineurs sont hébergés : 26,8 % par des proches, 16,7 % par un organisme ou une association et 5,8 % par un réseau, collectif militant ou en hébergement solidaire. Seuls 9,4 % d'entre eux vivent dans un domicile personnel.

Famille géorgienne, la maman ne parle pas français, mais l'aîné des 3 enfants parle très bien. « Madame, je voudrais une toute petite chambre. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un dispositif départemental, accessible à toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 6 ans. Il s'agit d'un service gratuit, non sectorisé et accessible à toutes les personnes avec ou sans protection sociale. Or, parmi les enfants de moins de 6 ans, 72,7 % ne sont pas suivis par le dispositif (tableau 9). De plus, les enfants reçus dans les Caso et sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence de courte durée sont moins nombreux à se rendre en (PMI) que ceux vivant dans un logement personnel (18,8 % contre 47,9 %).

En ce qui concerne la scolarité, seuls 35,1 % sont scolarisés en France parmi les enfants âgés entre 6 et 15 ans, pour lesquels la scolarité est pourtant obligatoire. Cette proportion est encore plus faible pour ceux âgés de 14 ou 15 ans (18,3 %). Là encore, le mal-logement est un déterminant majeur de la scolarisation : elle est nettement plus élevée pour les mineurs vivant dans un logement personnel (82,8 %), à l'inverse de ceux sans domicile fixe (10 %). Ces résultats confirment ceux de l'étude « adolescent sans logement » menée par le Samu social avec le soutien du DDD qui a observé un nombre important d'adolescents vivant en hôtel non scolarisés à cause des déménagements fréquents, des difficultés linguistiques et de la nécessité de justifier d'une domiciliation reconnue par la municipalité [Macchi, 2019].

Qu'il s'agisse du suivi en PMI ou de la scolarisation des enfants étrangers, la prise en charge s'améliore avec la durée de présence en France. Ainsi, seuls 13,0 % des enfants de moins de 6 ans qui sont présents en France depuis

moins de 3 mois sont suivis en PMI, contre 26,3 % des enfants présents depuis 3 à 12 mois et plus de la moitié des enfants installés depuis au moins un an. De plus, seuls 16,2 % des enfants âgés entre 6 et 15 ans sont scolarisés lorsqu'ils sont présents depuis moins de 3 mois en France contre 77,5 % des enfants en France depuis au moins 1 an. Plus précisément, 8 % des mineurs de 6 à 15 ans présents en France depuis moins d'un mois sont scolarisés contre 27,3 % parmi ceux présents depuis 1 ou 2 mois en France.

TABLEAU 9 : SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2019.

| | n | % |
|---------------------------------------|-----|------|
| Suivi en PMI (< 6 ans) | 149 | 27,3 |
| Scolarisation (de 6 à 15 ans compris) | 287 | 35,1 |

Taux de réponse : PMI : 86,6 % ; Scolarisation : 69,0 %.

« Un père seul est reçu par Mdm avec son fils de 8 ans qui présente des troubles psychomoteurs. La spada, chargée du suivi social des demandeurs d'asile et de la scolarisation de leurs enfants, s'est seulement contentée de communiquer à M. X., qui ne parle pas français, les coordonnées du collège. Désemparé, M. X. se rend au Caso pour voir l'assistante sociale qui suivra, entre autres, le dossier en lien avec la scolarisation de l'enfant. Parallèlement une psychologue russophone du Caso met en place un suivi. L'enfant est finalement scolarisé, dans un premier temps, sans que soit pris en compte son handicap. Ses problèmes de comportement entraînent une exclusion quelques semaines après et l'Éducation nationale détache une enseignante à domicile. Entretemps, le service social du Conseil départemental, qui n'a jamais suivi cette famille, est saisi par le collège. Il signale très rapidement le comportement de cet enfant en « Information préoccupante » sans jamais avoir contacté ni Mdm ni l'enseignante à domicile. L'assistante sociale de Mdm continue d'être le point focal en lien avec la psychologue et l'enseignante à domicile et suit le montage du dossier auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH24) afin qu'une solution adaptée au handicap de l'enfant soit proposée (Cada et classe spécialisée). »

[Caso de Nice, 2019]

UNE GRANDE MAJORITÉ DE MINEURS REÇUS AU CASO SANS COUVERTURE MALADIE

Les mineurs, quelle que soit leur nationalité, doivent accéder à une couverture maladie, cela de façon inconditionnelle et sans délai. Malgré ces dispositions, 89,8 % des mineurs ne bénéficient d'aucune couverture maladie lors de leur première visite au Caso en 2019³⁹. Les obstacles à l'accès aux soins et aux droits des jeunes patients se superposent logiquement à ceux des adultes et sont dominés par les difficultés administratives (30,4 %) et la méconnaissance des droits et des structures (26,5 %).

La couverture maladie reste faible dans le temps. En effet, 73,8 % des mineurs reçus dans les Caso n'ont toujours pas de couverture maladie après un an sur le territoire français.

En conséquence du faible accès à une couverture maladie, des obstacles rencontrés et de la précarité, plus d'un tiers des mineurs reçus en consultation de médecine générale présentaient un retard de recours à la prévention et aux soins selon l'avis des médecins. Ainsi, des soins ont été jugés urgents ou assez urgents par les médecins pour 38,9 % des mineurs reçus. Par ailleurs, les taux de couverture vaccinale sont aussi très en-dessous de ceux retrouvés en population générale⁴⁰ [Guthmann, 2007 & 2015 ; Antona, 2007] et bien en-deçà des objectifs de santé publique qui permettraient de garantir une protection efficace à l'ensemble de la population⁴¹. Ainsi, près de 20 % des enfants de 15 ans ou moins ne sont pas à jour dans les vaccins Diphtérie-Tétanos- Polio (DTP), 24,1 % ne sont pas à jour contre la coqueluche et 28,1 % contre la rougeole, rubéole, oreillons (ROR). Il est à souligner que la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré, en 2019, des recommandations spécifiques concernant le rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu ou complètement inconnu. Ces recommandations comprennent notamment la simplification du parcours d'accès à la prévention avec une réorganisation et une dotation suffisante des différentes structures du secteur de la prévention [HAS, 2019 (a)].

Ainsi, l'ensemble de ces résultats montre la priorité à donner à l'information et à la prise en charge des mineurs. MDM milite pour un renforcement des structures de proximité telles que les PMI qui constituent un centre de premier recours ayant un rôle primordial en matière de prévention pour les enfants et les femmes enceintes. Il convient de réaffirmer l'importance de leurs missions, de valoriser leurs atouts et de sécuriser leur avenir.

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS, EN SITUATION D'IMPASSE TOTALE

Parmi les mineurs exilés arrivant en Europe, on retrouve une proportion importante d'enfants sans leurs parents ou sans tuteur légal, dits « mineurs non accompagnés » (MNA)⁴². Ceux-ci, par leur âge et leur isolement, sont particulièrement vulnérables et exposés à de nombreux risques.

En France, les textes⁴³ prévoient que ces enfants doivent être considérés de prime abord comme des enfants en danger et bénéficier d'une protection des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Pourtant, la plupart des départements, premiers responsables de la protection de l'enfance, refusent d'assumer cette responsabilité, estimant que les MNA relèvent des politiques migratoires, compétence régionale. Les départements limitent ainsi l'accès à la protection de l'enfance à des milliers d'enfants en danger.

Ainsi, pour accéder à une protection au sein de l'ASE, les MNA doivent subir une évaluation menée dans la défiance et le soupçon pour prouver leur âge, alors même qu'ils ne sont pas en mesure de le faire et en dépit de la présomption de minorité prévue par la loi. Faute d'un véritable dispositif d'accueil homogène sur l'ensemble du territoire, un mineur se présentant comme étant non accompagné ne bénéficie pas toujours des conditions nécessaires à sa protection immédiate : un hébergement, un accès à l'hygiène et à la nourriture, un temps de répit, une attention portée à sa santé et une information sur ses droits. Pourtant, la loi prévoit que dès son repérage et pendant la période d'évaluation, le jeune devrait pouvoir bénéficier d'un accueil comprenant une mise à l'abri ainsi qu'un accès aux droits et aux soins. L'évaluation telle qu'elle est effectuée par de nombreux conseils départementaux ne répond pas à l'intérêt supérieur de l'enfant, tel que prévu par la Convention internationale des droits de l'enfant, dont la France est signataire. La loi prévoit une évaluation du danger dans lequel se trouve le jeune ; or, seule l'évaluation de l'âge et de l'isolement est visée dans les évaluations mises en place par les conseils départementaux. De nombreux mineurs non accompagnés font l'objet d'une évaluation expéditive (une quinzaine de minutes), visant à les exclure en les déclarant « manifestement majeurs ». Ceux qui font l'objet d'une évaluation dite « sociale » rapportent des entretiens qui s'apparentent à de véritables interrogatoires de police, sans prise en compte des différences culturelles, des difficultés linguistiques, de l'état de santé des jeunes, de la situation de danger, du non-respect des documents d'identité et de la remise en cause systématique de la parole de l'enfant.

(39) Taux de réponse : 81,7 % des mineurs.

(40) <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-scientifiques/Epidemiologie/Donnees-de-couverture-vaccinale>

(41) En plus des vaccins obligatoires contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, 8 nouveaux vaccins sont obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018 : vaccins contre la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

(42) Nous considérons comme mineurs non accompagnés (MNA) les mineurs qui ne sont pas pris en charge par leurs parents ou par un tuteur majeur en France. Les MNA ont été comparés dans cette analyse aux autres mineurs âgés de 11 ans et plus.

(43) Article R.221-11 CASF : « Le président du conseil départemental du lieu où se trouve une personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille met en place un accueil provisoire d'urgence, d'une durée de cinq jours à compter du premier jour de sa prise en charge. »

« F., Ivoirien de 16 ans, a été évalué par le Service d'évaluation de la minorité et de la situation d'isolement des MNA (Aemina) lundi. Ils lui ont donné un rendez-vous pour son résultat dans 10 jours ! Ce jeune est donc condamné à la rue car le 115 lui est inaccessible (mineur jusqu'à preuve du contraire). Nous avons donc contacté le 119 (enfance en danger) qui nous a clairement dit qu'ils avaient reçu l'instruction de ne plus s'occuper des MNA... Nous avons donc contacté une avocate qui a mis en demeure le département d'héberger F. À défaut de réponse, elle s'engageait à saisir le tribunal administratif pour un référé hébergement. Très rapidement, nous avons reçu une réponse d'Aemina disant qu'ils allaient héberger le jeune dans la journée même. »

[Programme MNA de Nantes 2019]

Enfin, certaines évaluations se basent sur des tests médicaux d'évaluation de l'âge, tels que des tests dentaires ou osseux, bien que leur utilisation à ces fins soit contestée par l'ensemble de la communauté scientifique et médicale, les défenseurs des libertés et les associations [Académie nationale de médecine 2007 ; HSCP 2014]. Dans une décision de décembre 2018, le Conseil constitutionnel reconnaît le manque de fiabilité de ces tests mais estime que leur utilisation est encadrée de garanties suffisantes. Pourtant, force est de constater que celles-ci sont rarement respectées et que les tests osseux continuent de servir de caution scientifique pour refuser le bénéfice d'une protection à de nombreux mineurs non accompagnés.

Lorsqu'ils se voient refuser le bénéfice d'une protection, les MNA se trouvent exclus des dispositifs pour mineurs mais ne peuvent pas non plus bénéficier des dispositifs pour adultes qui, à l'inverse, ne remettent pas en cause la véracité des propos ou des documents présentés par les mineurs⁴⁴ : sans hébergement, ni accès à l'aide alimentaire ou accès aux soins, ils survivent dans des conditions d'extrême précarité et d'errance, et sont exposés à de nombreux risques, attendant pendant plusieurs mois une décision de l'autorité judiciaire sur leur situation. Dans la moitié des cas, les juges des enfants reconnaissent leur minorité et leur accordent une protection⁴⁵.

Ainsi, sur la base d'une simple décision administrative, de nombreux enfants se trouvent livrés à eux-mêmes pendant de longs mois avant de pouvoir faire reconnaître leur

minorité par l'autorité judiciaire et enfin bénéficier d'une protection. Les associations et les avocats estiment qu'environ 80 % des personnes se présentant comme MNA se voient refuser le bénéfice d'une protection par l'administration, avec un taux de reconnaissance qui varie entre 9 et 90 % selon les départements [Igas, 2018]⁴⁶.

Dans les programmes MdM (Caso et programmes spécifiques MNA)⁴⁷, près de 1 320 MNA ont été accueillis en 2019. Dans les Caso, parmi les 830 MNA (soit 38,7 % de l'ensemble des mineurs)⁴⁸, près de 95 % sont des garçons âgés de 14 ans et plus. La grande majorité sont originaires d'Afrique subsaharienne (89,3 %), principalement de Guinée (36,1 %), du Mali (17,5 %) et de Côte d'Ivoire (15,8 %).

Près de 7 mineurs sur 10 sont en France depuis moins de trois mois et 95 % d'entre eux n'ont aucune couverture maladie.

« Y. M. vient pour son poignet qui lui fait mal. Il est reconnu mineur, et pris en charge par l'ASE. Il n'a pas de couverture maladie. Il nous dit qu'il ne peut pas demander à son éducateur de s'en occuper, car ils sont 30 à 40 jeunes pour 1 éducateur. »

[Caso de Rouen, 2019]

En 2019, 573 mineurs non accompagnés ont été reçus en consultation de médecine générale dans les Caso. Lors de ces consultations, ils ont été principalement diagnostiqués pour des troubles liés au système digestif (30,4 %), des problèmes ostéoarticulaires (20,3 %), des problèmes dermatologiques (20,0 %) et des troubles liés au système respiratoire (18,3 %).

De plus, les MNA sont très peu vaccinés. Ils sont ainsi 54,6 % à ne pas avoir reçu la vaccination DTP, 71,6 % pour le ROR, 71,1 % pour la coqueluche, 63,9 % pour le BCG et 73,7 % pour l'hépatite B. Les autres mineurs de 11 ans et plus sont un peu mieux protégés par la vaccination : ils sont environ un quart à ne pas avoir réalisé ces vaccins et jusqu'à 36,0 % pour l'hépatite B.

Lors des consultations médicales, les soins ont été jugés urgents ou assez urgents pour 45,7 % des mineurs non accompagnés et 58,0 % présentent un retard de recours aux soins selon l'avis du médecin. 4,9 % d'entre eux déclarent avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois.

(44) Le mineur non reconnu comme tel par les services de la protection de l'enfance en danger n'est pour autant pas considéré comme majeur. Il existe alors un flou juridique qui peut l'exclure de dispositifs de protection comme l'hébergement d'urgence via le 115 (le 115 ne peut accueillir que des personnes majeures).

(45) Assemblée nationale, Justice des mineurs, Audition de représentants du conseil national des barreaux, de l'antenne des mineurs du barreau de Paris et de la conférence des bâtonniers, 12 septembre 2018.

(46) Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés, IGAS, IGA, IGJ, ADF, 15 février 2018 ; projet de loi de finances pour 2018, rapport pour avis de la commission des affaires sociales sur les crédits de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances.

(47) 1 313 MNA ont été reçus dans les programmes Caso (830 MNA) ainsi que les programmes spécifiques MNA (Paris avec 201 MNA ; Caen avec 52 MNA et Nantes avec 230 MNA). Cet effectif a été arrondi à 1 320 MNA dans le texte.

(48) Taux de réponse : 75,7 %.

Les MNA ont connu des trajectoires difficiles et violentes puisque près de 15 % d'entre eux ont déclaré avoir subi des violences – chiffre probablement sous-estimé. Souvent la grande précarité dans leur pays, parfois le décès d'un ou de leurs deux parents au pays ou pendant le trajet migratoire, la déscolarisation dans leur pays et des violences souvent intrafamiliales (l'exploitation, l'abandon, l'excision ou le mariage forcé, etc.) accroissent leur vulnérabilité. Les parcours migratoires jusqu'en Europe sont aussi extrêmement violents, ils y connaissent la faim et la soif, subissent des mauvais traitements et des agressions de plusieurs ordres (séquestrés, battus, exploités, humiliés, violés, etc.). En France, les situations sont exacerbées par des difficultés liées au logement : 36,7 % d'entre eux sont sans domicile fixe et 18,5 % vivent en squat ou bidonville. Les autres mineurs non accompagnés sont hébergés (42,4 %) soit par un organisme ou une association (20,7 %), soit par un réseau ou un hébergement solidaire (12,7 %) soit par des proches (9,1 %).

« F. s'est rendue au Caso pour un test de grossesse. Elle a 15 ans et vient de Guinée. Elle a subi deux viols : le premier en Libye et le second à Paris, lorsqu'elle dormait à la rue en janvier 2019, avant d'arriver à Rouen. La grossesse est issue du second viol, soit avant son entretien au Comité d'action et de promotion sociales (CAPS), en charge d'évaluer la minorité des MNA. À la suite de son entretien au CAPS en février, sa minorité n'est alors pas reconnue car elle n'avait pas de papier d'identité, chose qu'elle a reçu depuis mi-mars (acte de naissance). Elle aurait été à la rue si elle n'avait pas été hébergée par des citoyens. F. a été déclarée mineure suite à un recours auprès du juge pour enfants en avril. Par ailleurs, Mdm l'a accompagné tout au long de son parcours de santé en vue d'un avortement. »

[Caso de Rouen, 2019]

Malgré la situation dramatique de ces mineurs en attente de reconnaissance, le gouvernement français refuse de les considérer comme des enfants en danger. Ainsi, en janvier 2019, la création d'un fichier biométrique a entériné la possibilité de fichier chaque jeune se présentant comme mineur non accompagné et de faciliter son expulsion du territoire comme majeur, alors même qu'il n'a pas pu exercer son droit de recours (cf. encart page 40).

La première urgence est de répondre à leurs besoins primaires en proposant un accueil digne à toute personne se présentant comme étant mineure et isolée, et ce de manière inconditionnelle.

L'évaluation de sa situation ne peut être envisagée que si le mineur se sent en sécurité et en confiance, s'il a pu se reposer et si une attention particulière a été portée à son état de santé physique et psychique. Mdm plaide pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil qui respecte la présomption de minorité et permette à tous ceux et celles qui se déclarent MNA de bénéficier en premier lieu d'un hébergement sécurisant et sécurisé, d'un temps de répit dans un environnement bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène dignes, d'une information complète sur leurs droits et enfin d'un accès à la prévention et aux soins.

Mdm milite également pour l'interdiction pure et simple des tests médicaux d'évaluation de l'âge qui vont à l'encontre de l'éthique médicale puisque ces gestes invasifs n'ont pas pour objet d'améliorer la santé mais de servir un contrôle administratif.

Enfin, les mineurs non accompagnés doivent bénéficier d'une véritable prise en charge dans les dispositifs de protection de l'enfance, leur offrant de réelles perspectives d'avenir.

LE FICHAGE DES MNA : ATTEINTE À L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DE L'ENFANT

Un nouveau dispositif, créé en 2019, complique encore leur accès à une protection en modifiant en profondeur la procédure d'évaluation de la minorité et l'isolement et crée une discrimination dans l'accès inconditionnel à la protection de l'enfance : il s'agit du fichier dit « d'appui à l'évaluation de minorité et d'isolement (AEM) ». Le décret du 30 janvier 2019⁴⁹, pris sur la base de la loi Collomb du 10 septembre 2018⁵⁰ crée ainsi un fichier biométrique des personnes sollicitant une protection en tant que MNA et prévoit la possibilité pour les préfetures de recueillir des informations personnelles de toute personne sollicitant une protection en tant que MNA, notamment son état civil et les références des documents présentés, ses empreintes et sa photo. Ces informations sont enregistrées dans le fichier AEM afin de s'assurer qu'elles n'y figurent pas déjà. Elles sont également comparées avec 2 autres fichiers : le fichier des étrangers ayant sollicité un titre de séjour en France (fichier AGDREF2) et le fichier des personnes ayant sollicité un visa pour un pays de l'Union européenne (fichier VISABIO). Si les informations figurent dans l'un ou l'autre de ces fichiers, le mineur se voit refuser le bénéfice d'une protection en tant que mineur non accompagné et sa situation est transmise à la préfecture, qui peut prendre une mesure d'éloignement à son encontre et le placer en rétention en vue de son application.

Le fichier AEM vise en premier lieu à empêcher un MNA non reconnu comme mineur ou isolé dans un département de solliciter une protection dans un autre département. Or, faute d'une procédure uniforme, les conditions d'accueil et d'évaluation diffèrent fortement d'un département à l'autre, ce qui a un impact certain sur la décision de prise en charge.

Par ailleurs, le décret fait du relevé des empreintes et leur comparaison la première étape de l'évaluation de l'âge et de l'isolement et une condition supplémentaire à remplir avant de pouvoir bénéficier d'une quelconque protection.

Le fichier prévoit enfin la possibilité pour l'administration d'expulser un mineur qui demande protection dès lors qu'un département refuse de le reconnaître comme tel, alors même que cette décision se base sur une procédure d'évaluation sommaire fondée sur des critères subjectifs et qu'elle peut faire l'objet d'un recours. Faute d'un véritable droit au recours, celui-ci n'est pas suspensif.

À la suite d'une saisine par de nombreuses associations et organisations⁵¹, le Conseil constitutionnel a estimé, en juillet 2019⁵², que le fichier biométrique était conforme à la Constitution et à l'exigence constitutionnelle de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant car il est entouré de garanties suffisantes :

- le recueil des empreintes digitales et photographie n'est prévu que pour vérifier l'absence d'une précédente évaluation par un département ;
- les règles de détermination de l'âge ne sont pas modifiées ;
- on ne peut déduire la majorité du seul refus de donner ses empreintes ou que celles-ci figurent dans l'un des fichiers.

Pourtant, nous constatons que ces conditions sont loin d'être respectées. Dans de nombreuses situations, si le mineur refuse de se soumettre au relevé d'empreintes, il est mis fin à la procédure d'évaluation, parfois sans que la demande de protection soit même instruite. Le mineur ne peut alors même pas accéder à une évaluation de sa situation. Dans d'autres cas, une décision de refus de prise en charge au titre de la protection de l'enfance lui est notifiée.

Certains mineurs ont été arrêtés lors du passage en préfecture pour le relevé d'empreintes, ont fait l'objet d'une mesure d'éloignement immédiate, placés en rétention et expulsés.

La vérification des empreintes et la consultation des fichiers constituent le préalable à la mise en place d'un accueil provisoire d'urgence et à l'évaluation de la situation de danger ; la présence des empreintes dans l'un des fichiers (AGDREF, VISABIO ou AEM) constitue le seul élément justifiant un refus de prise en charge.

La mise en place du fichier AEM s'est faite progressivement en 2019 : expérimenté dans 3 départements volontaires (Bas-Rhin, Essonne et Isère), il est ensuite étendu à l'ensemble du territoire national, de manière facultative.

(49) Décret n°2019-57 du 30 janvier 2019 « relatif aux modalités d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à ces personnes ».

(50) Loi n°2018-778 du 10 septembre 2018 pour « une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie ».

(51) ADDE (Association des avocats pour la défense des étrangers), ANAS (association nationale des assistants de service social), l'Armée du Salut, la CNAPE (Convention nationale des associations de protection de l'enfant), DEI-France (Défense des enfants international), FAS (Fédération des acteurs de la solidarité), FASTI (fédération des associations de solidarité avec tou.te.s les immigré.es), FEP (fédération d'entraide protestantes), FEHAP (La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés), LDH (Ligue des droits de l'homme), Gisti (groupe d'information et de soutien aux immigrés), Hors la Rue, La Cimade, MSF (Médecins sans frontières), MRAP (Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples), SAF (Syndicat des avocats de France), SCCF (Secours catholique-Caritas France), SM (Syndicat de la magistrature), Unicef, UNIOPSS (L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux), Union Syndicale Solidaires.

(52) Décision CC n°2019-797 QPC du 26 juillet 2019 relative à la conformité de l'article L.611-6-1 du Ceseda à la Constitution.

Depuis sa mise en œuvre, nous constatons les impacts délétères de ce fichier : de nombreux mineurs non accompagnés nous disent craindre le passage en préfecture et le relevé de leurs empreintes et refusent de s'y soumettre. Ceux qui se présentent en préfecture n'ont aucune explication sur leurs droits ou les enjeux du fichier. Enfin, ceux qui refusent de se soumettre au relevé d'empreinte ne peuvent même pas accéder à l'évaluation ou à une quelconque protection, même temporaire. Face à un tel obstacle administratif pour bénéficier d'une protection, beaucoup d'entre eux disparaissent, purement et simplement.

Si certains départements ont annoncé qu'ils ne recourraient pas à ce dispositif, à l'heure où nous écrivons ces lignes, 72 départements utilisent cette procédure. Par ailleurs, un décret pris en juin 2020⁵³ conditionne le montant de la participation financière à l'évaluation à l'utilisation du fichier AEM par les départements. Autrement dit, si un Conseil départemental ne sollicite pas la consultation des fichiers précédemment mentionnés, la part de contribution financière de l'État initialement fixée à 500 euros pourrait être diminuée.

Ce fichier, sous couvert de « mieux garantir la protection de l'enfance », vise en réalité uniquement à lutter contre l'entrée et le séjour irréguliers des étrangers en France. Les MNA sont, encore une fois, considérés comme des migrants, potentiels fraudeurs et non comme des enfants à protéger.

Il s'inscrit dans la politique de « non-accueil » que subissent ces enfants en danger et contribue encore à les rendre invisibles et les exposer à de nombreux risques.

(53) Décret n°2020-768 du 23 juin 2020 modifiant les modalités de la contribution forfaitaire de l'État à la mise à l'abri et à l'évaluation de la situation des personnes se déclarant mineures et privées de la protection de leur famille.

**ÉTAT DE SANTÉ
ET ACCÈS
À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS
DES PERSONNES
ACCUEILLIES** DANS
LES CASO EN 2019



1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2019, 19 772 consultations de médecine générale ont été réalisées : les principales pathologies diagnostiquées sont d'ordre digestif, ostéoarticulaire et respiratoire.

→ Plus de la moitié des personnes reçues souffrent d'une pathologie chronique.

→ 47 % des personnes présentaient un retard de recours aux soins selon l'avis des médecins et nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.

La fréquence des problèmes digestifs, dermatologiques et respiratoires est également plus élevée parmi les consultations des Caso [Huaume, 2017]. Les déterminants sociaux tels que les mauvaises conditions de vie, l'insalubrité, les difficultés d'accès à l'alimentation les rendent encore plus vulnérables à ces pathologies [kentikelenis, 2015 ; Huaume, 2017].

« Nous recevons dans notre centre de soins un jeune Ukrainien, il est reçu par l'une de nos médecins présente au Caso qui lui diagnostique une pathologie génitale bénigne. Le traitement consiste en l'administration d'un laxatif et des soins d'hygiène très précis et stricte deux à trois fois par jour, et cela pendant un mois. Ce jeune homme confie vivre à la rue. Ce jeune revient dans notre centre de soins 2 semaines plus tard : sa situation s'est aggravée, le médecin détecte une surinfection et l'oriente vers la Pass pour une possible hospitalisation. Cette pathologie assez courante s'est finalement gravement empirée pour ce jeune, qui n'a pas pu suivre son traitement dans les conditions de vie dans lesquelles il se trouve. »

[Caso de Lyon, 2019]

UNE PRÉDOMINANCE DES AFFECTIONS DIGESTIVES, OSTÉOARTICULAIRES ET RESPIRATOIRES

En 2019, 19 772 consultations auprès d'un médecin généraliste ont été réalisées dans les Caso, auprès de 13 665 patients différents. Dans 79,0 % de ces consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué par les médecins, dans 13,3 % des cas, au moins deux problèmes de santé ont été identifiés.

Les patients rencontrés sont principalement diagnostiqués pour des troubles liés au système digestif (23,7 %), ostéoarticulaires (19,7 %) et respiratoires (19,5 %). On retrouve ensuite des diagnostics d'ordre dermatologique (14,0 %), cardiovasculaire (9,5 %) ou psychologique (8,2 %) (tableau 10). Les troubles psychologiques font l'objet d'une partie spécifique page 49.

Une étude comparative des motifs de consultations entre les patients de médecine générale de ville et ceux des Caso indique des résultats de consultation qui sont plus souvent des symptômes et des plaintes (65,8 % vs. 43,2 %) que des diagnostics ainsi qu'une plus grande proportion de consultations aboutissant à un traitement médicamenteux chez les personnes reçues dans les Caso ; cela témoigne d'une médecine essentiellement symptomatique [Huaume, 2017]. Les diagnostics sont moins souvent posés à MdM qu'en médecine de ville car les patients sont orientés dès que possible vers le système de droit commun (nombre moyen de consultations médicales de 1,7 par patient en 2019).

PLUS DE 5 PATIENTS SUR 10 PRÉSENTENT UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE

En 2019, plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique selon le diagnostic des médecins (tableau 11). Les ressortissants étrangers sont sensiblement plus nombreux à être atteints d'une pathologie chronique par rapport aux Français, avec respectivement 54,7 % et 44,8 % concernés. L'étude précitée a mis en évidence une fréquence plus importante des pathologies chroniques chez les consultants de Caso âgés entre 15 et 44 ans par rapport aux patients de médecine générale [Huaume, 2017]. Ces derniers relatent en effet des parcours migratoires difficiles et des mauvaises conditions de vie dans le pays d'accueil qui peuvent aggraver leur état de santé et éventuellement les pathologies chroniques dont ils sont atteints.

TABLEAU 11 : PERSONNES REÇUES EN CONSULTATIONS MÉDICALES GÉNÉRALISTES DANS LES CASO PAR NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES, 2019.

| | n | % ¹ |
|----------------------|-------|----------------|
| Pathologie chronique | 3 968 | 54,3 |
| Pathologie aiguë | 3 973 | 54,4 |
| Indéterminée (NSP) | 438 | 6,0 |

Taux de réponse : 64,5 %.

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

Par ailleurs, 84,2 % des patients reçus en consultation ont besoin d'un suivi et/ou d'un traitement selon l'avis du médecin.

Les personnes souffrant d'une affection chronique comme par exemple le diabète ou l'hypertension nécessitent des consultations régulières et des bilans fréquents. Cela soulève bien la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart des patients ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions de précarité extrême. La médecine libérale ainsi que les structures comme les centres ou les maisons de santé leur sont bien souvent inaccessibles ; et quand elles sont accessibles l'offre de soins est souvent sous-calibrée en raison de délais d'attente pour avoir un rendez-vous, de la faible densité des professionnels de santé et des disparités infrarégionales, qui fragilisent alors l'accès aux soins de premier recours. Par ailleurs, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) hospitalières⁵⁴ qui font souvent fonction d'offre de soins de premier recours pour ces publics sont peu propices au temps long de l'éducation en santé, nécessaire dans le suivi des pathologies chroniques.

Par ailleurs, plus de la moitié des patients ont indiqué n'avoir bénéficié d'aucune prise en charge avant leur contact avec MdM pour le problème de santé dont ils souffraient. Cette absence de soins peut être particulièrement préjudiciable pour certains patients : 46,8 % présentaient un retard de recours aux soins en 2019 et 60 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents (cf. tableau 21, page 76).

« Monsieur N. a un cancer du foie avancé. À 55 ans, il est seul en France et vit à la rue. Nous l'avons aidé pendant plusieurs mois pour le mettre en lien avec l'équipe spécialisée de l'hôpital afin qu'il puisse obtenir un traitement, pour solliciter régulièrement le 115 qui l'héberge de manière ponctuelle et pour l'accompagner dans sa demande de titre de séjour « étranger malade ». Malheureusement, sa première chimiothérapie n'a pas eu d'effet sur son cancer. L'hôpital refuse de se lancer dans un nouveau protocole tant qu'il n'aura pas d'hébergement stable car les effets du traitement vont l'affaiblir considérablement. Mais le 115 ne peut garantir qu'un hébergement pour quelques semaines. Il n'aura donc pas son traitement parce qu'il est à la rue et sans ressources. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

Les pathologies de la précarité n'existent pas. Mais les contextes sociaux et les conditions de vie révèlent ou induisent des problèmes de santé. Les déterminants tels que l'habitat instable, les situations administratives floues, les ruptures sociales, la surexposition à des violences ou bien à des situations à risques interfèrent de manière non négligeable sur la santé des personnes en situation de précarité. Une relecture de la Charte d'Ottawa semblerait bien pertinente à cet effet tant ses principes sont encore d'actualité en 2019 : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (1986).

Pour ce faire, MdM encourage le développement de nouvelles actions et stratégies pour aller à la rencontre des populations et incite au recours à la médiation en santé par les dispositifs du droit commun afin d'aller vers les populations qui ne se déplacent pas. Les médiateurs en santé⁵⁵ constituent une ressource pour toutes les personnes éprouvant des difficultés pour accéder aux droits et aux soins, qu'elles soient ou non étrangères ; elle a fait ses preuves auprès de publics en situation de précarité, aussi bien pour les habitants des zones rurales que des bidonvilles.

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

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

(55) La loi de Santé de 2016 a inscrit la médiation en santé dans le code de la santé publique et la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré en 2017 un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention de ces acteurs.

TABLEAU 10 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2019.

| | Prévalence parmi l'ensemble des patients | |
|---|--|-------------|
| | n | % |
| Système digestif | 2 684 | 23,7 |
| Symptômes et plaintes du système digestif | 1 692 | 14,9 |
| Affections dents-gencives | 504 | 4,5 |
| Autres diagnostics du système digestif | 365 | 3,2 |
| Hépatite virale | 152 | 1,3 |
| Infections gastro-intestinales | 124 | 1,1 |
| Pathologies ulcéreuses | 28 | 0,3 |
| Ostéoarticulaire | 2 226 | 19,7 |
| Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires | 958 | 8,5 |
| Symptômes et plaintes du rachis | 547 | 4,8 |
| Syndromes dorsolombaires | 460 | 4,1 |
| Autres diagnostics locomoteurs | 351 | 3,1 |
| Respiratoire | 2 203 | 19,5 |
| Infections respiratoires supérieures | 722 | 6,4 |
| Toux | 392 | 3,5 |
| Infections respiratoires inférieures | 364 | 3,2 |
| Autres diagnostics du système respiratoire | 303 | 2,7 |
| Autres symptômes et plaintes du système respiratoire | 240 | 2,1 |
| Asthme | 217 | 1,9 |
| Symptômes et plaintes nez-sinus | 143 | 1,3 |
| Peau | 1 591 | 14,0 |
| Symptômes et plaintes cutanés | 407 | 3,6 |
| Parasitoses/Candidoses | 389 | 3,4 |
| Autres pathologies cutanées | 266 | 2,4 |
| Dermatites atopiques et contact | 215 | 1,9 |
| Infections cutanées | 211 | 1,9 |
| Éruptions cutanées/Tuméfactions | 201 | 1,8 |
| Général et non spécifié (1) | 1 297 | 11,5 |
| Symptômes et plaintes généraux | 945 | 8,3 |
| Diagnostics non classés ailleurs | 166 | 1,5 |
| Tuberculoses | 20 | 0,2 |
| Cardiovasculaire | 1 074 | 9,5 |
| Hypertension artérielle | 705 | 6,2 |
| Pathologies vasculaires | 152 | 1,3 |
| Cardiopathies, troubles du rythme | 142 | 1,3 |
| Symptômes et plaintes cardiovasculaires | 91 | 0,8 |
| Autres diagnostics cardiovasculaires | 43 | 0,4 |
| Psychologique | 927 | 8,2 |
| Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques | 691 | 6,1 |
| Syndromes dépressifs | 133 | 1,2 |
| Autres problèmes psychologiques | 70 | 0,6 |
| Psychoses | 46 | 0,4 |
| Usage de substances psychoactives (alcool) | 18 | 0,2 |
| Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments) | 10 | 0,1 |
| Usage de substances psychoactives (drogues) | 9 | 0,1 |
| Métabolisme, nutrition, endocrinien | 626 | 5,5 |
| Diabète (insulino et non insulino-dépendant) | 426 | 3,8 |
| Autres diagnostics métaboliques | 151 | 1,3 |
| Excès pondéral-Obésité | 38 | 0,3 |
| Symptômes et plaintes métaboliques | 34 | 0,3 |

| | Prévalence parmi l'ensemble des patients | |
|---|--|------------|
| | n | % |
| Neurologique | 624 | 5,5 |
| Autres diagnostics neurologiques | 279 | 2,5 |
| Symptômes et plaintes neurologiques | 306 | 2,7 |
| Épilepsie | 42 | 0,4 |
| Système génital féminin | 485 | 4,3 |
| Symptômes et plaintes du système génital féminin | 192 | 1,7 |
| Troubles des règles | 141 | 1,2 |
| Infections sexuellement transmissibles (femmes) | 75 | 0,7 |
| Autres diagnostics du système génital féminin | 69 | 0,6 |
| Œil | 459 | 4,1 |
| Infections de l'œil | 185 | 1,6 |
| Symptômes et plaintes du système oculaire | 182 | 1,6 |
| Autres diagnostics du système oculaire | 83 | 0,7 |
| Lunettes-lentilles | 6 | 0,1 |
| Grossesse, accouchement | 405 | 3,6 |
| Grossesses et couches non pathologiques | 280 | 2,5 |
| Symptômes et plaintes liée à la grossesse, accouchement | 83 | 0,7 |
| Contraception | 23 | 0,2 |
| Grossesses et couches pathologiques | 9 | 0,1 |
| Système urinaire | 373 | 3,3 |
| Symptômes et plaintes urinaires | 182 | 1,6 |
| Infections urinaires / rénales | 155 | 1,4 |
| Autres diagnostics urinaires et néphrologiques | 52 | 0,5 |
| Oreille | 326 | 2,9 |
| Infections du système auditif | 158 | 1,4 |
| Symptômes et plaintes du système auditif | 114 | 1,0 |
| Autres diagnostics du système auditif | 51 | 0,5 |
| Sang, système hémato/immunologique | 187 | 1,7 |
| VIH | 62 | 0,6 |
| Anémies | 60 | 0,5 |
| Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique | 27 | 0,2 |
| Autres diagnostics du système hémato/immunologique | 24 | 0,2 |
| Système génital masculin | 170 | 1,5 |
| Symptômes et plaintes du système génital masculin | 102 | 0,9 |
| Autres diagnostics du système génital masculin | 34 | 0,3 |
| Infections sexuellement transmissibles (hommes) | 31 | 0,3 |
| Catégories transversales | 584 | 5,2 |
| Traumatismes | 294 | 2,6 |
| Maladies infectieuses non classées ailleurs | 120 | 1,1 |
| Peurs de /Préoccupations | 112 | 1,0 |
| Cancers | 63 | 0,6 |

Taux de réponse : 82,9 %.

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

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

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

UN ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE TRÈS DÉGRADÉ

Les personnes rencontrées dans les Caso souffrant de problèmes buccodentaires sont la plupart du temps orientées vers les urgences hospitalières ou vers les Pass dentaires lorsqu'elles existent. Certains Caso⁵⁶ proposent toutefois des consultations dentaires dans leurs locaux. En 2019, ces derniers ont réalisé 1 564 consultations dentaires pour 720 patients, soit en moyenne 2,2 consultations dentaires par personne. Lors de ces consultations, 138 personnes de 12 ans ou plus ont bénéficié d'un bilan de l'état bucco-dentaire au cours duquel l'indice CAO a été calculé⁵⁷. Les patients présentent en moyenne 3,9 dents cariées, 5,2 dents absentes et 1,6 dents obturées, révélant un état de santé bucco-dentaire très dégradé. Ces nombres sont bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française [HAS, 2010] et posent la question du recours aux soins pour une population la plupart du temps sans couverture maladie ou sans complémentaire santé.

En 2019, 32,6 % des consultations dentaires ont abouti à des traitements coronaires (32,6 %), des extractions (18,3 %), des détartrages/hygiène (14,4 %) ainsi qu'à la pose de prothèses dentaires (13,6 %).

La santé bucco-dentaire est un domaine particulièrement dépendant des conditions de vie de l'individu : l'activité professionnelle, le revenu, le statut administratif, le niveau d'éducation, le type de couverture sociale, les conditions de vie ou des disparités d'accès aux soins [Pegon-Machat, 2018 ; Azoguy-Levy, 2012]. Pour les personnes confrontées à de multiples vulnérabilités, «*la mauvaise santé bucco-dentaire tend à être un indicateur de précarité voire et plus encore de grande précarité*» [Boissonnat, 2017].

Le recours aux soins dentaires est limité pour plusieurs raisons : des remboursements très partiels en particulier pour les prothèses dentaires, de nombreux dépassements d'honoraires, les démarches complexes pour renouveler sa couverture maladie, l'éloignement géographique des cabinets et l'offre limitée dans les services hospitaliers et les centres de santé malgré une forte demande des personnes en situation de précarité. Par ailleurs, la personne peut développer un sentiment de honte vis-à-vis des professionnels de santé bucco-dentaire en raison d'une dentition dans un état de dégradation avancée et craindre de renvoyer une image négative d'eux-mêmes [Boissonnat, 2017]. Les dépenses consacrées aux soins dentaires passent bien souvent au second plan et entrent en compétition avec d'autres priorités budgétaires (alimentation, logement, etc.). Rappelons que «*les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition*» [Rilliard, 2012]. Le recours aux soins dentaires devient alors motivé uniquement par la douleur et l'urgence des situations.

Il est reconnu qu'à long terme, l'absence de consultations dentaires et la mauvaise santé bucco-dentaire qui en découle peuvent avoir des répercussions graves sur l'état de santé général physique et psychologique des personnes [Teissier, 2012]. À ce titre, une enquête de MdM auprès des publics précaires d'Angoulême réalisée en 2015 a montré que pour plus de 40 % des personnes interrogées, l'absence de dents affectait leurs relations sociales, ce qui peut *in fine* conduire à une certaine invisibilité sociale ; 57 % se sont déclarés parfois à très souvent préoccupés ou inquiets au cours des 3 derniers mois et 54 % gênés ou mal à l'aise en raison de problèmes dentaires. Enfin, plus d'un tiers a déclaré limiter parfois à très souvent la quantité d'aliments mangés en raison de problèmes dentaires [MdM, 2016].

Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé en soins et en actions de prévention dans les populations en situation de précarité. Il est ainsi indispensable que la prévention des pathologies bucco-dentaires soit intégrée dans une approche globale de prévention et d'accès aux droits et aux soins pour tous.

(56) Caso de Montpellier, Nancy, Nice, Pau (mais sans recueil de données), Rouen et Strasbourg.

(57) L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire qui permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population. Il est couramment utilisé au niveau international et est un marqueur fréquemment utilisé pour souligner les inégalités sociales de santé. Il se décompose en trois indices : nombre de dents cariées (C), absentes (A), obturées ou soignées (O). L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées.

2. SOUFFRANCE ET TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES ACCUEILLIES

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2019, des troubles psychologiques ou psychiatriques ont été repérés chez 8,2 % des personnes reçues en consultation médicale généraliste.
- En dehors des consultations avec un médecin généraliste, des consultations psychologiques ou psychiatriques ont été réalisées auprès de 994 patients pour 3 113 consultations.
- Les troubles psychologiques sont nettement plus fréquents chez les personnes déclarant avoir été victimes de violences, les demandeurs d'asile et les personnes sans domicile.

les patients sont confrontés à des barrières culturelles et linguistiques pouvant compliquer les échanges. De plus, leur niveau de résilience⁵⁸ et l'invisibilité de certains troubles est particulièrement élevé, ne laissant pas deviner la souffrance sous-jacente et rendant le diagnostic de tels troubles difficile.

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

Ainsi, le fait de vivre à la rue participe à rendre encore plus invisibles les personnes rencontrées à MdM et peut également être entendu comme un facteur associé à la présence de troubles psychologiques : **dans les Casos en 2019, 11,9 % des personnes sans domicile fixe présentent des troubles psychologiques contre 7,1 % pour les personnes hébergées.**

DES PARCOURS MARQUÉS PAR DES RUPTURES, DES PERTES ET DES VIOLENCES

Les personnes rencontrées par MdM rapportent des histoires de vie marquées par des ruptures, des décès et des violences. Certaines souffrent parfois de pathologies psychiatriques chroniques et invalidantes, aggravées par la vie en situation de grande précarité et/ou à l'origine de celle-ci. Ces personnes ont des difficultés d'accès à la santé, du fait de l'organisation administrative complexe des soins, du manque de structures adaptées, du peu de souplesse de ces lieux et la difficulté de s'inscrire dans des soins programmés.

En 2019, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés pour 8,2 % des personnes reçues en consultations généralistes dans les Casos. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs (tableau 12). Toutefois, les troubles psychologiques sont probablement sous-estimés. En effet, ces derniers sont rarement la raison principale de la consultation ou ne sont pas systématiquement recherchés par les médecins qui ne rencontrent ces patients bien souvent qu'une seule fois, ce qui laisse peu d'opportunités d'aller au-delà de la gestion somatique d'urgence dans de nombreux cas. Par ailleurs,

TABLEAU 12 : TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE DIAGNOSTIQUÉS CHEZ LES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2019.

| | n | % |
|--|------------|------------|
| Troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués | 926 | 8,2 |
| Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques | 691 | 6,1 |
| Syndromes dépressifs | 133 | 1,2 |
| Autres problèmes psychologiques | 70 | 0,6 |
| Psychoses | 46 | 0,4 |
| Usage abusif de substances psychoactives | 34 | 0,3 |

Taux de réponse : 82,9 %.

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

En dehors des consultations avec un médecin généraliste, des consultations psychologiques ou psychiatriques spécifiques sont possibles dans la plupart des Caso (10 Caso). En 2019, 994 patients ont été suivis dans le cadre de ces consultations et, au total, 3 113 consultations ont été réalisées. Les patients sont plus souvent suivis dans le temps, avec 3,1 consultations en moyenne et la moitié des patients ayant eu au moins 2 consultations dans l'année.

LES MAUX DE L'EXIL

La souffrance des exilés est une constante, du départ du pays d'origine à l'arrivée dans le pays d'accueil. Beaucoup viennent, ou ont traversé des pays en guerre. Certains y ont été emprisonnés arbitrairement, ont subi des violences extrêmes, ont été témoins de la mort de proches ou ont été eux-mêmes menacés de mort. Une récente étude de MdM sur l'estimation des violences subies en Libye, en Italie et en France a montré d'ailleurs qu'une majorité des personnes avaient sollicité un soutien psychologique à l'issue des entretiens menés dans le cadre de cette étude. Elle montre également des violences directes et indirectes, à grande échelle, subies par les personnes migrantes pendant le parcours migratoire en Libye. Les femmes ont notamment été très exposées aux violences sexuelles. En Italie, si les personnes exilées ont largement soulevé le manque d'accès aux structures de soins, ce sont surtout des problèmes liés aux conditions de vie et d'hébergement qui ont été pointés en France [Reques-Sastre, 2019 ; MdM, 2018].

« Une jeune femme nigériane se présente à l'accueil, le regard prostré, fatigué. Je la reçois dans un bureau et elle ne fait que répéter en boucle "la nuit ma tête semble exploser, je ne peux pas dormir...". En accord avec le psychiatre, elle repart avec un médicament pour l'aider à trouver le sommeil et un rendez-vous pour la semaine suivante. Huit jours après, c'est une autre personne que je retrouve. Elle commence tout doucement à se confier, et à raconter son douloureux parcours depuis le Nigeria, son passage par la Libye, sa traversée pour l'Italie avec nombre de noyés. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

Des données scientifiques chiffrées manquent dans la documentation de la santé mentale des populations immigrées. Et pourtant, la souffrance psychique des exilés est un enjeu de santé publique [Centre Primo Levi, 2018] alors que les difficultés socio-économiques, administratives et le parcours migratoire des personnes étrangères reçues à MdM peuvent avoir un impact sur leur santé mentale.

L'étude Parcours, menée pour une partie auprès des ressortissants subsahariens vivant avec le VIH ou l'hépatite B, a aussi démontré que ce sont davantage les éléments du parcours migratoire que la maladie qui semblent avoir un rôle déterminant sur l'état de santé mentale des personnes

[Pannetier, 2017]. Ces résultats mettent en évidence « le rôle psycho-traumatique des conditions d'adversité sociale rencontrée dans les pays d'accueil par les migrants » [Aragon, 2012].

Les personnes en situation de migration contrainte ont ainsi été largement exposées à des phénomènes de violences et confrontées à des événements traumatiques [Veisse, 2017]. Chez les ressortissants étrangers reçus dans les Caso, le facteur le plus fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique demeure le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence (tableau 13) comme cela a par ailleurs été démontré dans l'étude du comité pour la santé des exilés (Comede) [Petruzzi, 2019]. MdM a également observé dans un rapport sur l'accès aux soins en Europe que l'état de santé ressenti de patients (reçus par MdM) ayant déclaré avoir subi des violences était considérablement plus mauvais concernant la santé générale, mentale et physique que celui des patients n'ayant pas déclaré d'épisodes de violences : ainsi « 12,4 % des personnes ayant subi des violences considèrent leur santé mentale comme très mauvaise, contre 1,7 % des personnes n'ayant pas déclaré d'épisode de violence » [Chauvin, 2015].

« Une jeune femme de 27 ans, originaire du Soudan, nous contacte pour que nous établissions un certificat médical dans le cadre de sa demande d'asile. Elle souhaite impérativement être reçue par un médecin femme car elle a été violente par des hommes et en est encore très affectée. Harcelée sexuellement par un professeur, elle est allée chercher protection auprès du directeur de l'Université. Elle est emprisonnée le soir-même pendant 7 jours torturée physiquement et sexuellement. Elle s'enfuit finalement et arrive jusqu'en France où elle demande l'asile. L'examen montre qu'elle conserve des douleurs somatiques et des séquelles fonctionnelles. Elle n'arrive plus à se concentrer, dort difficilement et fait beaucoup de cauchemars où elle revit ses violences. Lors de l'entretien, elle s'effondre. Nous interrompons la consultation et lui proposons de revenir. J'apprends par la suite qu'elle ne conserve aucun souvenir de notre entrevue. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

Les parcours migratoires apparaissent comme de plus en plus longs, difficiles et violents [Centre primo Levi, 2018]. Aux traumatismes et violences s'ajoute la perte des liens avec les proches y compris les enfants, les pressions policières ou celles des passeurs. Parmi les personnes étrangères souffrant de troubles psychologiques et victimes de violences reçues dans les Caso, 80,4 % ont subi des menaces physiques, 53,8 % ont souffert de la faim, 44,2 % ont subi des violences intrafamiliales, 43,2 % des violences infligées par les forces de l'ordre et 31,7 % ont connu des violences liées à la guerre. Elles sont également près des deux tiers à avoir été forcées à quitter leur pays d'origine.

L'incertitude perpétuelle sur son avenir proche ou lointain, la complexité des démarches administratives pour accéder aux droits, l'attente, l'expérience des procédures lourdes peuvent conduire à la décompensation et/ou à la persistance de souffrances d'ordre psychologiques. L'étude «*Parcours*», réalisée auprès des migrants d'Afrique subsaharienne a révélé que plus de la moitié des personnes interrogées n'accèdent à un premier titre de séjour d'une durée minimale d'un an qu'au bout de trois ans en France : facteur particulièrement anxiogène chez les ressortissants étrangers masculins [Pannetier, 2017]. Leur inquiétude peut être liée à la peur d'être arrêtés et donc expulsés, et celle d'échouer dans le parcours migratoire, ces derniers faisant plus souvent l'objet de contrôles policiers dans l'espace public que les femmes [Jobard, 2012]. **Chez les demandeurs d'asile, le fait d'être en attente d'une réponse de l'Ofpra est également fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique (tableau 13). Des troubles d'ordre psychologique ont ainsi été diagnostiqués chez près de 12,3 % d'entre eux en 2019 contre 7,2 % chez les autres personnes étrangères.** Le Comede a, à juste titre, rappelé, chez les personnes exilées, le poids de la détresse sociale (associée en partie à la précarité administrative, aux conditions de vie et aux incertitudes liées à l'avenir) sur la gravité des troubles psychiques. Les soignants témoignent de fréquentes décompensations, de syndromes psycho-traumatiques et de dépressions lors de la détérioration de la situation socio-administrative ou des rejets de demande d'asile qui, rappelons-le, concernent 2 demandeurs sur 3 en 2019 [Veisse, 2017]. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵⁹, le trouble de stress post-traumatique est le seul trouble pour lequel des différences importantes et constantes dans la prévalence comparative ont été signalées entre une population réfugiée et la population hôte (9 à 36 % chez les réfugiés contre 1 à 2 % dans les populations d'accueil). **Ainsi, le rejet de la demande d'asile constitue une violence administrative particulièrement dévastatrice, car il est vécu comme un désaveu, annihile tout espoir de reconstruction et a bien souvent un effet pathogène.**

TABLEAU 13 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU DIAGNOSTIC DE TROUBLES PSYCHOLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PERSONNES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2019

| | Troubles psychologiques ou psychiatriques | | |
|--|---|------------|--------------------|
| | n | % | OR |
| Ensemble des patients étrangers | 877 | 8,0 | |
| Sexe | | | |
| - Homme | 587 | 8,6 | Réf |
| - Femme | 290 | 6,9 | 0,9 ^{ns} |
| Âge | | | |
| - Moins de 11 ans | 21 | 2,4 | 0,4 ^{***} |
| - 11-17 ans | 69 | 9,4 | 1,1 ^{ns} |
| - 18-34 ans | 501 | 10,0 | Réf |
| - 35-49 ans | 211 | 8,0 | 0,9 ^{ns} |
| - 50 ans et plus | 74 | 4,3 | 0,7 ^{**} |
| Logement | | | |
| - Personnel | 36 | 7,1 | 1,5 [*] |
| - Hébergé | 385 | 6,7 | Réf |
| - Squat, bidonville | 55 | 8,6 | 1,2 ^{ns} |
| - Sans domicile fixe (dont hébergement d'urgence < 15 jours) | 274 | 11,9 | 1,4 ^{***} |
| - Autre | 8 | 8,3 | 1,5 ^{ns} |
| Demandeur d'asile (en cours) | | | |
| - Non | 503 | 7,2 | Réf |
| - Oui | 222 | 12,3 | 1,5 ^{***} |
| Victime de violences | | | |
| - Non | 627 | 6,4 | Réf |
| - Oui | 250 | 21,9 | 3,4 ^{***} |
| Seul en France (célibataire ou MNA) | | | |
| - Non | 166 | 5,7 | -- |
| - Oui | 590 | 8,9 | -- |
| Durée de résidence en France | | | |
| < 1 an | 623 | 8,2 | -- |
| De 1 à 3 ans | 126 | 7,7 | -- |
| 3 ans et plus | 97 | 7,4 | -- |

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

Modèles multivariés réalisés sur 8 450 étrangers reçus en consultation médicale et ayant répondu à l'ensemble des items (excepté durée de résidence et seul en France).

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les étrangers victimes de violences ont 3,4 fois plus de risque de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique par rapport aux autres patients étrangers (p<0,001 et OR=3,4).

L'URGENTE NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les publics rencontrés par MdM sont éloignés du système de santé. Les situations de détresse psychologique⁶⁰, sinon de trouble avéré, que l'on peut retrouver chez eux nécessitent de mettre en place des prises en charge adaptées (bilan de santé somatique et psychique, dispositifs facilitant l'entrée dans le soin, développement des compétences des professionnels de santé autour du psycho-trauma et développement des lieux d'accueil et de prise en charge des patients en souffrance, etc.). Or s'il existe dans le droit commun une offre diversifiée pour les personnes souffrant de troubles d'ordre psychologique (en ambulatoire, en hébergement, en hospitalisation, en action mobile), elle reste insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins.

Les centres médico psychologiques (CMP)⁶¹ – structures proposant des consultations gratuites – sont saturés et d'autres ferment. Les équipes de MdM rapportent des situations où les personnes doivent attendre des mois avant d'avoir un rendez-vous, voire sont encouragées à rappeler des mois plus tard. On note globalement une insuffisance et une réduction du nombre des CMP en France et plus particulièrement en zones rurales – déjà sous dotées en psychiatres et psychologues libéraux [André, 2019 ; Primo Levi, 2018].

Depuis 2019, 10 centres régionaux dédiés au psycho-traumatismes sont en cours de création et de structuration. Tous sont portés par des centres hospitaliers universitaires (CHU), parfois en partenariat avec d'autres structures. La même année a également été créé le Centre national de ressources et de résilience (CN2R), piloté par le CHU de Lille et l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP). Si la création de ces nouveaux dispositifs est à saluer, elle reste néanmoins insuffisante pour pallier l'insuffisance de l'offre de soins, et ne couvre pas l'ensemble des territoires ; les acteurs consultés pour leur mise en place recommandaient la création d'une centaine de centres. De plus, la prise en charge de l'interprétariat dans ces structures semblait encore en suspens. Il est encore trop tôt pour faire un premier bilan de ces dispositifs mais MdM sera attentif aux modalités d'accès et à la qualité de la prise en charge proposée notamment, sur la question de l'interprétariat.

Par ailleurs, la prise en charge des patients allophones reste difficile. Les questions de l'interculturalité dans le dépistage, l'identification des troubles ou le traitement des patients sont rarement pris en compte et le recours à l'interprétariat reste encore rare, alors même que les interprètes professionnels demeurent la seule et la plus importante ressource pour assurer l'accès à des soins de santé mentale de qualité [Feldman, 2006]. À ce titre, Chambon et al. rappellent que « le droit à comprendre et à se faire comprendre dans sa langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire » [Chambon, 2016] alors même que nombre de soignants ne font que rarement, voire jamais, appel à un interprète. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dispositif intervenant directement sur les lieux de vie des personnes, sont des leviers efficaces de lutte contre les inégalités d'accès aux soins mais leur fonctionnement est très hétérogène et elles sont peu dotées pour le recours systématique à l'interprétariat.

Il convient en premier lieu de mettre en place un accueil respectant les droits fondamentaux des personnes, dont leur sécurité et leur intégrité physique et psychique. Il s'agit ensuite, pour une meilleure prise en charge, de développer, pour les populations confrontées à de multiples vulnérabilités en santé, des lieux identifiés, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico-psychologique (CMP), lits d'accueil médicalisés (LAM), lits halte soins sante (LHSS), etc.) doivent être renforcés et leur offre de soin adaptée.

MdM recommande de systématiser le recours à l'interprétariat en santé dans toutes les structures de soins qui accueillent des personnes migrantes, sans lequel tout soin est extrêmement difficile, voire impossible.

MdM encourage également la diversification des types de prises en charge en développant par exemple des consultations transculturelles, des activités psychosociales collectives, de l'art-thérapie, etc.⁶²

(60) La détresse psychologique survient lorsque la personne est confrontée à des facteurs de stress auxquels elle n'est pas en mesure de faire face, et se trouve alors débordée. Cet état peut alors avoir un impact négatif sur sa capacité à se gérer au quotidien et sur ses qualités relationnelles, par exemple. Détresse psychologique et troubles mentaux s'inscrivent dans un continuum : tous génèrent de la souffrance et des incapacités. Toutes les personnes affectées par un trouble mental et/ou la détresse psychologique bénéficieront d'un soutien psychosocial renforcé. Mais la prise en charge des troubles mentaux nécessite également un soin plus spécifique : médicaments, thérapies psychologiques, par exemple.

(61) Les CMP ont été mis en place par une circulaire du ministère de la santé du 15 mars 1960.

(62) Médecins du Monde et le Centre Primo Levi ont fait de nombreuses propositions pour améliorer la prévention et la prise en charge de ce problème de santé dans le rapport « La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique » 2018, p.27.

LA THÉRAPIE COMMUNAUTAIRE INTÉGRATIVE COMME RÉPONSE ADAPTÉE À L'AMÉLIORATION DU REPÉRAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE CHEZ LES PERSONNES EXILÉES : EXEMPLE DE PRATIQUE AU CASO DE GRENOBLE

Les personnes reçues au Caso de Grenoble sont pour la grande majorité des personnes exilées. Nombreuses sont celles affectées par des traumatismes multiples ; la souffrance psychologique prend parfois la forme de troubles psychosomatiques exprimés lors des consultations médicales. Cette détresse psychosociale est souvent due à une extrême précarité, une rupture des liens sociaux et l'absence des déterminants sociaux de santé que sont un logement stable, de bonnes conditions matérielles d'existence, une reconnaissance sociale et un sentiment de sécurité. L'équipe du Caso évoque par ailleurs une non-adéquation des grilles d'analyse de la psychothérapie classique dans le cas des personnes exilées. En France, la formation des soignants intègre peu les questions de précarité, d'interculturalité et d'exil, engendrant des difficultés en termes de relation aux patients et de compréhension mutuelle. En effet, la fragilisation, voire la rupture de confiance envers autrui générées par les parcours d'exil implique une nécessité de restaurer les liens aux autres pour restaurer le bien-être individuel.

Dans ce contexte, l'équipe du Caso a souhaité s'engager dans une démarche de soutien psychosocial, dans laquelle l'offre de soin s'appuie sur des approches communautaires où le soignant est inclus en tant qu'être humain comme les autres dans l'activité collective. Face à ce public spécifique, il semblait nécessaire de penser des modes de prise en charge innovants en complément des actions psychothérapeutiques classiques, pour répondre plus largement aux enjeux identifiés.

Avec l'appui de l'Association européenne de thérapie communautaire intégrative, le Caso de Grenoble a développé des «*rondes de parole, d'écoute et de lien*» inspirées des travaux du psychiatre Adalberto Barreto dans les favelas brésiliennes. La thérapie communautaire intégrative est intéressante dans le sens où, avec assez peu de moyens et une équipe formée à l'animation des rondes, elle permet de susciter la prise de parole et l'expression de chacun. Elle se fonde sur la valorisation des compétences issues du vécu des participants, et sont donc engageantes pour les personnes qui y prennent part.

Les rondes de paroles reposent sur deux éléments : une approche collective et un principe d'horizontalité.

L'approche collective implique de la souplesse et de l'adaptabilité dans la mise en œuvre des activités, afin de réduire autant que possible les freins à la participation des personnes. Les séances se tiennent chaque semaine à la même heure et sont ouvertes à toutes les personnes en situation d'exil souhaitant y participer, sans contraintes d'assiduité, d'inscription, de recueil de données ou d'obligation à prendre la parole. Aujourd'hui, les rondes sont réalisées en français par manque de moyens et seules quelques rondes bilingues français / anglais ont été expérimentées grâce à la traduction d'une bénévole et ont permis ainsi l'intégration de personnes allophones.

Le principe d'horizontalité, quant à lui, signifie que chaque participant est usager de la ronde, qu'il soit intervenant au Caso ou concerné par l'exil. Ce principe s'applique ainsi aux animateurs, qui ont un rôle d'accompagnement du déroulement des rondes, tout en étant eux-mêmes usagers au même titre que les personnes exilées. Les frontières entre accueillants et accueillis s'effacent de ce fait au profit d'une horizontalité des liens induite par le fonctionnement de la ronde.

Cette horizontalité est renforcée par des animateurs des rondes qui ne sont pas nécessairement des spécialistes de la santé mentale ou des personnes issues d'une profession médicale. Toutes les personnes qui le souhaitent peuvent se former, indépendamment de leur spécialité initiale ; ce qui fut le cas pour les deux bénévoles du Caso de Grenoble formés à l'animation des rondes et qui n'avaient initialement de formation ni médicale ni psychologique. **Ce principe, qui régit les rondes, est en cohérence avec la démarche globale du Caso en matière de soutien psychique : chercher à promouvoir un décloisonnement des fonctions et un investissement de l'ensemble des équipes dans l'accueil collectif et le soutien psychosocial.**





fondamentaux de l'activité. Après un temps d'accueil et de présentation mutuelle des participants, un moment de partage autour de bonnes et de moins bonnes nouvelles est proposé par les animateurs. Puis, les personnes qui le souhaitent sont invitées à proposer des sujets. Ces derniers concernent des difficultés rencontrées, des tracas du quotidien, des problèmes que les personnes désirent partager avec le groupe. Les participants votent ensuite pour le choix d'un sujet, en argumentant leur vote s'ils le souhaitent. Une fois le sujet choisi, les personnes présentes peuvent partager leurs expériences de situations similaires et des solutions qu'elles ont trouvées pour y faire face. La ronde s'achève ensuite par un temps final de réaffirmation du soutien collectif, suivi d'une collation partagée et d'un temps de débriefing.

*« Ensemble on est fort » ;
« quand on me dit bonjour : j'existe » ;
« je retrouve ici le cercle Bantou ».*

Verbatim de personnes exilées lors des Rondes de paroles [Caso de Grenoble, 2019]

En 2018, 26 rondes ont été organisées dans les locaux du Caso avec la présence de 324 participants dont 125 femmes soit une moyenne de 12 participants par rencontre. L'équipe du Caso de Grenoble souhaite poursuivre ce travail en mettant en place des rondes dans deux structures partenaires intervenant auprès de personnes exilées (l'APARDAP et 3aMIE) dont le public est essentiellement constitué de personnes mineures non reconnues comme telles. Le Caso souhaite également développer des rondes destinées plus spécifiquement aux femmes, afin que puissent être évoquées les violences liées au genre, renforcer la formation d'animateurs, à la fois internes à son équipe et dans d'autres structures, afin que les rondes de parole puissent se multiplier et bénéficier à davantage de personnes en situation d'exil.

3. DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE POUR AGIR EN FAVEUR DE LA SANTÉ

L'organisation mondiale de la santé (OMS) pose comme principe fondamental le droit de toute personne, et en particulier de celles en situation de vulnérabilité, de bénéficier d'actions de promotion de la santé et de services de prévention d'accès inconditionnel. Cependant, l'offre de soins est rarement adaptée aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité (accueil, interpréariat, médiation en santé, information, manque de formation des professionnels sur les conséquences de la précarité). Ce constat vaut aussi dans le domaine de la prévention primaire⁶³ comme dans celui du dépistage des maladies infectieuses.

En 2019, dans le cadre du programme transversal de prévention, les équipes de MdM ont abordé diverses thématiques en promotion de la santé, que ce soit en consultation (médicale ou non) ou en atelier collectif. Les thèmes abordés ont concerné la nutrition, l'activité physique, l'hygiène, les maladies chroniques (comme l'hypertension artérielle ou le diabète), la santé et l'environnement, la santé bucco-dentaire, le soutien psychosocial, la vaccination ou encore les maladies transmissibles et les addictions (usages de drogues, tabagisme, alcoolisme).

Un focus particulier est porté sur la santé et les droits sexuels et reproductifs ainsi que sur le dépistage du VIH, hépatites B, C et tuberculose.

SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRÉCARITÉ LOURDE DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2019, 89 % des femmes en âge de procréer ne disposent d'aucune contraception lors de leur première visite au Caso.

→ 81,8 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de frottis au cours de leur vie.

→ 59,9 % des femmes enceintes sont hébergées par des proches, un organisme ou une association, 22,8 % sont à la rue et 7,7 % vivent en squat ou bidonville.

→ Parmi les femmes enceintes, 36,6 % présentent un retard de suivi de grossesse selon les médecins⁶⁴ et seule la moitié ont eu des soins prénataux.

55

L'accès des femmes en situation de précarité aux soins de santé sexuelle et reproductifs (SSR) et l'exercice de leurs droits sont encore problématiques en France et renforcent de fait leur exclusion. Si le cadre politique et légal en matière de SSR est relativement favorable, son effectivité reste entravée par de nombreux obstacles. Ainsi, l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs rencontre de nombreuses barrières, tant juridiques et morales qu'au niveau de l'offre de services. Ces entraves concernent tout autant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la contraception (dont la contraception d'urgence), le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), notamment pour les femmes migrantes et/ou précarisées.

(63) La prévention primaire est un ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en terme environnementaux et sociétaux (OMS).

(64) On considère qu'il y a un retard de suivi de grossesse au-delà de 12 semaines d'aménorrhée.

En 2018, la commission Guttmacher-Lancet a préconisé des services essentiels d'intervention en santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR), et a invité les pays à élargir progressivement leur accès, en accordant toujours la priorité aux populations vulnérables et marginalisées⁶⁵. En 2019, un rapport du Conseil économique, social et environnemental sur l'état des lieux des droits de santé sexuels et reproductifs dresse le constat qu'une offre de soins en SSR diminuée et inégale sur un territoire pose notamment des problèmes à certaines femmes, dont celles vivant dans la rue, les travailleuses du sexe, femmes en lieux d'enfermement et les femmes migrantes [Séhier, 2019]. Par ailleurs, l'enquête *Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées* (Dsafhir) menée auprès de 469 femmes migrantes vivant à l'hôtel a montré que la majorité des femmes migrantes ont subi des épisodes de violence grave et ont d'importants besoins de soins de santé sexuelle et reproductive [Andro, 2019]. Or, leurs conditions de vie, d'accueil et d'hébergement les condamnent le plus souvent à l'errance médicale entre les services d'urgence.

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La France est l'un des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes [Lang, 2016]. Le taux de mortalité maternelle en France est ainsi 2,5 fois plus élevé chez les femmes en situation de migration et 3,5 fois plus élevé chez celles nées en Afrique subsaharienne par rapport aux femmes nées en France⁶⁶. Les femmes rencontrées par MdM rentrent tout à fait dans ce cadre et ces statistiques.

En 2019, 4 454 femmes de 15 ans ou plus ont été reçues en consultation médicale par un médecin généraliste et 273 femmes ont bénéficié d'une consultation gynécologique⁶⁷. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une grande partie d'entre elles venant de pays où l'offre est limitée. Les mêmes constats sont également partagés par le Haut conseil à l'égalité qui souligne le peu de suivi gynécologique des femmes en situation de précarité⁶⁸.

Ainsi, en matière de planification familiale, la contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans reçues au Caso est peu fréquente puisque seules 11,1 % en ont déclaré une.

Par ailleurs seules 7,1 % des femmes qui n'en ont pas en souhaiteraient une, laissant supposer ainsi un manque de connaissance et 9,5 % des femmes ont indiqué ne pas savoir si elles en souhaitaient une. Par ailleurs, les représentations socioculturelles liées à la sexualité et à la contraception, pourraient également avoir un impact dans la décision des femmes à avoir recours ou non à la contraception et au mode de contraception choisi [Cellier, 2018]. De plus, au-delà de ces facteurs qui influencent la prise de décision des femmes en matière de contraception, ces déterminants doivent se lire sur fond des situations de précarité qu'elles vivent, les exposant au risque d'absence totale de contraception [HAS, 2013]. En 2013, une étude a mis en évidence que le niveau socio-économique, notamment le niveau de revenu, d'éducation et l'emploi a une influence sur l'utilisation d'une méthode contraceptive chez les femmes y compris les femmes migrantes [Basrre, 2019].

Le renforcement de l'arsenal juridique et réglementaire de l'accès à l'IVG⁶⁹ ainsi qu'un programme national d'actions⁷⁰ ont permis certaines avancées face à un droit à l'IVG de plus en plus menacé. Toutefois, le cadre réglementaire en matière de santé sexuelle et reproductive⁷¹ est encore méconnu, transgressé ou encore inappliqué par les structures institutionnelles et privées. MdM observe à travers ses activités une méconnaissance ou un refus d'appliquer des procédures d'instruction prioritaire notamment dans le cadre du recours au fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) et de la prise en charge de l'avortement pour les personnes bénéficiant de l'AME. L'accès à l'IVG s'est par ailleurs fortement réduit ces dernières années : en 15 ans, plus de 130 centres qui pratiquaient l'IVG ont fermé. De plus, si l'IVG est en théorie accessible, en ville comme à l'hôpital, aux femmes avec ou sans couverture maladie⁷² et remboursable à 100 % depuis 2016, elle reste parfois inaccessible aux femmes en situation de précarité. Certains hôpitaux ont d'ailleurs même comme consigne de recouvrer les frais, quitte à faire pression sur la patiente.

En matière de dépistage de cancers gynécologiques, depuis mai 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus est remboursé à 100 % dans le cadre du programme national de dépistage organisé en France, tous les trois ans, pour les femmes âgées entre 25 et 65 ans. Or, parmi les femmes de cette tranche d'âge reçues dans les Caso, seules 18,2 % d'entre elles ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis. Rappelons que le cancer du col est l'un des cancers

(65) Accélérer le progrès : santé et droits sexuels et reproductifs pour tous - Résumé : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/page_files/accelerer-le-progres-resume.pdf, mai 2018

(66) Rapport triennal de l'enquête confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), analysant la période 2010-2012 et menée par l'équipe Inserm EPOpé - « Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique » du centre de recherche épidémiologie et statistique Sorbonne-Paris-Cité (Unité 1153 CRESS).

(67) Des consultations en gynécologie/sage femme sont réalisées dans trois Caso : Bordeaux, Saint-Denis et Strasbourg.

(68) « La santé et l'accès aux soins. Une urgence pour les femmes en situation de précarité », rapport n°2017-05-29-SAN-O27, 29 mai 2017.

(69) Retrait de la législation en 2014 du critère de « situation de détresse » exigé depuis 1975 comme condition pour avoir accès à l'avortement et le renforcement du délit d'entrave à l'IVG en 2016.

(70) Améliorer l'accès à l'IVG - Programme national d'action (2015) ; on peut notamment citer les initiatives suivantes : le lancement en 2013 du site institutionnel pour garantir une information fiable et contrer les sites de désinformation des mouvements anti-choix/ anti-IVG, la mise en place d'un numéro unique d'information anonyme, gratuit, géré par le Planning familial et une première campagne d'information « IVG, mon corps, mon choix, mon droit ».

(71) Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 : Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

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

marquant les inégalités sociales [Inca, 2016 ; Bryere, 2017 ; Reques-Sastre, 2019]. L'OMS a aussi montré dans son rapport sur l'état de santé des migrants et réfugiés que le cancer du col de l'utérus était plus élevé chez les migrantes que dans la population du pays d'accueil vu l'accès limité aux offres de prévention et de dépistage [OMS, 2018]. Cette situation peut générer un retard de prise en charge, la nécessité de traitements plus lourds et un pronostic péjoratif.

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

Chez les personnes en situation de précarité, les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles et relèvent, entre autres, de la barrière linguistique, des conditions de travail précaires, du manque de moyens financiers et des freins culturels symboliques [Haut conseil à l'égalité, 2017]. Il s'en suit un faible suivi gynécologique et notamment une insuffisance d'accès à la contraception qui explique, en partie, la prévalence des grossesses non prévues et non désirées chez les femmes en grande précarité.

En 2019, parmi les 3 657 femmes âgées de 11 à 49 ans rencontrées en consultation médicale (généraliste ou gynécologique) 11,7 % étaient enceintes. Cependant, ce pourcentage est probablement sous-estimé en raison de leur orientation dès l'accueil vers les services de PMI ou IVG sans nécessairement passer par une consultation médicale. De plus, seules celles qui déclarent être enceintes sont comptabilisées.

« Après son passage au Caso, Mme L. nécessite le recours à la maternité pour un suivi de grossesse. J'appelle le service social de la maternité pour prendre le premier rendez-vous afin qu'elle puisse être ensuite prise en charge. Après avoir expliqué la situation, la secrétaire du service me dit : "Ah bah encore une de plus sans couverture maladie", "Elle n'a pas bénéficié de soins pendant 9 ans ? Et beh dis donc, elle en a de la chance", "A-t-elle un papier qui atteste de sa présence en France depuis 9 ans ?", "Pourquoi n'a-t-elle pas de couverture maladie ?", "J'ai besoin d'avoir des réponses à ces questions et puis de toute façon moi je ne peux rien faire là, [...], les assistants sociaux sont en réunion." »

[Caso, 2019]

Il s'agissait d'une première grossesse pour plus d'un quart (27,7 %) des femmes enceintes rencontrées. Par ailleurs, 3,7 % étaient mineures. Concernant la situation familiale, la moitié d'entre elles sont seules et 30,7 % ont des enfants à charge en France. L'analyse de leur situation administrative indique que 55,1 % d'entre elles sont en situation irrégulière au regard du droit de séjour en France. De plus, seules 10,1 % des femmes enceintes vues en consultation médicale (générale et gynécologique) ont des droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.

Les conditions de logement de ces femmes apparaissent comme particulièrement difficiles et précaires. En effet, 59,9 % d'entre elles sont hébergées par une association ou des connaissances, 22,8 % sont sans domicile fixe (hébergement d'urgence ou à la rue) et 7,7 % vivent dans un squat ou en bidonville. Seuls 8,6 % disposent d'un logement personnel. Parmi les femmes à la rue, 20,3 % vivent seules avec des enfants. Le problème de l'hébergement se pose également en fin d'hospitalisation après l'accouchement. En effet, les femmes considérées comme personnes sans abri et leur nouveau-né n'ont pas toujours accès à un logement viable (cf. encart page 58). Le 115 a ainsi noté une augmentation du nombre de « bébés sans abri » en Seine-Saint-Denis⁷³. Alertés par cette situation, certains établissements hospitaliers prolongent au mieux les périodes d'hospitalisation après l'accouchement⁷⁴.

(73) « Seine-Saint-Denis : hausse inquiétante de "bébés sans-abri" », *lefigaro.fr*, 8 septembre 2018.

(74) Caroline Piquet, « Le douloureux parcours des femmes enceintes à la rue », *lefigaro.fr*, 28 janvier 2016.

DES FEMMES ENCEINTES OU AYANT RÉCEMMENT ACCOUCHÉ SANS SOLUTION D'HÉBERGEMENT, UN PHÉNOMÈNE ENCORE PEU CONNU EN FRANCE : TÉMOIGNAGE DE LA SITUATION À NANTES

De nombreux professionnels de santé et acteurs associatifs dont MdM présent, dans la région des Pays de la Loire observent une forte augmentation du nombre de femmes enceintes ou ayant récemment accouché en situation de sans-abrisme et pâtissant d'une saturation des structures d'accueil des personnes en situation de précarité. Ce phénomène, encore mal connu en France, est pourtant bien réel à Nantes. Le service intégré d'accueil et d'orientation 44 (SIAO 44) a montré dans son rapport de 2019 une augmentation de 27 % des demandes d'hébergement d'urgence en Loire-Atlantique entre 2016 et 2018 (4 202 personnes en 2016 et 5 344 personnes en 2018) dont 29 % ont été faites par des femmes seules ou avec enfants. En 2019, l'accueil de jour des femmes des Restos du Cœur à Nantes a accueilli 25 femmes enceintes sans solution d'hébergement. La Maison de Coluche, centre d'hébergement d'urgence à Nantes, a accueilli 13 femmes enceintes entre octobre et décembre 2018. Pour la plupart allophones, elles se retrouvent sans réseau d'entraide et ne connaissent ni la ville, ni les démarches administratives ni les réseaux d'aide. De son côté, à l'été 2019, la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes recevait en consultation environ quatre nouvelles femmes enceintes par jour, souvent isolées, à la rue pour la plupart ou vivant en hébergement précaire.

Pour répondre à l'urgence, les médecins du CHU de Nantes ont pris la décision de garder en hospitalisation les femmes sans aucune solution d'hébergement et leur nouveau-né jusqu'aux 28 jours de l'enfant. En 2019, le CHU de Nantes a hospitalisé 134 femmes avec leur nouveau-né (1 735 jours d'hospitalisation au total) pour faire face à cette problématique. Face à ce constat, les professionnels de la maternité du CHU ont créé un groupe de travail pour proposer des solutions à la direction et interpeller le conseil départemental, l'ARS et la Ville de Nantes. D'autres acteurs, dont MdM, ont été sollicités pour participer à la réflexion et pour décrire ce phénomène dans sa globalité.

Cependant, le manque de réponse effective aux demandes d'hébergement engendre une charge importante pour les professionnels du CHU (recherche de solutions, occupations de lits dans des conditions inadaptées, stress), impactant, de fait, l'activité de la maternité et rendant difficile l'accueil d'autres publics en situation de vulnérabilité dans de bonnes conditions.

« Un nouveau-né qui sort de maternité a besoin de soins : une pesée une fois par semaine et un suivi médical. Pour cela il faut une adresse. L'année dernière, nous étions déjà effarés de devoir faire des sorties de maternité dans des structures types «abri de nuit» (ouvertes de 20h00

à 9h00 avec fermeture de l'abri dans la journée). Bien sûr, il faudrait que ce soient des structures d'accueil de jour et de nuit qui rouvrent. Mais notre seuil de tolérance est en train de s'abaisser au fil du temps et nous référons aujourd'hui des sorties dans des hébergements non adaptés aux nouveau-nés car la maternité seule n'a pas les moyens de faire de l'hébergement.

[Témoignage d'une sage-femme de la maternité du CHU de Nantes]

Les conditions sociales, telles que la stabilité du logement au moment de la grossesse et du post-accouchement, ont un impact majeur sur la santé de la mère et de l'enfant [Begun, 2015]. Les femmes enceintes ou ayant récemment accouché vivant en condition de sans-abrisme ont une probabilité plus élevée de faire face à des complications en suite de couches ou à des troubles pendant la grossesse (troubles dépressifs majeurs, stress post-traumatique, troubles liés à la consommation de substances, limitations fonctionnelles physiques et de problèmes de santé chroniques) [Clark, 2019 ; Bassuk, 1996]. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré le lien entre l'instabilité du logement et un accouchement prématuré ou encore un poids de naissance plus faible [Cutts, 2015 ; Stein, 2000 ; Carrion, 2015 ; Little, 2005]. Par rapport à la population générale, après la naissance, les nouveaux-nés des femmes en situation de sans-abrisme sont hospitalisés pendant un temps plus long, ont plus fréquemment besoin de soins intensifs et reçoivent moins d'allaitement maternel [Richards, 2011].

Une étude qualitative a exploré les besoins exprimés par des médecins généralistes de Loire-Atlantique concernant la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Ces besoins se situaient notamment sur un meilleur accès à l'interprétariat, l'amélioration de la coordination du parcours de soins et de la communication entre les différents intervenants du médico-social [Visage, 2017].

Tous ces éléments reflètent l'importance d'un logement adéquat, d'une prise en charge multidisciplinaire (médicale, sociale, psychiatrique, psychologique, etc.) et d'un accompagnement adapté et continu des grossesses et des périodes post-accouchement des personnes en situation de sans-abrisme. Cependant, il y a peu de littérature qui décrit et analyse ce phénomène dans sa globalité sur le territoire français. Pour cette raison, MdM travaille actuellement sur un projet de recherche en partenariat avec le CHU de Nantes. L'objectif est de décrire la santé perçue par les femmes enceintes ou par les femmes ayant récemment accouché et vivant en habitat «insalubre, indigne, informel et instable («4i»)» et d'évaluer l'impact qu'elles perçoivent de l'environnement sur leur santé.

La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères. En effet, 36,6 % des femmes enceintes reçues dans les Casos (consultations généralistes ou gynécologiques) présentent un retard de suivi de grossesse⁷⁵ et seules la moitié ont eu des soins prénataux (tableau 14). Au total, 60 % des femmes enceintes reçues en consultations généralistes nécessitaient selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente. Ces résultats, démontrés par ailleurs, mettent en évidence un défaut de surveillance prénatale parmi les femmes en situation précaire et par voie de conséquence des risques plus importants d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou de mise au monde d'enfants de petit poids [Azria, 2015 ; OMS, 2018]. Pourtant, la Convention internationale des droits de l'enfant ne manque pas de rappeler l'obligation faite aux « États parties » dont la France de « prendre les mesures appropriées pour assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés »⁷⁶.

TABLEAU 14 : SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES ENCEINTEES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE OU GYNÉCOLOGIQUE DANS LES CASO, 2019.

| | n | % |
|--|-----|------|
| Femmes enceintes (entre 11 et 49 ans) | | |
| Accès aux soins prénatals | 132 | 51,2 |
| Retard de suivi de grossesse | 97 | 36,6 |
| Demande d'IVG | 18 | 7,3 |

Taux de réponse : Accès aux soins : 60,1 % ; Retard de suivi : 61,8 % ; Demande IVG : 57,6 %.

Ainsi, les conditions de vie des femmes enceintes en situation de précarité devraient imposer une meilleure prise en charge et un renforcement des activités de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive.

Pour atteindre cet objectif, et comme l'a suggéré le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en 2016, MdM recommande aux décideurs d'améliorer l'information et la formation en matière de santé sexuelle et reproductive, d'améliorer l'offre générale, de renforcer et à adapter l'offre de santé en la matière, notamment pour les femmes en situation de migration ou de précarité [HCSP, 2016].

Il est donc essentiel de promouvoir des actions de prévention et de soins dans des actions « d'aller-vers » en rendant dans des lieux d'hébergements, des lieux de vie informels (squats, bidonvilles) ou sur les lieux de travail des travailleuses du sexe, et encore de renforcer les services de protection maternelle et infantile.

L'Europe fait face à une opposition politique croissante à l'encontre de la santé et des droits sexuels et reproductifs. On compte de plus en plus de gouvernements conservateurs et de groupes radicaux qui cherchent à nuire au programme progressif proposé par le gouvernement fondé sur les droits humains. Les droits sexuels et reproductifs sont des droits humains. Ainsi, MdM demande au gouvernement de les respecter, de les protéger et de garantir leur accès à tous et toutes.

INCLURE UNE APPROCHE GENRE DANS LES ACTIONS MENÉES PAR L'ASSOCIATION EN FRANCE : EXEMPLE DE LA DÉLÉGATION MIDI-PYRÉNÉES DE MDM

Le genre⁷⁷, associé à d'autres catégories socialement et culturellement construites (classe, origine ethnique, âge, etc.), est l'un des déterminants sociaux les plus importants des inégalités en santé⁷⁸. En lien avec le sexe, il a un impact sur les profils de santé des personnes, notamment sur les probabilités d'être en bonne santé ou de tomber malade et/ou de mourir de causes prévisibles. Ainsi, MdM attache une importance particulière à l'intégration du genre dans ses actions et ses projets. Depuis l'adoption de son plan stratégique en 2016, trois approches transversales, dont celle du genre, sont privilégiées pour être incluses dans la mise en œuvre de l'ensemble des projets et

augmenter ainsi leur impact et leur qualité. Dans ce sens, l'approche genre permet l'amélioration de l'accès aux services de santé en prenant en compte les besoins sexo-spécifiques des personnes. Cela a un impact direct dans la promotion de l'égalité et l'équité dans l'accès au droit à la santé pour tous et toutes. MdM s'est doté en 2020 d'une politique en matière de genre⁷⁹ qui sert de cadre politique et de feuille de route à l'association sur les questions de genre et santé. Les programmes internationaux et en France sont par ailleurs accompagnés dans l'analyse de leurs pratiques et la redéfinition de leurs actions depuis 2018 par une référente genre basée au siège, à Paris.



(75) On considère qu'il y a un retard lorsqu'il n'y a pas eu de consultation de suivi de grossesse après 12 semaines d'aménorrhée.

(76) Convention internationale des droits de l'enfant, 1989.

(77) Genre : concept qui permet d'analyser, dans un contexte donné et à un moment donné, les rôles, les caractéristiques et les compétences construits socialement et attribués aux hommes, aux femmes et aux personnes ne s'identifiant pas à l'un de ces deux genres plus largement reconnus (genre) sur la base des différences biologiques existant entre hommes, femmes et personnes intersexuées (sexe). Elle permet aussi d'analyser les relations existantes entre ces genres dans un contexte social et historique particulier.

(78) OMS, « Genre et santé » [Internet], 2018. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

(79) Accessible en ligne : Politique en matière de genre de Médecins du Monde France.



En 2018, la délégation de Midi-Pyrénées a décidé d'entamer un processus de réflexion autour cette approche afin d'améliorer l'accès aux services de santé pour les femmes en situation de précarité.

Importance de l'accompagnement de l'approche genre dans les programmes MDM

Fruit de différents constats réalisés depuis plusieurs années, les équipes de la délégation se sont interrogées sur l'invisibilité des femmes sans domicile, qui sont de plus en plus nombreuses à être rencontrées lors des maraudes et des consultations au Caso. Une stagiaire en master Genre, égalité et politiques sociales (GEPS) a été recrutée par la délégation afin de réaliser un état de lieux sur la situation des femmes sans abri, de leurs besoins en santé ainsi que des services disponibles à Toulouse. En complément de ce travail, un processus a été mené et accompagné par la référente Genre afin de sensibiliser et analyser avec les équipes la manière de rendre les actions plus sensibles en termes de genre et répondre aux besoins sexo-spécifiques des usagers et usagères. Un premier travail d'analyse au sein de chaque programme, des rencontres avec des partenaires et institutions intervenant dans le champ de la SSR et auprès des femmes sans domicile ainsi que des observations terrain ont été menés. En parallèle, trois ateliers d'analyse de pratiques sur l'approche genre ont été organisés avec l'appui de la référente Genre, afin de co-construire un plan d'action au sein de la délégation.

Ce travail a permis une meilleure compréhension et appropriation du sujet par les équipes ainsi qu'une meilleure adaptation de la réponse aux besoins et à l'organisation de la délégation. Ce processus mené pendant 6 mois a permis d'engager des débats plus approfondis et un accompagnement au plus près des réalités rencontrées par les équipes de terrain. Il s'est poursuivi avec la mise en place d'un groupe de travail spécifique Genre/SSR.

Quelques résultats

Il s'est avéré que des actions simples pouvaient d'ores et déjà être réalisées afin de répondre aux besoins concrets des femmes en situation de précarité. Des actions visant à lutter contre la précarité menstruelle ont notamment été mises en place au sein du Caso de Toulouse, avec la mise à libre disposition de serviettes et tampons. Les kits d'hygiène femmes

déjà existants ont été complétés avec plus de matériel de prévention. Des affiches explicites concernant les violences liées au genre (VLG) ont été disposées dans les locaux afin d'encourager la parole des femmes victimes de violence et un rapprochement avec les associations en charge des victimes s'est opéré en parallèle.

Une journée « Femmes, précarité et Santé sexuelle et reproductive (SSR) » s'est également tenue en janvier 2020, afin de présenter les premiers résultats du diagnostic sur la situation des femmes en situation de précarité à Toulouse et les questions de genre au sein de la délégation. Cette journée a également permis d'entamer une réflexion collective sur la poursuite de ce travail en lien avec les différents acteurs et partenaires impliqués sur ces questions.

Réponse dans le cadre de la crise sanitaire de la Covid-19

Dans le cadre de la réponse à la Covid-19, plusieurs actions sensibles en termes de genre ont été mises en place lors des maraudes sanitaires. Face à l'isolement accru des femmes sans domicile fixe durant le confinement et à la recrudescence des actes de violences à leur égard, des actions de prévention et de sensibilisation sur les VLG ont été développées sur la base d'un protocole spécifique dédié aux méthodes d'information et de communication sur les VLG dans le cadre des maraudes et d'outils de communication à destination des femmes. Des distributions de kits d'hygiène et en particulier de protection hygiénique ont été organisées et les besoins spécifiques des femmes remontés aux associations de distribution alimentaire. De plus, une écoute téléphonique à destination des bénévoles s'est mise en place sur les questions en lien avec les VLG.

Et pour la suite...

La question du genre, de la SSR et en particulier des VLG reste l'une des priorités de la délégation Midi-Pyrénées. Une capitalisation sur les actions développées dans le cadre de la réponse face à la Covid 19 a été réalisée pour identifier les bonnes pratiques et les points d'amélioration.

Des actions de renforcement des capacités sur ces questions à destination des équipes et le développement d'outils et protocoles d'intervention sont également prévus d'ici fin 2020. Un projet de permanences SSR en dehors des horaires d'ouverture du Caso est également à l'étude en 2021.

LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES : UN ACCÈS ENCORE INSUFFISANT AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2019, 4 504 consultations individuelles et collectives dédiées de prévention

ont été menées comprenant la prévention du VIH, des hépatites et IST. Parmi celles-ci :

- 1 821 tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) VIH et VHC ont été réalisés lors des actions de prévention dans les Casos, et programmes mobiles ;
- 22 autotests VIH ont été distribués exclusivement à Cayenne (Guyane).

→ En 2019, 72 % des personnes reçues ne connaissaient pas leur statut sérologique pour le VIH, 77 % pour l'hépatite C et 81 % pour l'hépatite B lors de leur première visite au Caso.

→ Les étrangers méconnaissent d'avantage leurs statuts sérologiques que les ressortissants français mais leur connaissance s'améliore après plusieurs années de présence en France.

La venue au Caso des personnes en situation de précarité ou migrantes est une opportunité pour faire le point sur leur santé et aborder, au même titre que leur situation vis-à-vis des vaccinations, la question du dépistage de certaines infections afin de les orienter le cas échéant vers des examens plus approfondis. Le dépistage des maladies infectieuses comme le VIH, les hépatites B et C et la tuberculose est essentiel, du fait du risque sanitaire potentiellement plus élevé chez les personnes migrantes [OMS, 2019]. Les équipes de MdM (en centres et programmes mobiles) proposent des entretiens individuels de prévention ou des animations collectives de prévention. Cela inclut de l'information dans le cadre de la promotion de la santé à la réalisation d'un dépistage par un test rapide d'orientation diagnostique (TroD) ou par des examens en laboratoire *via* le déplacement des professionnels de droit commun dans les Casos, ou encore des orientations et/ou des accompagnements physiques auprès des structures de santé. Les patients qui le souhaitent peuvent bénéficier d'un dépistage par TroD sur place lorsque c'est possible ou sont orientés le plus souvent vers des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de ville ou centres d'examen de santé (CES).

Selon l'OMS, l'efficacité de dépistage du VIH peut être mesurée en termes de taux de personnes testées mais également en taux de personnes qui connaissent leur statut, en particulier celles qui sont séropositives et celles qui sont les plus à risque [OMS, 2018]. En 2019, MdM a réalisé 1 821 TroD lors des actions de prévention, dont 1 025 TroD VIH, 796 TroD VHC et 22 autotests VIH.

VIH ET HÉPATITE C : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

En France, plus de 170 000 personnes vivent avec le VIH et entre 20 000 et 30 000 personnes ignorent leur séropositivité au VIH, par peur ou par méconnaissance des risques, alimentant ainsi l'épidémie et parmi elles, plus de 10 000 vivent en Île-de-France⁸⁰. Les personnes non diagnostiquées ainsi que les personnes en primo-infection VIH sont aujourd'hui à l'origine de la majorité des contaminations en France⁸¹. Malgré un dépistage de plus en plus précoce et dans un contexte de prévention diversifiée, les délais entre la contamination et le diagnostic restent longs : plus de trois ans au niveau national, et jusqu'à quatre ans environ dans certaines régions comme la Réunion et la Guyane⁸².

En 2016, la prévalence de l'hépatite C en population générale était environ de 135 000 individus en France [Salomon, 2019]. Cependant, en 2019, le pays ne dispose toujours pas de dispositif national de surveillance permettant d'estimer les contaminations par l'infection au VHC en population générale [Salomon, 2019]. On estime à 75 000 le nombre de personnes qui ignorent être porteuses du virus de l'hépatite C, au niveau national [SOS Hépatite, 2019]. Les taux de participation au dépistage restent à améliorer. En effet, alors que l'OMS a fixé pour objectif que 90 % des personnes infectées soient diagnostiquées d'ici à 2030 pour l'hépatite C la proportion de personnes connaissant leur statut sérologique en France a été estimée à 86 % pour le VIH (en 2016), et à seulement 57 % pour l'hépatite C (en 2004) [Santé publique France, 2019].

RECOMMANDATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) SUR LE DÉPISTAGE DU VIH ET DU VHC

La HAS recommande que la priorité soit accordée au dépistage de l'infection du VIH en direction des populations les plus exposées au risque et recommande certaines fréquences de dépistage : tous les 3 mois chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) ; tous les ans, chez les personnes usagères de drogues par voie intra-veineuse (UDVI) ; et tous les ans, chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. Dans l'objectif de permettre le diagnostic chez des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée, la proposition

(80) « Le VIH en 2019 : Les clés pour comprendre » [Internet], vih.org, 2018 [cité 29 mai 2020].

(81) *Ibid.*

(82) *Ibid.*

d'un test de dépistage de l'infection du VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans à l'ensemble de la population générale doit être maintenue et représente une approche complémentaire au dépistage en direction des populations dites à risque. La proposition d'un test de dépistage doit être principalement orientée en fonction de l'incidence de l'infection du VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée, plus élevées dans certaines régions (Île-de-France et Paca), ainsi que chez les hommes, qui ont un moindre recours au système de soins que les femmes [HAS, 2019].

Pour l'hépatite C, les populations susceptibles de bénéficier prioritairement des Trod VHC sont également les personnes exposées au risque et éloignées des structures de droit commun, telles que les personnes usagères de drogues les plus marginalisées ou les personnes originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC. Les personnes dites à risque vues dans les structures de droit commun sont les personnes suivies en substitution aux opiacés, les personnes détenues ou les personnes vivant avec le VIH [HAS, 2014].

LES DÉPISTAGES DU VIH, DES HÉPATITES B ET C ET DE LA TUBERCULOSE DANS LES PROGRAMMES DE MDM

La question des dépistages VIH et hépatites est abordée lors de consultations de médecine générale pour près d'un tiers des personnes reçues. **En 2019, 72,0 % ne connaissaient pas leur statut sérologique pour le VIH, 76,7 % pour l'hépatite C et 80,5 % pour l'hépatite B lors de leur première visite au Caso. Ces résultats mettent en lumière la méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes rencontrées (tableau 15).**

TABLEAU 15 - ABSENCE DE CONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES (VHB, VHC, VIH) DES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2019.

| | Statut sérologique inconnu lors de la première visite au Caso | |
|------------------------------|---|------|
| | n | % |
| Ensemble des patients | | |
| VHB | 3 543 | 80,5 |
| VHC | 3 422 | 76,7 |
| VIH | 3 200 | 72,0 |

Taux de réponse : Ensemble : VHB : 32,2 % ; VHC : 32,7 % ; VIH : 32,5 %.

À l'issue des consultations de médecine générale, au moins un dépistage a été proposé à 12,7 % des patients, principalement des dépistages du VIH ou des hépatites (tableau 16). Ces dépistages sont très rarement proposés avant l'âge de 15 ans, avec 14,1 % des patients de 15 ans ou plus ayant reçu une proposition de dépistage. La faible proportion des mineurs peut s'expliquer par le fait que nombre de mineurs reçus à MdM sont isolés ou non accompagnés (MNA), alors même qu'ils sont particulièrement exposés aux violences sexuelles. Or, l'arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des Trod VIH et VHC en milieu médico-social ou associatif conditionne la réalisation des Trod à l'information et au consentement préalable des titulaires de l'autorité parentale en vertu de l'article 371-1 du code civil⁽⁸³⁾. Cette modalité, protectrice des mineurs dans son esprit, constitue cependant bien une entrave à l'accès à la prévention pour les mineurs non accompagnés.

Les propositions de dépistage dans les Caso ont permis de réduire sensiblement la méconnaissance du statut sérologique, puisque celle-ci a diminué à 66,8 % pour le VIH, 71,4 % pour l'hépatite C et 75,3 % pour l'hépatite B après la première consultation. Les tests sont majoritairement proposés en CeGIDD : 43,9 % des tests VIH, 45,9 % des tests d'hépatite C et 57,2 % des tests d'hépatite B. Les dépistages du VIH et de l'hépatite C sont aussi fréquemment réalisés à l'aide d'un Trod : dans 3 cas sur 10 pour l'hépatite C et un tiers pour le VIH. Les tests Trod sont moins fréquents pour l'hépatite B (12,6 %). Pour les autres tests, ils sont réalisés en laboratoire.

« Mme A. a une soixantaine d'années. Elle est française et souhaite faire un test de dépistage du VIH et des hépatites. Elle n'en a jamais fait avant. ça ne se faisait pas dans sa jeunesse et puis elle ne sent pas malade, mais elle accompagne une amie dans notre centre et quand on lui a proposé, elle s'est dit que c'était l'occasion. Elle pense bien connaître ces maladies mais quand on lui parle des effets à long terme et quand on discute de ses pratiques, elle réalise qu'elle a pris des risques par le passé, Par chance les tests sont négatifs et elle repart rassurée. Elle a appris beaucoup sur ces pathologies. Elle en parlera autour d'elle, et qui sait, amènera peut-être d'autres personnes vers le dépistage. »

[Caso de Bordeaux, 2019]

(83) Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.

TABLEAU 16 - PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO AYANT REÇU UNE PROPOSITION DE DÉPISTAGES LORS DES CONSULTATIONS MÉDICALES GÉNÉRALISTES, 2019.

| | Ensemble des patients | | Patients de 15 ans ou plus | | Patients de moins de 15 ans | |
|--|-----------------------|-------------|----------------------------|-------------|-----------------------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Dépistages de maladies infectieuses, dont : | 1 734 | 12,7 | 1 724 | 14,1 | 10 | 0,7 |
| VIH | 1 696 | 12,4 | 1 687 | 13,8 | 9 | 0,6 |
| Hépatite B | 1 466 | 10,7 | 1 458 | 11,9 | 8 | 0,6 |
| Hépatite C | 1 661 | 12,2 | 1 652 | 13,5 | 9 | 0,6 |
| Autre IST | 679 | 5,0 | 677 | 5,5 | 2 | 0,1 |

La méconnaissance des statuts sérologiques est plus particulièrement marquée pour les ressortissants étrangers dans les Casos. Ils sont en effet 72,2 % à méconnaître leur statut sérologique pour le VIH, 80,8 % pour l'hépatite B et 77 % pour l'hépatite C, contre respectivement 57,3 %, 65,3 % et 57,1 % pour les Français. Ces données sont d'ailleurs corroborées par une étude révélant une moindre connaissance par les populations migrantes du VIH et des hépatites ainsi qu'une plus faible perception des risques liés au VIH [Pauti, 2016].

Le faible niveau de connaissance du statut sérologique peut être lié au fait que les personnes ne se souviennent plus s'ils ont ou non réalisé un dépistage, ni lequel... Plus particulièrement pour l'hépatite C, il pourrait également y avoir une confusion entre les différents types d'hépatites et cela impacte probablement les proportions de personnes qui rapportent des antécédents de dépistage du VHC dans leur vie [Pauti, 2016]. D'autres facteurs concernant la qualité de l'entretien peuvent également influencer la connaissance de leur statut sérologique chez les populations migrantes, tels que la présence d'un interprète professionnel pour les personnes allophones et peu francophones, la prise en compte de la littératie en santé et l'utilisation d'un langage adapté et clair pour le public accueilli [FRAPS, 2018].

La durée de séjour en France est aussi un élément déterminant pour l'accès au dépistage du VIH chez les ressortissants étrangers. En effet, la méconnaissance du statut sérologique diminue après au moins trois années de présence en France. (tableau 17). Les mêmes constats ont été faits pour la connaissance du statut sérologique pour le VHB et le VHC dans une étude de 2016 [Pauti, 2016].

TABLEAU 17 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA MÉCONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH PARM LES ÉTRANGERS REÇUS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2019.

| % en ligne | VIH | | |
|---|--------------|-------------|--------------------|
| | n | % | OR ¹ |
| Ensemble des patients étrangers | 3 157 | 72,2 | |
| Sexe | | | |
| - Homme | 2 054 | 73,4 | réf |
| - Femme | 1 102 | 70,1 | 0,9 ^{ns} |
| Âge | | | |
| - < 18 ans | 308 | 90,1 | 3,0 ^{***} |
| - 18-29 ans | 1 085 | 73,8 | réf |
| - 30-39 ans | 908 | 66,4 | 0,7 ^{***} |
| - 40-59 ans | 667 | 69,6 | 0,7 ^{***} |
| - 60 ans et plus | 186 | 82,7 | 1,6 [*] |
| Groupe continental | | | |
| - Union européenne (hors France) | 235 | 82,5 | réf |
| - Europe (hors UE) | 141 | 72,3 | 0,5 [*] |
| - Afrique subsaharienne | 1 781 | 66,9 | 0,4 ^{***} |
| - Maghreb | 616 | 82,1 | 1,1 ^{ns} |
| - Proche et Moyen-Orient | 169 | 79,0 | 1,0 ^{ns} |
| - Asie, Océanie et Amériques | 213 | 78,6 | 0,8 ^{ns} |
| Droits ouverts à la couverture maladie | | | |
| - Non | 2 637 | 72,2 | réf |
| - Oui | 190 | 69,3 | 1,1 ^{ns} |
| Durée de résidence en France | | | |
| - < 1 an | 2 162 | 72,7 | réf |
| - Entre 1 an et 3 ans | 503 | 74,0 | 1,0 ^{ns} |
| - 3 ans et plus | 409 | 67,1 | 0,6 ^{***} |

Modèle multivarié réalisé sur 3 873 patients majeurs d'origine étrangère ayant répondu à l'ensemble des items.

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

⁽¹⁾ Odds Ratio ajustés sur l'ensemble des variables du tableau.

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de méconnaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH est plus élevée pour les étrangers mineurs que pour ceux âgés entre 18 et 29 ans. (OR : 3,0 ; p<0,001).

Pour rappel, parmi les cibles « 90-90-90 »⁸⁴ des Nations unies pour mettre un terme à l'épidémie de VIH, la première consiste à faire en sorte que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. Le dépistage du VIH est donc essentiel pour atteindre la « première cible 90 »⁸⁵. Pour l'hépatite C, la stratégie mondiale appelle à augmenter fortement le taux de diagnostic, en fixant comme objectif que 30 % des personnes infectées connaissent leur statut jusqu'à 2020 et 90 % d'ici 2030 [OMS, 2016]⁸⁶.

Les questions en lien avec le dépistage de la tuberculose ont essentiellement été demandées dans le Caso de Saint-Denis. En effet, une intervention spécifique sur la tuberculose est réalisée dans ce Caso, notamment en raison des risques accrus en Île-de-France. Dans ce Caso, 83,4 % des personnes interrogées lors de leurs consultations médicales souhaitent être dépistées contre la tuberculose (taux de réponse : 53,2 %), mais seulement 14,9 % ont déjà réalisé ce test (taux de réponse : 65,7 %).

L'incidence moyenne de la tuberculose en France est maintenue à un faible niveau⁸⁷. Plus de la moitié des cas diagnostiqués concernent des personnes nées à l'étranger, ce qui traduit principalement le niveau d'endémie de la tuberculose dans leur pays d'origine ainsi que la dynamique des flux de migration et des voyages internationaux. Comme cette maladie affecte particulièrement les migrants primo-arrivants provenant de pays de forte endémie, sa maîtrise s'articule avec une organisation renforcée de leur prise en charge, dans le cadre du parcours de santé migrants primo-arrivants [ministère des Solidarités et de la Santé, 2018]. Il convient de rappeler que pour espérer maîtriser la maladie, l'OMS a fixé à tous les pays un objectif de 85 % d'issues de traitement favorable documentées.

Concernant le dépistage de la tuberculose, au niveau du Caso de Saint-Denis, les personnes ayant réalisé une radio thoracique (1 241 personnes) sont 2,6 % à présenter une tuberculose active et 17,7 % ont une imagerie anormale.

Les populations migrantes et/ou en situation de précarité sont particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites B et C ou la tuberculose. L'amélioration de l'accès au système de santé de droit commun et la proposition de dépistages sont nécessaires pour les personnes migrantes dès leur arrivée en France.

Le système de santé doit rester mobilisé et la lutte contre les discriminations maintenues. MDM recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'aller-vers en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.

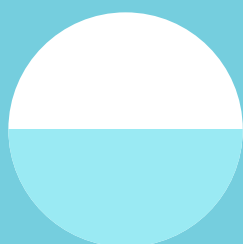
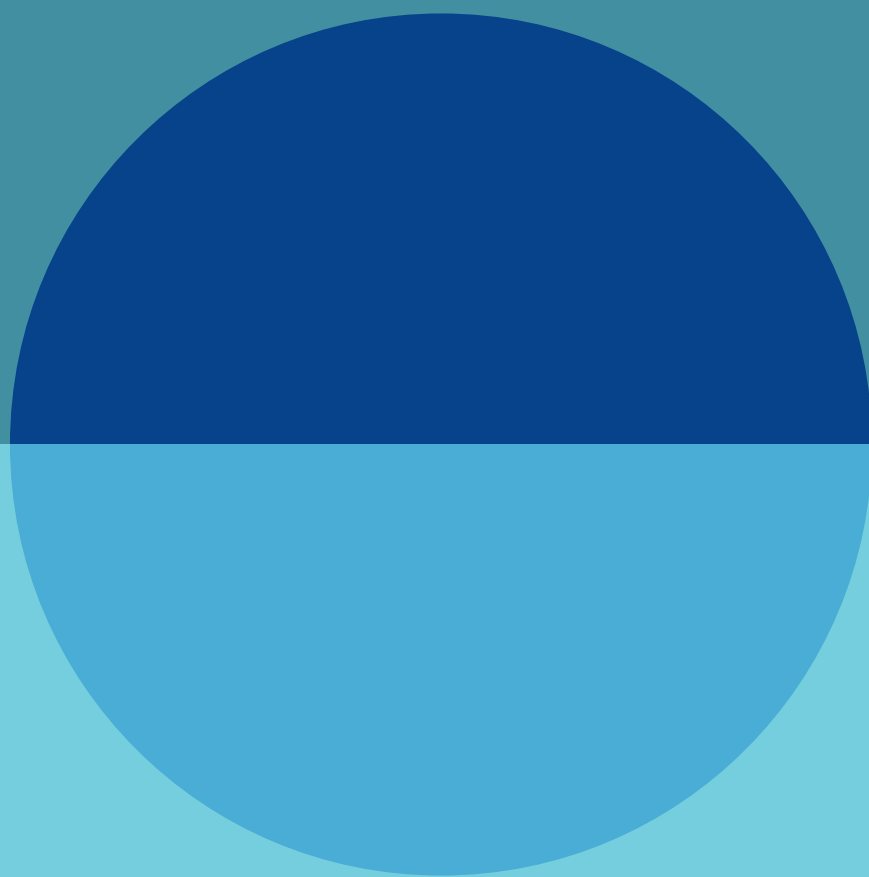
(84) 90-90-90 est un objectif mondial fixé par l'Onusida, dont : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée

(85) OMS, Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021 [Internet] [cité 25 juin 2020].

(86) OMS, Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021 [Internet], [cité 15 juin 2020].

(87) feuille_de_route_tuberculose_2019-2023.pdf [Internet], [cité 29 mai 2020].

**L'ACCÈS
AUX DISPOSITIFS
DE DROITS
COMMUN**



1. DES DROITS THÉORIQUES AUX DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE CHEZ LES PERSONNES ACCUEILLIES

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2019, parmi les personnes disposant de droits théoriques à la couverture maladie française, 78,8 % n'en bénéficient pas ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 88,7 % n'ont aucune couverture maladie.

→ Les difficultés d'accès aux soins s'inscrivent dans la durée puisque seulement 34,3 % des personnes en France depuis 10 ans ou plus disposent d'une couverture maladie lors de leur première visite au Caso.

→ Près d'un tiers (32 %) des personnes, lors de leur première consultation, avaient besoin d'une domiciliation administrative et n'en possédaient pas encore.

→ Près de la moitié (46,8 %) des personnes reçues en consultation médicale généraliste présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins. De plus, 60 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.

La maîtrise des dépenses de santé est un sujet récurrent depuis 20 ans. On assiste ainsi à une remise en question du système de santé et social qui mêle l'assurance maladie, l'hôpital public, la médecine libérale, les mutuelles. Les stratégies pour faire des économies ont entraîné la saturation des hôpitaux et un désengagement progressif de l'assurance maladie dans la couverture des soins courants. L'assurance maladie obligatoire rembourse de moins en moins les dépenses courantes (hors frais d'hospitalisation de personnes en affection longue durée), ce qui entraîne une augmentation considérable des montants restant à charge pour les ménages et d'autant plus pour les plus précarisés [Perronnin, 2016]. Recourir à des complémentaires santé est devenu de plus en plus nécessaire. En outre, reposant sur un facteur risque individuel et non sur un principe de solidarité, elles proposent des contrats très hétérogènes en termes de coûts et de qualité. Ainsi, le recours croissant aux complémentaires santé est un signe d'une privatisation rampante de la sécurité Sociale, et constitue un facteur supplémentaire et central dans l'accroissement des inégalités.

L'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999⁸⁸ a constitué une avancée majeure pour les personnes en situation de précarité. En 2016 a eu lieu l'importante réforme de la protection universelle maladie (PUMA)⁸⁹ dont on peut saluer les objectifs ambitieux tels que la simplification des démarches, l'universalisation, l'autonomie et la confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, la fin des ruptures de droits à chaque changement de régime. Malgré tout, les associations continuent d'exprimer leurs craintes quant au maintien d'un dispositif spécifique réservé aux étrangers en situation irrégulière « [qui] favorise le développement de pratiques discriminatoires et s'avère in fine coûteux pour la collectivité » [DDD, 2019]. Ainsi, ni la loi de 2016 sur la modernisation de notre système de santé⁹⁰, ni la loi de santé de juillet 2019 n'ont prévu ce « choc de simplification » du dispositif d'accès à la couverture maladie pour permettre une protection maladie réellement inclusive pour toutes les personnes en précarité.

UNE PROTECTION MALADIE ENCORE LOIN D'ÊTRE INCLUSIVE ET UNIVERSELLE

La santé de la population constitue un enjeu démocratique et social. L'épidémie de la Covid 19 a amplifié la crise du système de santé, cassé peu à peu par une logique marchande inadaptée à la santé et des années de contrainte budgétaire. Elle a révélé ses rigidités organisationnelles (notamment le manque de lien ville-hôpital), l'absence d'une vraie politique de santé publique, le mécontentement et parfois même le désespoir des professionnels de santé.

(88) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(89) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

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

CRÉATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le 1^{er} novembre 2019 (art 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale) la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) étaient fusionnées et remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS). Cette réforme a concerné environ 1,9 million de bénéficiaires, et était justifiée par l'important taux de non-recours à l'ACS (entre 41 % et 59 % de personnes soit de 1 à 2,1 millions de personnes) : ce non-recours va d'ailleurs à l'encontre des idées largement diffusées sur la fraude et l'assistanat social.

Avec la CSS, les personnes ont toutes accès au même panier de soins, ce qui n'était pas le cas du système précédent. Celles ayant un revenu inférieur à 745 euros par mois (pour une personne seule) y ont accès gratuitement ; au-delà (entre 745 et 1 007 euros par mois pour une personne seule), elles doivent cotiser⁹¹, de façon plus ou moins importante selon le risque qu'elles présentent (âge, etc.). Ce système maintient ainsi un certain découpage des dispositifs gratuits et payants selon des catégories de revenus, complexifiant toujours l'accès pour les personnes en grande précarité. **De plus, le plafond de ressources pour l'accès gratuit est encore très bas.** Il est toujours inférieur au minimum vieillesse (868 euros) et à l'AAH (allocation adulte handicapé, 860 euros), ces publics très vulnérables doivent donc payer pour avoir accès à cette CSS. **Celle-ci est ainsi construite sur une logique assurantielle des risques et non sur la seule solidarité.**

Par ailleurs l'ex-Fonds CMUc, devenu Fonds de la complémentaire santé solidaire, semble voué à disparaître. Ce Fonds, organisme indépendant, gérait la CMUc et l'ACS, puis la CSS, et avait des missions de recherche et d'évaluation sur les populations bénéficiaires, avec un important travail de publication. Or, fin 2019, la suppression de ce Fonds était annoncée⁹². MdM s'est alors mobilisé avec le collectif « *Alerte* » pour défendre l'existence de cet organisme œuvrant, entre autres, à une meilleure connaissance de l'accès aux soins des publics en grande précarité⁹³. En l'absence d'organisme indépendant, les associations s'inquiètent de la faisabilité d'un réel suivi et d'une évaluation de cette réforme de la CSS, qui semblait début 2020 rencontrer des difficultés importantes dans sa mise en œuvre⁹⁴.

MdM continue de défendre le principe de fixation du plafond de ressources au seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian et que toute personne ayant un revenu mensuel inférieur à 1 065 euros puisse accéder gratuitement à la complémentaire santé solidaire. Néanmoins, à long terme, seule la mise en place d'une couverture santé universelle gratuite permettra réellement un accès aux droits et aux soins pour toutes et tous.

En 2019, parmi les personnes disposant de droits théoriques à la couverture maladie française, 78,8 % n'en bénéficient pas⁹⁵ ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 88,7 % n'ont aucune couverture maladie (tableau 18). Les obstacles à l'accès aux droits sont nombreux dont une complexité administrative croissante et la généralisation de demandes abusives de pièces par l'administration. Les principaux obstacles mentionnés par les personnes reçues au Caso sont les difficultés administratives (29,9 %) et la méconnaissance des droits et des structures (27,8 %) (tableau 19). Ce résultat vient contredire le mythe selon lequel les migrants viendraient en France dans le but de se faire soigner. Ces obstacles sont dénoncés depuis plusieurs années par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité et le Défenseur des droits (DDD) qui rappelle qu'une personne sur cinq en France

éprouve des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes [DDD, 2017]. Au-delà des obstacles, on constate au quotidien un désengagement des services publics, une absence d'interlocuteurs pour les « *usagers* », une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel du social et du médical et de nombreuses pratiques abusives des administrations. Ces dysfonctionnements aboutissent généralement à une augmentation des délais de traitement des dossiers, voire à des refus d'ouverture de droits, ce qui signifie pour les personnes des retards et/ou des renoncements aux soins [Rapport du DDD 2014, 2017]. Face à ces difficultés, il est indispensable que les services publics puissent revenir à leur mission principale qui est celle d'assurer un accompagnement des personnes dans leur démarches administratives et particulièrement pour celles dont les conditions de vie rendent encore plus

(91) La cotisation est fonction de l'âge : 8 euros pour les plus jeunes, 30 euros pour les plus âgés.

(92) Par le Comité interministériel de la transformation publique.

(93) Communiqué de presse du collectif Alerte, 4 décembre 2019 : « *Inquiétudes des associations autour de la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire* ».

(94) Réunion du Fonds CSS début 2020.

(95) MdM ne se substitue pas au droit commun et lorsque la personne dispose d'une couverture maladie, MdM oriente, dans la mesure du possible, les personnes rencontrées vers les structures de droit commun existantes.

compliqué l'accès aux droits. La formation des agents des services concernés sur les questions de précarité et les difficultés d'accès aux droits est également un élément important pour améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de vulnérabilité [Rapport du DDD 2014, 2017].

« Bonjour Monsieur, pourquoi vous venez nous voir aujourd'hui ?

- *J'accompagne ma femme qui est enceinte donc j'en ai profité pour voir le docteur aussi et on m'a proposé de faire un point social.*
- *D'accord, vous êtes en France depuis combien de temps ?*
- *Ça fait 1 an et demi.*
- *Et vous n'avez jamais eu de couverture maladie ?*
- *Ben je ne savais pas trop que c'était possible et comment faire. »*

[Caso de Bordeaux, 2019]

Les personnes reçues dans les Caso ont aussi évoqué des délais d'instruction particulièrement longs. Nous constatons que les délais d'ouverture des droits peuvent aller jusqu'à plus de 6 mois (le délai réglementaire étant de 2 mois), avec de fortes disparités selon les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). L'enquête « Premiers Pas », apporte ici des éclairages intéressants, puisque parmi les personnes bénéficiaires de l'AME au moment de l'enquête, 49 % l'ont obtenue dans un délai compris entre 2 et 6 mois [Jusot, 2019].

Le gouvernement devrait apporter un cadre efficace pour lever ces obstacles, réduire les difficultés en matière d'accès aux soins des plus précaires et privilégier l'accès à tous, sans entrave, à une couverture maladie universelle. C'était l'objectif affiché par ce dernier, à travers la loi de santé 2019, qui vise à construire un système de santé qui soit « l'un des piliers de l'État providence du XXI^e siècle » en cherchant une meilleure efficacité des soins et une offre de santé accessible à tous. Or, les mesures contenues dans cette loi ne permettent ni de construire de nouveaux droits pour les personnes malades ni de mettre en place des mesures concrètes pour défendre l'accès aux soins des personnes confrontées à des inégalités sociales de santé. Chaque année, MdM se fait le porte-parole des personnes les plus éloignées du soin et ne constate pas d'amélioration particulière de la santé des personnes les plus précaires que nous rencontrons.

Par ailleurs, 28,1 % des personnes rencontrées dans les Caso restent exclues de tout dispositif de couverture maladie.

La plupart du temps, MdM constate que cette exclusion est due à la nécessité d'apporter une preuve (datée de moins d'un an) de sa présence en France depuis au moins 3 mois (exigence introduite en 2005) ; en 2020, les personnes auront une difficulté supplémentaire : celle de prouver l'irrégularité de leur séjour en France depuis au moins 3 mois (cf. page 29, « Les personnes en situation irrégulière »). Outre les centres associatifs, l'accès aux soins pour ces populations sans couverture maladie reste alors possible, essentiellement, par le biais des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) lorsqu'elles existent et sont fonctionnelles et via le Fonds de soins urgents et vitaux (FSUV) qui concerne les « soins urgents dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. [...] Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) ». Ces soins doivent être dispensés dans des établissements de santé et l'appréciation de l'urgence est laissée en théorie aux seuls médecins. Toutefois, leur connaissance des textes est parfois imparfaite et ils restreignent souvent la notion de soins urgents aux seuls soins liés à un pronostic vital à court terme. De plus, les caisses conditionnent leur prise en charge à un refus d'obtention de l'AME, condition d'ailleurs suspendue lors de la crise sanitaire liée à la Covid 19, démontrant ainsi l'absurdité de cette démarche en cas d'urgence.

TABLEAU 18 - OUVERTURE DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE SELON LES DROITS THÉORIQUES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO, 2019 (% EN LIGNE).

| | Droits ouverts ¹ | | Droits non ouverts | |
|--|-----------------------------|------|--------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Patients ayant droit théoriquement à une couverture maladie (assurance maladie ou AME) | 2 564 | 21,2 | 9 557 | 78,8 |
| Patients relevant théoriquement de l'assurance maladie (PUMa) | 1 708 | 37,4 | 2 855 | 62,6 |
| Patients relevant théoriquement de l'AME | 856 | 11,3 | 6 702 | 88,7 |

Taux de réponse : 90,9 % des personnes disposant de droits théoriques.

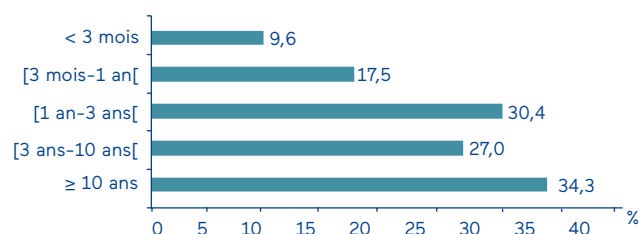
⁽¹⁾ Les patients disposant de droits dans un autre pays européen ou couverts par l'assurance du visa sont exclus de l'analyse.

«M. a déposé son dossier de renouvellement d'AME en janvier 2019. Il arrive au Caso en avril, en nous expliquant qu'il n'a toujours aucun retour de la CPAM. Nous contactons la CPAM, le dossier de M. est introuvable. Nous constituons alors avec lui un deuxième dossier, que M. ira déposer en rendez-vous la semaine suivante. M. revient nous voir en septembre 2019, pour nous dire une fois de plus qu'il n'a aucun retour de la CPAM. Nous les contactons à nouveau, celle-ci nous confirme alors qu'aucun courrier n'a été envoyé à M. alors que son dossier avait été accepté. L'agent au téléphone nous assure qu'un courrier sera adressé en urgence à M. dans un délai de 48h. Début octobre, M. revient pour nous annoncer une énième mauvaise nouvelle. Toujours aucun courrier de la CPAM. On rappelle alors celle-ci, qui nous dit cette fois-ci que M. peut aller récupérer sa carte AME directement au guichet, sans courrier de leur part, uniquement sur présentation d'une pièce d'identité. Il aura fallu des mois d'attente pour obtenir une carte AME qui permettra à M. de se soigner dans le droit commun pendant... six mois, avant d'effectuer une nouvelle demande.»

[Caso de Strasbourg, 2019]

Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée, dans la mesure où, parmi les étrangers résidant en France depuis plus d'un an, seuls 30 % disposent d'une couverture maladie, pourcentage qui se maintient dans la durée pour ceux présents depuis dix ans et plus (34,3 %) (figure 8). Ces résultats mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de précarité pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité, augmentant de fait les risques de non-recours aux droits et aux soins [Chauvin, 2012 ; DDD, 2014].

FIGURE 8 - PART DES ÉTRANGERS REÇUS DANS LES CASO DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES ET AYANT DES DROITS OUVERTS SELON LEUR DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE⁽¹⁾, 2019.



(1) Situation au jour de la première visite.

ACCÈS À LA COUVERTURE MALADIE : DE NOUVELLES ATTAQUES EN 2019 CONTRE L'AME ET LES DROITS À LA SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE

L'année 2019 a été marquée, une nouvelle fois, par des attaques contre les droits à la santé des étrangers en situation irrégulière et pour la première fois contre ceux des demandeurs d'asile, avec une série de mesures restrictives finalement adoptées en fin d'année 2019. Il est encore trop tôt pour en mesurer les effets, d'autant que certaines ont été suspendues avec la crise de la Covid 19 et qu'à l'inverse, d'autres plus facilitatrices ont été prises, telles que le renouvellement automatique de certains droits.

MdM s'est intensément mobilisé avec ses partenaires, dont Aides, le Comede, la FAS, France asso santé, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et l'Uniopss, pour alerter et tenter de limiter l'adoption de ces mesures extrêmement régressives. En juillet 2019, nos associations étaient auditionnées par la mission IGAS-IGF sur l'AME [Latournerie, 2019]. La mission, à charge contre l'AME, a alors proposé d'en limiter la portée, en raison de prétendus «abus» et «fraudes», ainsi que de «filiales de soins» abusives et du «tourisme médical». S'il s'agit d'un budget important, rappelons qu'aujourd'hui le budget annuel de l'AME ne représente que 0,5 % de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam), proportion stable depuis des années [Batifoulier, 2019 ; Jusot, 2019].

TABLEAU 19 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2019.

| (Plusieurs réponses possibles) | n | % |
|---|-------|------|
| Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.) | 3 773 | 29,9 |
| Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecin traitant) | 3 501 | 27,8 |
| Barrière linguistique | 2 129 | 16,9 |
| Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, soins non pris en charge, etc.) | 1 917 | 15,2 |
| Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.) | 1 869 | 14,8 |
| Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs | 790 | 6,3 |
| Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.) | 239 | 1,9 |
| Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) | 187 | 1,5 |
| Éloignement des structures administratives ou de soins | 91 | 0,7 |
| Droits ouverts dans un autre pays européen | 75 | 0,6 |
| Autre raison exprimée (refus officine, Pass non fonctionnelles, etc.) | 324 | 2,6 |

Taux de réponse : 54,7 %.

À l'opposé, l'enquête « *Premiers Pas* » menée par l'Irdes dont les premiers résultats ont été publiés en novembre 2019, démontre ce que les acteurs de soins et associatifs observent et rapportent depuis des années : de nombreux obstacles à l'entrée et au maintien dans l'AME et un taux de non-recours à cette protection de 49 % [Jusot, 2019]. Selon les chercheurs, rien ne permet d'attester l'existence d'une quelconque forme de « *tourisme médical* », mis en avant par le rapport IGAS/IGF.

Malgré les protestations, les chiffres, les éléments documentés par les chercheurs et les acteurs de terrain, les prises de position de soignants, d'associations, d'institutions diverses et variées⁹⁶, de parlementaires, le gouvernement est resté sourd aux arguments rationnels, relevant tant de la santé publique que de la raison économique, et surtout du droit humain fondamental à être soigné. **De nombreuses mesures ont été finalement adoptées, dont certaines constituent un recul important pour les droits et auront un impact d'une part, sur les personnes concernées, en multipliant, les obstacles et les délais à l'ouverture de leurs droits, et d'autre part, sur les acteurs publics et associatifs censés accueillir et accompagner ces publics :**

- **Les demandeurs d'asile devront dorénavant attendre 3 mois sur le territoire⁹⁷**, avant d'avoir droit à l'assurance maladie, sauf les mineurs. Bien qu'en situation régulière, ils ne pourront bénéficier que du dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV), et uniquement à l'hôpital. Il s'agit d'un recul historique pour l'accès à la santé des demandeurs d'asile, exposés à des vulnérabilités psychiques et somatiques fortes.

Le 28 février 2020, MdM et huit associations issues de deux collectifs (ODSE et CFDA), unissent leur force et déposent un recours en annulation devant le Conseil d'État contre le décret relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé au motif qu'il s'oppose à la directive européenne de 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale⁹⁸.

D'une part, la distinction opérée par le décret entre les demandeurs d'asile majeurs et mineurs s'oppose au critère de prise en charge des frais de santé prévue par la directive qui met en avant le caractère exceptionnel de la situation dans laquelle les demandeurs d'asile se trouvent et non celui de l'âge. D'autre part, le délai de trois mois les prive de l'évaluation des soins de santé adaptés à leur situation puisque l'accès aux seuls soins urgents et vitaux ne peut en aucun cas compenser ces besoins d'accès à la prévention (dépistages, vaccinations, etc.) et aux soins de santé, notamment de santé mentale, dès l'enregistrement de la demande d'asile⁹⁹.

- **Les personnes demandant l'AME devront justifier d'une ancienneté de résidence en situation irrégulière en France de 3 mois** (et non plus ancienneté de résidence simple). Cette mesure vient complexifier l'accès à ce qui est, pourtant, un filet de sécurité pour la santé publique et la santé individuelle des personnes vulnérables et exposées à de multiples risques de santé. Cela constitue **un recul majeur et supplémentaire de l'AME**, alors même qu'environ 20 % des bénéficiaires sont des enfants¹⁰⁰ et que le taux de non-recours à ce dispositif est bas [Jusot, 2019]. En outre, de nombreuses questions se posent sur son application quant aux preuves d'irrégularité à apporter, aux vérifications des situations d'irrégularité des personnes par les caisses d'assurance maladie, et enfin à l'évaluation des dossiers concernant la situation particulière des européens inactifs.

- **Les personnes demandant l'AME devront déposer physiquement leur dossier dans les CPAM** (sauf dans les établissements de santé¹⁰¹) alors qu'auparavant de nombreuses personnes déposaient leur demande par courrier et/ou *via* des associations accompagnantes. *A priori*, si des ressources financières et humaines supplémentaires ne sont pas prévues, les caisses n'auront pas les moyens d'assurer cet accueil physique ; on peut ainsi craindre une saturation rapide des capacités d'accueil, des files d'attente physiques ou téléphoniques, et par conséquent un allongement des délais ne serait-ce que pour déposer son dossier.

(96) « "Tout le monde a le droit d'être soigné" : l'appel de 805 médecins en faveur de l'aide médicale d'État », *Journal du Dimanche* (tribune), 22 septembre 2019.

Pétition : « Dr Buzyn, nous refusons de choisir qui soigner ! », novembre 2019.

Conseil national de l'Ordre des médecins : « Annonces sur l'immigration en matière de santé », 7 novembre 2019.

Tribune des députés LREM frondeurs : « Immigration. Quinze députés LREM signent une tribune pour "éviter l'hystérisation" », septembre 2019.

Communiqués de presse : *Médiapart*, « 61 organisations tirent la sonnette d'alarme sur l'accès aux soins des étrangers », 18 décembre 2019 ; *Le Monde*, « Restreindre l'accès à l'aide médicale d'État pour les sans-papiers n'aura que des conséquences néfastes » 8 octobre 2019

Lettre ouverte de la CNCDH au Premier ministre sur la réforme de l'AME, 2 octobre 2019.

Avis du Défenseur des droits n°19-12 sur l'AME, 9 octobre 2019.

(97) Circulaire de la Cnam, CIR-7/2020

(98) Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé.

(99) Attendue pour le second semestre 2020, la décision du Conseil d'État sur la légalité de ce décret représente la dernière piste grâce à laquelle les associations pourraient obtenir gain de cause ; en juin 2020 malgré des alertes des associations auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé durant la crise sanitaire de la Covid 19, il n'était toujours pas question de supprimer ce délai de carence de trois mois imposé aux demandeurs d'asile majeurs.

(100) Chiffres calculés au 31 décembre 2018 à partir des données publiées dans le Rapport IGF-IGAS d'octobre 2019, p. 7 annexe III [Latournerie, 2019].

(101) Les établissements de santé répondent à une définition et un cadre légal strict : « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées d'une autonomie administrative (ils sont gérés par un conseil de surveillance) et financière (ils ont un budget propre). Le personnel qu'ils emploient appartient à la fonction publique hospitalière » (site « Vie publique »).

- **Les bénéficiaires du dispositif devront attendre 9 mois d'ancienneté d'AME avant d'avoir droit à certains soins** ou si ces soins ne peuvent pas attendre, les professionnels de santé devront faire une demande d'entente préalable à la Sécurité sociale. Ces soins seront listés par décret (à venir).

- **Tous les étrangers qui perdent leur droit au séjour (débou- tés du droit d'asile, fin de titre de séjour, etc.)** et qui deviennent donc en situation irrégulière **voient une réduction de leur maintien de droits à l'assurance maladie qui passe de 1 an à 6 mois.** Cette mesure peut avoir un impact important puisqu'elle concerne environ 800 000 personnes par an et ne fera qu'accroître les ruptures de soins déjà impacté par la coexistence actuelle d'un système solidaire (PUMA) d'un côté et du système de l'AME, de l'autre.

- **Tous les dossiers de demandes d'AME seront traités par 3 caisses dites centralisatrices** (caisses de Paris, Marseille et Bobigny). Cette mesure annoncée parmi la batterie de mesures décidées à la rentrée 2019 était en fait déjà prévue depuis plusieurs années et enclenchée depuis quelques mois (cf. encart ci-dessous).

Avec la crise sanitaire, les mesures ci-dessus ont été suspendues jusqu'à nouvel ordre et de nombreux droits tels que l'AME ont été automatiquement prolongés de plusieurs mois. Si le calendrier de la mise en œuvre de la réforme a été décalé, le gouvernement semble peu enclin à revenir sur ses choix malgré la mise en évidence spectaculaire avec la crise de la Covid de la nécessité des mesures favorisant, et non restreignant, l'accès aux droits et aux soins des plus précaires dans des objectifs d'intérêt général et de santé publique.

CENTRALISATION DE L'INSTRUCTION DES DEMANDES D'AME : GARANTIE D'UN MEILLEUR TRAITEMENT DES DEMANDES OU DURCISSEMENT SUPPLÉMENTAIRE ?

Depuis fin 2019, les instructions des demandes d'AME sont centralisées autour « d'un pôle national » à Marseille, Bobigny et Paris [Latournerie, 2019]. L'objectif affiché de cette réforme est d'assurer la délivrance de l'AME « dans des conditions appropriées de délais et de contrôles : (...) garantir l'accès aux soins des personnes éligibles à l'AME dans des délais raisonnables afin d'éviter une éventuelle dégradation de leur état de santé ou des refus de soins. Il vise également à assurer une bonne gestion du dispositif en promouvant la mise en place de contrôles approfondis pour éviter les fraudes »¹⁰². Ainsi, chacune d'entre elles se voit confier l'instruction des dossiers AME issus de l'ouest et du sud de la France pour la caisse de Marseille, des départements 75, 76, 91 et 92 pour la caisse de Paris et des départements 93, 94, 95, 77, ainsi que Lille, le Nord-Pas-de-Calais et le Grand-Est pour la caisse de Bobigny¹⁰³. En revanche, l'enregistrement de la demande lorsqu'elle est considérée comme complète relève toujours de la responsabilité de la caisse dont dépend le domicile de la personne, qui la transmet ensuite à la caisse centralisatrice à laquelle la personne est rattachée.

Pour Mdm, cette réforme est relativement opaque dans sa mise en œuvre dans la mesure où les principales informations, hormis celles issues des objectifs et indicateurs de performance¹⁰⁴ présentés à l'occasion de la loi de Finances 2020, étaient reçues des caisses avec lesquelles les délégations de Mdm travaillent.

Cette réforme suscite une grande inquiétude au sein des équipes de Mdm ; elle s'inscrit non pas dans un objectif d'amélioration du dispositif mais dans une logique de lutte contre la « fraude », dont on sait qu'elle existe plus dans l'imaginaire des détracteurs de l'AME que dans la réalité : « En 2018, 10,8 % des dossiers d'AME ont ainsi été contrôlés, révélant 254 dossiers avec des anomalies ayant une incidence financière (soit 1,06 % des dossiers contrôlés) pour un montant d'indus de 27 610 €. »¹⁰⁵ Une somme dérisoire au regard des 848 millions d'euros de budget que représente l'AME, mais l'objectif de la centralisation est tout de même de concentrer ses efforts sur la « lutte contre la fraude » et de passer à 12 % de dossiers contrôlés.

Quant aux délais, l'objectif est de passer de 25 à 20 jours, mais cette centralisation, et les bouleversements logistiques qu'elle implique, risque au contraire d'augmenter les délais à court terme au regard des multiples allers-retours à venir [Latournerie, 2019], d'autant plus si, au regard des effectifs et moyens mis en œuvre, le gouvernement espère réaliser des économies de gestion de l'ordre de 3,5 millions d'euros comme le rappelle le Rapport général n° 140 (2019-2020) [Joyandet, 2019].



(102) « Objectif et indicateurs de performances : Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'État dans des conditions appropriées de délais et de contrôles ». Disponible sur : https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2020/pap/html/DBGPGMOBJINDPGM183.htm

(103) Les Outre-mer ne sont pas concernés par cette réforme.

(104) « Objectif et indicateurs de performances », op. cit.

(105) Ibid.



À l'aide d'un questionnaire en ligne auprès de ses travailleurs sociaux, MdM a réalisé un état des lieux des pratiques des CPAM de leur lieu d'exercice, avant la centralisation des caisses AME (pratiques des caisses constatées entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} juillet 2019), puis après la mise en œuvre de la réforme, fin janvier 2020. L'objectif était de documenter l'impact de cette centralisation. Le questionnaire comporte environ 70 questions sur :

- les pièces exigées/autorisées ou refusées par les caisses justifiant de l'identité de la personne demandeuse ;
- la justification de la période ininterrompue de 3 mois sur le territoire (et notamment si un document unique suffisait tel que les textes le prévoient) ;
- la justification ou non de l'adresse (alors que cela n'est pas nécessaire légalement) ;
- les pratiques constatées auprès de publics spécifiques (MNA, ressortissants d'États tiers avec un titre de séjour UE, ressortissants européens).

Contrairement à ce que nous pensions, la réforme s'est mise en place dès la fin de l'année 2019.

Après quelques mois de mise en œuvre¹⁰⁶, on a pu observer, fin janvier 2020, les tendances suivantes :

- En premier lieu, avant la mise en œuvre de la réforme, les résultats de l'enquête confirment sans surprise une grande hétérogénéité dans les pratiques (légal ou non) des caisses.

- En deuxième lieu, après la mise en œuvre de la réforme, fin janvier 2020, deux tendances se dégagent. D'une part, **les bonnes pratiques, respectueuses des textes, restent localisées** et mises en œuvre par certaines caisses et non par d'autres. Par exemple, certaines caisses commençaient à remettre des attestations de dépôts de dossier¹⁰⁷ et d'autres non. De même, certaines caisses continuaient d'accélérer les délais de traitements des demandes et d'autres non. D'autre part, à l'inverse, les équipes constatent **une homogénéisation des pratiques abusives des caisses**, dont on peut ainsi craindre la pérennisation et l'institutionnalisation. La plupart des caisses refusent ainsi d'appliquer le principe de l'adresse déclarative. De même l'exigence du passeport dans son intégralité s'est généralisée, alors que la copie de toutes les pages ne constitue pas une pièce obligatoire dans les textes. Les caisses durcissent leur contrôle des justificatifs d'hébergement, et refusent ceux qu'elles ne jugent pas valables. Un nombre croissant de caisses exigent désormais des documents comportant deux dates différentes pour prouver la présence irrégulière en France (un seul exigible dans les textes). Concernant les ressortissants communautaires et les ressortissants d'États tiers (hors Union européenne) avec un titre de séjour d'un pays de l'UE, on assiste à une généralisation des obstacles dans les processus et traitements de leur dossier par les caisses.

Au vu de ces premiers résultats, antérieurs à la crise de la Covid, Médecins du Monde s'inquiète ainsi vivement des conséquences de cette centralisation sur l'accès aux droits à l'AME.

UN BLOCAGE IMPORTANT ET D'UNE GRANDE COMPLEXITÉ POUR L'ACCÈS AUX DROITS DES EUROPÉENS PRÉCAIRES

Depuis plusieurs années, l'ouverture des droits de santé des européens inactifs¹⁰⁸ est difficile et complexe, renvoyant à diverses interprétations du droit au séjour les concernant, du droit de la Sécurité sociale et du droit de l'Union européenne relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale européenne. Sans directive interne claire, les caisses ont longtemps eu des pratiques très hétérogènes. Dès 2018, une lettre-réseau¹⁰⁹ de la Cnam¹¹⁰, dont les associations ont eu connaissance après, a contribué à une harmonisation des

pratiques dans le sens d'un plus grand durcissement. Depuis, tous les dossiers des Européens précaires sont envoyés par les caisses au Centre des ressortissants européens inactifs CMUistes (CREIC) (de Nîmes), pour une évaluation de leurs droits.

Cette réorganisation orchestrée par la Cnam a eu des effets négatifs considérables, avec un allongement des délais d'ouverture des droits très important et un blocage de nombreux dossiers pendant plusieurs mois. Le CREIC, tout d'abord, n'est pas dimensionné pour traiter l'ensemble des dossiers des européens inactifs au niveau national. De plus, en raison de la complexité du cadre réglementaire et des

(106) Ces constats ont été faits avant la crise de la Covid 19.

(107) Indispensable pour pouvoir suivre sa demande de droit et la faire valoir, rappeler à la caisse cette date et contester en cas de perte et de gros retard etc.

(108) Il s'agit de tout citoyen européen qui s'installe dans un autre pays de l'UE que celui dont il a la nationalité sans y exercer d'activité professionnelle (<http://www.gisti.org/IMG/pdf/ressortissants-communautaires-0418.pdf>)

(109) La lettre-réseau est le principal véhicule de communication du Service réglementation de la Cnam vers chaque caisse locale (CPAM et CGSS) en vue de diffuser les règles de fonctionnements de l'assurance maladie : soit dans ses aspects réglementaires (ex : présentation de la réforme PUMA, règles de gestion de l'AME) soit dans ses aspects organisationnels (nouveau logiciel de gestion des droits, etc.). Le contenu est stratégique notamment sur les sujets techniques relatifs à l'ouverture des droits. Ces instructions précisent en effet la conduite à tenir pour les agents.

(110) LR-DDGOS-16/2018, avril 2018.

directives données, il reste très difficile de savoir si les personnes relèvent de l'AME ou de la Sécurité sociale (PUMa). En raison d'une directive de la Cnam¹¹¹, les caisses se sont également mises à exiger des demandeurs une « attestation de non-droit » dans le pays d'origine du demandeur, document quasi impossible à obtenir : en effet si on peut prouver ce que l'on a, il est impossible de prouver ce que l'on n'a pas.

Par ailleurs, de nombreux dossiers d'étrangers ressortissants d'États tiers à l'Union européenne (UE) mais étant ou ayant été titulaires d'un titre de séjour d'un État membre de l'UE, sont également renvoyés, par des caisses, vers le CREIC alors qu'ils ne le devraient pas. Cela contribue à saturer davantage ce centre et alimente ainsi une confusion assez générale sur les règles et procédures à suivre. **Face à ces blocages, l'ODSE, Romeurope et la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat) ont documenté, à travers une note technique, en quoi ce dispositif excluait les plus précaires¹¹².**

« Le 13 novembre 2018, nous transmettons une demande d'AME à la CPAM. Un mois plus tard, une demande de renseignements (formulaire CREIC) est envoyée à la famille alors qu'elle est installée en France depuis 6 ans et c'est une demande de renouvellement d'AME. Le CREIC répond enfin en avril 2019 et les photos sont de nouveau demandées (alors qu'elles avaient déjà été transmises). La carte sera prête au mois de juin 2019 soit 7 mois après la demande et pour périmer 4 mois plus tard. »

[Caso de Nice, 2019]

À la suite d'une forte mobilisation et de réunions inter-associatives avec le ministère de la Santé¹¹³ et la Cnam, une circulaire a été publiée par cette dernière le 18 décembre 2019¹¹⁴. Pour une fois rendue publique, cette circulaire a permis de clarifier et de simplifier en partie le cadre réglementaire de l'accès aux soins des européens précaires (Cf. encart ci-contre). Si on peut se féliciter de cette avancée relative, on ne peut que regretter l'important besoin de mobilisation et de travail de la part de multiples acteurs pour parvenir à ce résultat.

TRANSPARENCE DES RÈGLES DU JEU PAR LA CNAM : « MARRE DU PIPEAU, ON VEUT LES LETTRES-RÉSEAUX ! »

La Cnam communique avec le réseau des caisses primaires au moyen de « lettres-réseaux ». Ces lettres donnent les instructions aux caisses et servent de base pour les instructions aux agents chargés d'appliquer la réglementation en matière de traitement des dossiers et d'ouverture des droits à la protection maladie. Or, dans ces lettres-réseaux, la Cnam fait souvent des interprétations des textes (voire crée des normes), parfois abusives – le cadre réglementaire concernant la protection sociale et le séjour des étrangers étant d'une complexité inouïe. S'agissant de normes, elles devraient être accessibles aux usagers. Ces lettres-réseaux n'étaient pourtant pas rendues publiques ni communiquées aux associations et autres acteurs chargés d'accompagner les usagers dans l'ouverture de leurs droits. Les associations ont ainsi appris incidemment et avec grand retard que des lettres définissaient des règles clés non incluses dans les textes légaux ou ministériels sur la modification de la frontière entre AME et assurance maladie, sur la prolongation des droits à la CMUc, sur l'accès à la carte Vitale des demandeurs d'asile, et plus récemment sur les pièces exigées pour les ressortissants européens inactifs. Depuis plusieurs années, l'ODSE dénonçait cet état de fait et demandait une indispensable transparence administrative et la publication de ces lettres-réseaux.

En mai 2019, l'ODSE, avec l'Uniopss, la FAS et le Secours Catholique rédigeaient **une lettre ouverte** au directeur général de la Cnam, pour alerter à nouveau et exiger cette transparence administrative indispensable à l'accès aux droits des usagers et au travail d'accompagnement réalisés par nos associations. En juin 2019, **lors d'un colloque organisé par la Cnam** avec l'Odenore (« Renoncement et accès aux soins, de la recherche à l'action »), les collectifs d'associations ont de nouveau alerté publiquement sur cette opacité administrative, véritable facteur de blocage dans l'accès et la continuité des droits des personnes précaires¹¹⁵. Le directeur de la Cnam s'est alors engagé à communiquer les lettres-réseaux aux associations¹¹⁶.

(111) Lettre au réseau LR-DDGOS 616/2018.

(112) « Fonctionnement de la coordination européenne de la Sécurité sociale en matière de soins. CREIC : quand la coordination se transforme en machine à exclure les précaires. Note technique d'analyse par l'ODSE et le collectif Romeurope », 2018.

(113) Direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Division des affaires communautaires et internationales (DACI).

(114) Circulaire Cnam n°41/2019 du 18 décembre 2019 sur la prise en charge des frais de santé des ressortissants communautaires inactifs.

(115) ODSE, « Marre du pipeau, on veut les lettres-réseaux », juin 2019.

(116) Cet engagement a été suivi de certains effets, certaines lettres-réseaux ayant été rendues publiques par la suite.

LA DOMICILIATION : UN OBSTACLE IMPORTANT À L'ACCÈS AUX DROITS

L'une des conditions indispensables pour pouvoir accéder à une couverture maladie est de disposer d'une adresse postale afin de recevoir tout courrier qui lui est relatif. La loi Alur de 2014¹¹⁷ a par ailleurs simplifié et aligné la domiciliation pour les personnes souhaitant déposer l'AME sur celle du droit commun¹¹⁸. Les procédures de domiciliation restent cependant spécifiques pour les demandeurs d'asile qui doivent se référer aux dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

Ainsi, les caisses de Sécurité sociale devraient, selon le code des relations entre le public et l'administration (art. R113-8) s'en tenir à une adresse déclarée par les personnes, sans demander de justificatif de domicile. **Mais elles ne respectent pas ce principe de l'adresse déclarative et continuent d'exiger de façon abusive des pièces justificatives (quittances, attestation de l'hébergeant, etc.) en vue de prouver le domicile.** Ce non-respect du principe de l'adresse déclarative persiste comme un obstacle important à l'accès aux droits.

Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors que les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les associations agréées sont déjà saturés, dans un contexte où le financement de cette activité de domiciliation, lourde et indispensable, fait grandement défaut.

En 2019, au jour de leur première consultation au Caso, près d'un tiers (32 %) des personnes qui avaient besoin d'une domiciliation administrative n'en n'avaient pas (tableau 20). De plus, parmi les personnes ayant une domiciliation administrative (27 %), dans 7 cas sur 10 elle avait été effectuée auprès d'une association.

TABLEAU 20 - SITUATION VIS-À-VIS DE LA DOMICILIATION⁽⁴⁾
DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2019.

| (Plusieurs réponses possibles) | n | % |
|--|-------|------|
| Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille/amis) | 6 347 | 41,0 |
| Dispose d'une domiciliation administrative | 4 204 | 27,1 |
| A besoin d'une adresse postale | 4 950 | 31,9 |

Taux de réponse : Dispose d'une adresse : 88,5 % ; Lieu domiciliation administrative : 85,5 % ; Besoin de domiciliation : 61,5 %.

⁽⁴⁾ Situation au jour de la première visite.

« Une personne que nous orientons vers le CCAS pour réaliser une domiciliation en vue d'obtenir l'AME revient à MdM : " On m'a dit qu'il fallait que je fournisse une attestation de l'hébergeur avec une photocopie de sa pièce d'identité et un justificatif de domicile, mais moi je peux pas demander ça à la personne qui m'héberge. " Suite à l'interpellation de la direction départementale de la cohésion sociale, les pratiques ont pu être modifiées pour respecter le droit de chaque personne vivant dans la commune de pouvoir accéder à la domiciliation. »

[Caso de Rouen, 2019]

MdM milite pour que le droit à la domiciliation soit garanti à toute personne ainsi que l'application du principe de l'adresse déclarative par les caisses de Sécurité sociale.

LE RETARD ET LE RENONCEMENT AUX SOINS

La précarité et la complexité des dispositifs d'ouverture de droit sont des facteurs déterminants qui accentuent le non-recours et se traduisent alors par des retards ou des renoncements aux soins constatés chez les personnes reçues par MdM. Ces soins seront à terme nécessaires. Or, plusieurs études démontrent que plus ces soins surviennent tard, plus ils sont coûteux, et ce d'abord humainement pour chaque malade [Trummer, 2015]. Malgré la multiplication des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble de la population, le renoncement aux soins reste particulièrement fréquent.

En 2019, près de la moitié (46,8 %) des personnes reçues en consultation médicale généraliste présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins. De plus, 60 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents (tableau 21).

TABLEAU 21 - RETARD, URGENCE, RENONCEMENT AUX SOINS
DES PERSONNES ACCUEILLIES EN CONSULTATION MÉDICALE
GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2019.

| (Plusieurs réponses possibles) | n | % |
|--|-------|------|
| Retard de recours aux soins médicaux (avis médical) | 2 251 | 46,8 |
| Soins médicaux urgents ou assez urgents (avis médical) | 5 343 | 59,9 |
| Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois | 1 549 | 12,7 |

Taux de réponse : Retard aux soins : 42,5 % ; Urgence des soins : 65,3 % ; Renoncement aux soins : 52,8 %.

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

(118) Article L264-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : peuvent accéder au dispositif de domiciliation au titre du droit commun les personnes sans domicile stable, c'est-à-dire les personnes qui ne disposent pas d'adresse leur permettant d'y recevoir et d'y consulter leur courrier de façon constante.

Par ailleurs, près de 13 % des personnes accueillies dans les Caso ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, dans plus de 8 cas sur 10 pour des raisons financières. Rappelons à ce titre que la large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie. Ces résultats sont confirmés par ailleurs dans des études qui mettent en évidence que le renoncement aux soins est avant tout motivé par l'absence de couverture maladie, les difficultés financières, la méconnaissance et les incompréhensions des démarches et dispositifs et les difficultés parfois liées à l'orientation dans le système de protection maladie et de santé [Revil, 2018].

De plus, les personnes qui recourent tardivement ou qui renoncent aux soins sont plus souvent atteintes d'une pathologie chronique, alors que de fait ce sont elles qui nécessitent une prise en charge et un suivi régulier : la moitié des pathologies chroniques identifiées chez les personnes reçues en consultations médicales généralistes auraient dû être traitées plus tôt contre un tiers des pathologies aiguës, selon l'avis des médecins. Enfin, on constate que le retard de recours aux soins est moins fréquent chez les personnes disposant d'un logement personnel avec 35,7 % d'entre elles concernées contre la moitié des personnes vivant dans un squat, bidonville ou sans domicile fixe (dont hébergement d'urgence de moins de 15 jours).

Depuis plus de 30 ans, MdM milite, aux côtés de nombreuses associations, pour un « choc de simplification » du dispositif d'accès à la couverture maladie, permettant ainsi une protection maladie réellement inclusive pour les personnes en précarité. MdM regrette aussi que ni la loi sur la modernisation de notre système de santé adoptée en janvier 2016¹¹⁹, ni la loi de santé de juillet 2019 ne prévoient de mesure allant dans ce sens. À l'inverse, des mesures extrêmement régressives ont été adoptées fin 2019.

MdM demande dans l'immédiat une abrogation des mesures concernant l'AME et la couverture maladie des demandeurs d'asile ainsi que la mise en place d'une carte Vitale pour les bénéficiaires de l'AME. Plus particulièrement, MdM demande à :

- **Mettre fin au délai de carence pour l'accès des demandeurs d'asile à la couverture maladie ;**
- **Mettre fin aux mesures restrictives sur l'AME votées en décembre 2019 : la suppression de l'accès immédiat à certains soins (sauf sur entente préalable), l'obligation de déposer aux guichets CPAM les demandes, et la nécessité de « prouver » l'irrégularité de séjour durant 3 mois.**

De plus, MdM demande à rétablir le maintien des droits à 12 mois après l'expiration du titre de séjour.

À moyen terme, MdM souhaite une simplification radicale de l'accès à la couverture maladie en instaurant une couverture santé universelle pour toutes les personnes résidant sur le territoire français, permettant un accès aux soins gratuits dans le service public de la santé. Cela répond précisément aux impératifs de santé publique qui ont été soulignés pendant la crise de la Covid 19.

2. UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPLEXE QUI FREINE L'ACCÈS EFFECTIF AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

→ Un système de santé dans lequel il n'est pas toujours facile de se repérer.

→ Des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) dont les conditions d'accueil et les modalités de fonctionnement sont à harmoniser et à renforcer.

→ La barrière de la langue est un obstacle à l'accès aux soins pour 17 % des personnes reçues lors de leur première visite au Caso en 2019.

→ Des patients reçus à MdM et qui se heurtent soit à des refus de soins, soit à des dépassements d'honoraires ou des demandes de paiement.

78

Secteur public, secteur privé, secteur associatif, secteur mutualiste, médecins de secteur 1, de secteur 2, parcours de soins coordonné, déclaration de médecin traitant, spécialités en accès direct, régime général, tarif opposable, part complémentaire, ticket modérateur, dépassements d'honoraires, panier de soins... voici un aperçu du vocabulaire et des notions que doit intégrer tout usager du système sanitaire français. La plupart des personnes résidant en France ont besoin de plusieurs années et de leur propre expérience d'usager pour arriver à en avoir une maîtrise suffisante afin de s'y repérer *a minima*. Les personnes rencontrées par MdM, ne parlant souvent pas français et arrivées en France depuis peu, doivent apprendre à s'y repérer en quelques mois au risque de ne pas pouvoir accéder aux soins.

L'instruction du 8 juin 2018 visant à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants propose un « rendez-vous santé » au cours duquel l'on procède à un examen médical approfondi accompagné « d'une information approfondie des principes de santé en France, les règles de fonctionnement du service public et du système de soins, la prise en charge des soins, la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs » [ministère des Solidarités et de la Santé, 2018]. Si l'intention est louable, il est fort

à parier qu'il est difficile, *a fortiori* pour des personnes migrantes récemment arrivées sur le territoire français, de s'approprier ce fonctionnement si complexe et en quelques minutes, une heure tout au plus... Intrinsèquement, notre système est complexe, s'y repérer nécessite du temps et de la patience. Cette complexité constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins pour qui s'y confronte pour la première fois.

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

L'amélioration du fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) est, depuis leur création en 1998⁽¹²⁰⁾, un des axes de plaidoyer de MdM. Les Pass et les Praps (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) sont créés par la loi relative à la lutte contre les exclusions⁽¹²¹⁾. L'objectif des Pass est de permettre aux personnes en situation de précarité se présentant à l'hôpital d'accéder à des soins et d'être accompagnées dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles doivent proposer un accès aux consultations de médecine générale et spécialisée, à l'ensemble du plateau technique hospitalier ainsi qu'un accompagnement social, en particulier pour l'ouverture des droits à la couverture maladie. En outre elles doivent agir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement de santé pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients qui en relèvent (circulaire de 2013)⁽¹²²⁾. Les équipes de MdM font le constat d'une mise en place des Pass extrêmement hétérogène et pas toujours effective selon les hôpitaux, avec pour certaines des dysfonctionnements persistants [Helder, 2014]. De plus, de nombreuses Pass sont saturées, certaines n'accueillent pas tous les malades de façon inconditionnelle, les délais pour une prise de rendez-vous peuvent aller jusqu'à cinq semaines et elles ne permettent pas toujours un accès aux traitements. Enfin, des refus de soins à l'hôpital sont rapportés par d'autres associations, des acteurs hospitaliers ou encore des universitaires. Les budgets des Pass, intégrés dans ceux des établissements de santé, peuvent parfois servir de variable d'ajustement pour combler des déficits au sein des hôpitaux et ne pas être affectés aux

(120) Article 71 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

(121) *Ibid.*

(122) Elles s'inscrivent dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux Soins (PRAPS) et répondent à de multiples missions de service public qui incombent aux établissements de santé, parmi lesquels « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre les exclusions et la discrimination, (...) les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, (...) les actions de santé publique. ».

Pass [Gevaert, 2014]. Les équipes des Pass n'ont ainsi pas nécessairement de visibilité sur le budget qui leur est attribué, ce qui peut être problématique pour assurer le bon fonctionnement de ces services, et *in fine* assurer des prises en charge pour les patients.

MdM préconise un renforcement des Pass à travers notamment :

- **Des budgets basés sur les besoins de la population du territoire.**
- **La mise en place de procédures administratives et financières claires afin de permettre une continuité de la prise en charge des patients en situation de précarité et sans droits ouverts au sein de l'hôpital. En effet, la connaissance et la visibilité du dispositif Pass au sein de l'hôpital ne peut reposer sur les seuls coordinateurs de Pass.**
- **Le renforcement des financements pour la prise en charge des hospitalisations des personnes sans droits ouverts.**
- **Un investissement en termes de formation et de moyens humains et financiers des postes d'accueil – poste de première ligne au sein de l'hôpital (personnels aux accueils des Pass, des bureaux des entrées, des urgences, des admissions, etc.). L'accueil est une qualité essentielle dans le parcours du patient et à l'hôpital. Or, les postes d'accueil font face à l'heure actuelle à de multiples difficultés et tensions sociales et institutionnelles.**
- **Le développement de l'interprétariat professionnel y compris concernant les postes d'accueils au sein de l'hôpital.**
- **Le renforcement du service social hospitalier dans son ensemble.**
- **Une prise en charge – autant que possible – transversale dans les dispositifs existants et en évitant des filières spécifiques de prises en charge « migrants » (risque d'isolement, de tri, de moindre qualité, etc.).**

MdM appelle aussi à ne pas limiter l'accès à l'hôpital des personnes en précarité aux seules Pass. En effet, une réflexion de fond est nécessaire sur l'accueil des personnes en précarité au sein de l'hôpital et sur l'amélioration des relations entre la Pass et les autres services. Il est essentiel de donner une place plus centrale à la coordination des soins au sein de l'hôpital et à l'extérieur.

UN MANQUE D'ORGANISATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS IMPACTANT LA RÉPONSE AUX BESOINS DE PROXIMITÉ

Le système de santé français est historiquement fondé sur l'hôpital, avec une approche principalement curative. Cet héritage entraîne certes une haute technicité de la prise en charge des épisodes aigus, mais reste néanmoins centré sur les pathologies [Brocas, 2019]. De même, la formation médicale des futurs professionnels de santé reste essentiellement centrée à l'hôpital sans utiliser tous les terrains de stages disponibles. Ainsi, ce système, dont le pivot est l'hôpital, a des répercussions sur l'organisation du premier recours¹²³ qui est laissée à l'initiative des professionnels de santé et sans forme de régulation ou d'organisation. L'insuffisance de structuration et de régulation du premier recours pose question quant à sa capacité à répondre de façon coordonnée aux besoins de santé des populations sur un territoire.

Concernant plus particulièrement les PMI et les CeGIDD, MdM constate le manque de financement et de personnel au sein de ces structures au regard des besoins existants. À titre d'exemple, le conseil départemental de Seine-Maritime n'a pas renouvelé d'habilitation de cinq CeGIDD et ce pour des raisons financières, entraînant de fait la fermeture de ces centres. De nombreuses PMI ont de moins en moins de moyens et ont du mal à assurer leurs missions. Même si le contexte est très spécifique à Mayotte, on constate un manque d'effectifs et parfois la fermeture de certaines PMI, ne permettant pas de répondre aux besoins de la population de l'île dont l'offre de soins en périnatalité est particulièrement tendue [Parenton, 2020]. On peut néanmoins saluer un nombre croissant de PMI et de CeGIDD qui développent des actions hors les murs ou au sein des programmes de MdM. L'action conjointe des équipes de ces structures et de celles de MdM, dans une complémentarité de compétences, permet ainsi la mise en place d'accompagnements individuels de personnes mais également d'activités collectives de prévention.

(123) La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) a donné en 2009 une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ». Les soins de premier recours comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé [Safon, 2020].

LE CAS PARTICULIER DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES INCARCÉRÉES : LES ENJEUX AUTOUR DES PERMISSIONS ET DES EXTRACTIONS MÉDICALES

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des personnes détenues et l'organisation de l'offre de soins relèvent de la responsabilité du ministère de la Santé. Cette loi avait pour ambition de garantir aux personnes détenues « une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population »¹²⁴. Pourtant, de nombreux obstacles persistent.

Toutes les personnes écrouées sont rattachées au régime général d'assurance maladie et affiliées auprès du Centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE). Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont implantées par les services hospitaliers au sein de chaque établissement pénitentiaire. Elles organisent également les soins ne pouvant être réalisés dans les murs mais à l'extérieur (examens, hospitalisations, rendez-vous avec certains spécialistes).

Ces rendez-vous médicaux en externe peuvent se dérouler de deux façons : soit la personne détenue peut obtenir une permission médicale de sortie et dépose pour cela une demande devant le juge d'application des peines (JAP) pour se rendre de façon autonome à ce rendez-vous, soit la secrétaire médicale de l'établissement pénitentiaire sollicite un accompagnement du patient par une équipe pénitentiaire dédiée (équipe d'escorte). On parle alors d'extraction médicale.

Ce dispositif n'est pas sans poser des problèmes, notamment en termes de délai : aux délais habituels de prise de rendez-vous, il faut ajouter la disponibilité de l'équipe d'escorte¹²⁵ qui travaille sur plusieurs sites, ce qui rallonge l'attente. Dans son rapport d'activités 2019, l'unité sanitaire de Nantes témoigne que « les délais d'attente pour un rendez-vous à l'hôpital restent encore très longs (93 à 98 jours en moyenne), allongés en moyenne de 26 jours par manque d'escorte. Le nombre d'escortes disponibles pour les extractions médicales est clairement insuffisant pour assurer des soins comparables à ceux que l'on pourrait proposer dehors ». De plus, pour des raisons de sécurité, les personnes détenues ne sont pas prévenues de l'heure et du lieu du rendez-vous. La préparation, voire l'adhésion, à la consultation ou à l'examen en est alors altérée.

Par ailleurs, les mesures de sécurité exigées lors des extractions médicales impactent la relation entre le patient et le médecin. Les menottes, les entraves aux pieds et parfois la ceinture qui, au-delà du transport, sont parfois maintenues lors des consultations et des examens, constituent une

atteinte à la dignité humaine indéniable. Certaines personnes détenues disent renoncer ou reporter à leur sortie des soins pour « ne pas avoir à vivre ça ». Cette intrusion sécuritaire parasite la relation entre le soignant et le soigné et peut parfois nuire à la qualité de l'examen médical, des soins et du secret médical. La circulaire de 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale rappelle l'article 803 du code de procédure pénale qui dispose que « nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite »¹²⁶. Il est opportun de se demander si les circonstances absolument exceptionnelles qui justifieraient les moyens de contraintes au regard d'une dangerosité maximale sont toujours étudiées. La personne est parfois uniquement considérée comme « détenue » et non plus comme « patient » avec des droits.

Depuis 2015, MdM intervient en milieu carcéral pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes. Cette question des soins en externe est ainsi rapidement apparue dans les préoccupations des personnes détenues.

Lors des ateliers collectifs, tant au centre de détention qu'à la maison d'arrêt pour femmes (MAF), les personnes détenues ont témoigné de leurs difficultés et du stress que les rendez-vous dispensés en externe généraient. Elles soulignaient les incohérences qu'il pouvait y avoir entre des moyens de contraintes imposés pour un rendez-vous médical en extraction quelques jours après avoir été en permission familiale. Après un travail de plusieurs mois avec le personnel de surveillance dédié à l'escorte, MdM peut désormais accompagner les personnes détenues le demandant lors des rendez-vous médicaux dispensés en extérieur. Une rencontre se fait en amont du rendez-vous pour travailler avec la personne détenue sur les objectifs et les modalités de l'accompagnement. MdM retrouve la personne sur le lieu du rendez-vous et accompagne la personne dans son parcours. Ces accompagnements permettent de travailler la relation patient/médecin, de lutter contre des pratiques stigmatisantes et participent à une sensibilisation des acteurs hospitaliers et de santé sur les représentations des personnes détenues.

Au-delà de la possibilité d'accompagnement par MdM, ce travail avec l'équipe de surveillants dédiés aux escortes a permis de travailler sur l'harmonisation des pratiques et les incohérences liées au niveau de sécurité.

Après un échange avec les équipes médicales et l'administration pénitentiaire, les personnes détenues ont souhaité aller plus loin et promouvoir la permission médicale auprès des autres personnes détenues de l'établissement en

(124) Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

(125) L'équipe d'escorte est une équipe d'agents pénitentiaires dédiés aux accompagnements des personnes détenues pour les soins médicaux en externe ainsi que les transferts d'établissements.

(126) Circulaire AP 2004-07 CAB du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale. Bulletin officiel du ministère de la justice n° 2004/96 p. 286-302.

expliquant les conditions et les modalités en cas d'accompagnement par Mdm. L'objectif de ces accompagnements est de lutter contre le renoncement aux soins mis en avant par certains et dû aux contraintes sécuritaires imposées par les extractions médicales. Il s'agit également d'assurer une médiation entre le patient et le professionnel de santé et de renforcer les capacités de la personne détenue à renouveler l'expérience de manière autonome à plus long terme. Grâce à un travail de concertation de tous les acteurs (Assistance publique, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire et le JAP) et de communication organisée par les personnes détenues, la permission médicale a connu un véritable essor.

Les accompagnements par l'équipe de Mdm ont également permis d'améliorer les conditions d'accueil des personnes détenues dans l'hôpital en travaillant notamment sur la mise à disposition de la carte Vitale de la personne au greffe¹²⁷ [Goubin, 2018].

LA BARRIÈRE DE LA LANGUE : UN OBSTACLE QUI POURRAIT ÊTRE RÉDUIT PAR UN RECOURS PLUS FRÉQUENT À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL

En 2019, Mdm constate que la barrière de la langue constitue un obstacle à l'accès aux soins et aux droits pour 17 % des personnes reçues lors de leur première visite au Caso (tableau 19, page 71). Le recours à un interprète professionnel dans les structures de santé du droit commun n'est en effet pas systématique pour diverses raisons (coût de la prestation, disponibilité des interprètes, difficultés à assurer les consultations avec une tierce personne au téléphone, allongement présumé de la durée de la consultation, etc.) et on observe une insuffisance des informations et des dispositifs d'interprétariat en capacité de répondre aux besoins spécifiques des personnes exclues du système de santé. De plus, les personnes allophones en situation de précarité peuvent aussi rester exclues des campagnes nationales de prévention en raison de la compréhension limitée du français mais également de l'inadaptation des messages à leurs systèmes de croyances et de références.

« Nous avons réalisé un accompagnement à la CPAM au sujet d'un cas complexe de demande de couverture sociale relevant du CREIC, avec une médiatrice du Caso parlant l'arabe. La personne ne parlait pas français. À la question de la compréhension si elle était venue par elle-même : « On se débrouille comme on peut avec les téléphones ou Google traduction ».

[Caso de Rouen, 2019]

La barrière de la langue a des répercussions sur l'autonomie du patient et crée des difficultés à comprendre l'échange ou les options disponibles proposées par le professionnel de santé lors d'une consultation limitant *in fine* l'accès aux soins de base [Büchler, 2017]. Il a été constaté que, certains sujets de santé ne sont parfois pas abordés par les médecins avec les patients allophones, pour des raisons de barrière linguistique [Pauti, 2016]. C'est notamment le cas de la prévention. **L'intervention d'un interprète professionnel dès l'accueil dans les structures médico-sociales et dans certaines situations particulières ou complexes permet ainsi d'établir un premier niveau de communication favorisant la relation soignant-soigné** [ARS, 2020].

L'État a pris des mesures pour améliorer le recours à l'interprétariat à travers l'adoption d'un décret en 2016¹²⁸ relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé et la publication par la HAS des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques relatifs à l'interprétariat linguistique et à la médiation sanitaire [HAS, 2017]. L'instruction ministérielle de 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants propose par ailleurs aux ARS de partager leurs pratiques d'organisation de l'interprétariat et recommande aux établissements de santé d'identifier une personne référente pour organiser l'accès à l'interprétariat et assurer un accès simple et rapide aux prestations d'interprétariat [ministère des Solidarités et de la Santé, 2018]. Malgré tout, un service public d'interprétariat professionnel reste toujours inexistant en France. D'ailleurs, le financement de cette prestation est une question qui reste encore à définir dans de nombreux territoires [ARS, 2020]. Les référentiels de la HAS demeurent, quant à eux, encore peu connus à ce jour et peu accessibles aux professionnels du secteur médico-social et aux personnes concernées qui souhaiteraient y recourir, par manque d'organisation et de soutien financier pérenne.

Les efforts doivent être poursuivis afin de développer l'accès et le recours à l'interprétariat dans l'ensemble des structures médico-sociales, d'assurer une prise en charge de qualité aux personnes peu ou pas francophones et de lutter ainsi contre un frein majeur dans l'accès à la santé et droits.

(127) Les personnes détenues n'ont aucun document d'identité à leur disposition. Tout leur est pris au moment de leur incarcération. Si les personnes souhaitent disposer d'un document administratif ou de papier d'identité elles doivent en faire la demande en amont et justifier de son utilisation. Le document leur est remis au greffe.

(128) Décret no 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, *Journal officiel*, 7 mai 2017. Cette initiative fait suite à l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, qui a introduit dans le Code de la santé publique (CSP) l'article L. 1110-13 visant à développer le cadre pratique des acteurs participant à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

LES REFUS DE SOINS : UNE RÉALITÉ ENCORE TROP FRÉQUENTE

Les équipes de MdM sont 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 la couverture maladie, il est établi que certains professionnels de santé refusent ou retardent l'accès aux soins à des bénéficiaires en raison du type de leur protection maladie. Ces pratiques sont non seulement « *un acte contraire à la déontologie et à l'éthique médicale, mais aussi un délit au regard de la loi et un sujet d'intérêt pour les autorités publiques* » [Chareyron, 2019]. En effet, les motifs de refus de soins de la part des professionnels de santé sont considérés comme illégaux et constituent donc une discrimination au sens des articles. 225-1 et 225-2 du code pénal que ce soit pour les personnes bénéficiaires de la CSS ou de l'AME.

Malgré des dénonciations nombreuses, ces pratiques discriminatoires demeurent récurrentes, aussi bien en médecine libérale qu'à l'hôpital, et les équipes de MdM rencontrent des 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. Une décision cadre du Défenseur des droits (DDD) avait déjà confirmé en décembre 2018 le caractère illégal et discriminatoire de ces pratiques envers les publics précaires¹²⁹. Et il a de nouveau récemment pointé du doigt, dans une enquête de 2019, ces pratiques discriminatoires en révélant aussi un écart important dans l'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMUc et de l'ACS dans les trois spécialités médicales testées : chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres [Chayreyon, 2019]. Attendu depuis plus de 10 ans par les associations, un projet de décret sur les refus de soins a vu le jour en juin 2020. Il s'agit d'une avancée qui semble montrer une volonté de remédier au phénomène du refus de soins. Le décret à paraître clarifie notamment la définition du refus de soins avec la prise en compte des refus déguisés et des traitements discriminatoires et permet désormais à l'usager, confronté à un refus, de saisir directement ou par l'intermédiaire d'une association agréée une commission de conciliation. Cependant, des manquements pourraient nuire à la mise en œuvre effective de la procédure, à savoir l'absence de place réservée aux représentants d'usagers dans les commissions de conciliation au sein des ordres professionnels de santé et le manque d'information et d'accompagnement dans les démarches possibles pour les usagers¹³⁰.

Face à l'ensemble de ces constats, MdM appelle notamment à :

- **Développer de manière volontariste la médiation en santé, qui est le meilleur moyen de lutter contre le non-recours et de rendre possible le suivi du parcours de soins des personnes les plus éloignées des soins. Cela demande notamment le financement d'acteurs de la médiation en santé (plateformes de médiation, médiateurs salariés par la ville ou par une structure de santé, etc.).**
- **Poursuivre l'ouverture et la consolidation des Pass ainsi que le développement d'actions "d'aller-vers" à travers le déploiement des Pass mobiles.**
- **Poursuivre l'accès, le recours et le financement de l'interprétariat dans l'ensemble des structures médico-sociales ainsi qu'auprès des professionnels libéraux afin de lutter contre les barrières de langage.**
- **Développer des centres et des maisons de santé pluridisciplinaires avec une prise en charge globale, médicale et sociale, ouverts à tous y compris pour les personnes en situation de précarité, pour coconstruire avec elles les actions en santé.**
- **Renforcer les structures de proximité telles que les PMI et les CeGIDD et développer des actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire.**

MdM préconise aussi de repenser et simplifier l'accès à la couverture maladie, qui ne doit plus être un obstacle, mais un levier pour la santé de toutes les personnes qui résident sur le territoire. Cette simplification implique un système de santé inclusif, et donc une couverture santé réellement universelle, permettant l'accès aux soins gratuits pour toutes et tous, avec une même carte Vitale et les mêmes droits en santé. Cette démarche passe par l'intégration des bénéficiaires de l'AME dans la Sécurité sociale, mesure qui aurait pour mérite de faciliter drastiquement l'accès aux soins, d'orienter les soins primaires vers la médecine de ville et de désengorger ainsi les urgences et les Pass. Elle mettrait aussi fin à l'instrumentalisation annuelle de l'AME à l'occasion des discussions budgétaires, alors que ce dispositif est avant tout un outil de santé publique.

(129) Décision du Défenseur des droits (DDD) n° 2018-269, 22 novembre 2018.

(130) France Asso santé, « Refus de soins : vers une amélioration ? », 2020.

Les données du présent rapport portent sur l'année 2019. Il était encore trop tôt pour analyser l'impact de la crise sanitaire de la Covid 19 sur les populations que les équipes de MdM rencontrent au quotidien. Néanmoins, MdM a pu constater, une fois de plus, que les crises majeures sont révélatrices des inégalités sociales et de santé. Les conditions de vie, la précarité, la promiscuité, le manque d'accès aux soins et à l'hygiène n'a que fragilisé davantage les personnes en situation de vulnérabilité face au virus.

MdM et plus largement les acteurs de la solidarité ont aussi pu observer que, pendant la crise, des efforts étaient possibles de la part de l'État, des structures et collectivités publiques, avec notamment l'application de mesures exceptionnelles comme la mise en place d'hébergements d'urgence, le prolongement de la trêve hivernale, la mise à disposition de points d'eau et sanitaires dans certains bidonvilles de France, la prolongation des droits et prestations permettant l'accès à la santé des personnes précaires ou encore l'accès facilité à des traitements de substitution aux opiacés. Ces mesures devraient être renforcées et pérennisées. D'autant que malgré ces dispositions, des difficultés d'accès aux soins et aux droits à la santé persistent pour les personnes qui vivent toujours à la rue, en squat, en bidonville ou celles hébergées, et ce, quel que soit leur statut administratif.

MdM souhaite un système de santé qui réponde aux défis de notre temps : inclusion, démocratie, transparence. Le système de santé doit être ouvert à toutes et tous, et les décisions prises avant tout pour répondre aux impératifs de santé publique, d'égalité, de justice sociale, et de respect des droits fondamentaux. Ni la logique marchande, ni la gestion des flux migratoires ne doivent présider au pilotage de ce qui devrait être un service public de la santé. Il faut nécessairement prendre un tournant nouveau pour insuffler cette approche, en commençant par répondre aux demandes des collectifs de soignants qui se mobilisent sans répit pour sauver le système de santé.

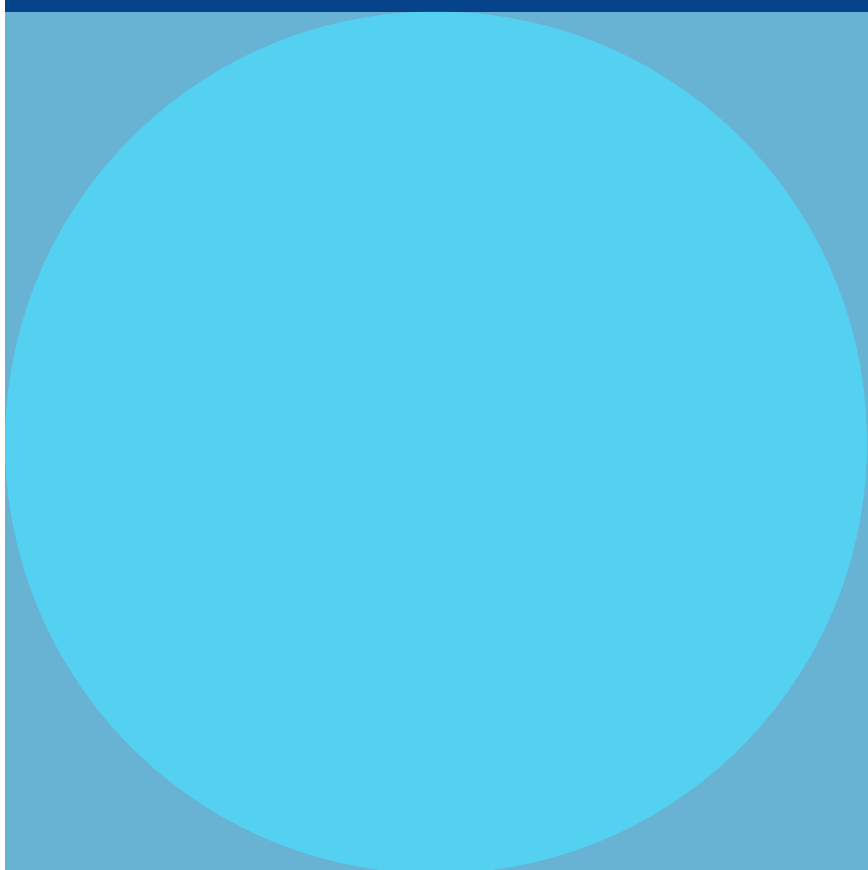
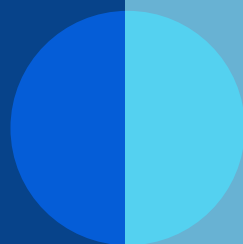
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie nationale de médecine, *Rapport sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés*, 2007.
- Académie nationale de médecine, *Précarité, pauvreté et santé*, 2017.
- André J.-M., *La santé des migrants en question(s)*, Hygée éditions, Presse de l'EHESP, 2019.
- Andro A., Scodellaro C., Eberhard M., Gelly M., « Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafir », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019 ; 17-18 : 334-341.
- Antona D., Fonteneau L. et al., « Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007 ; 6 : 45-50.
- Agence régionale de santé d'Île-de-France, *Le projet régional de santé 2018-2022*.
- Azoguy Lévy S., « Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques, *La santé de l'homme*, 2012 ; 417 : 5-6.
- Azria E., « Précarité sociale et risque périnatal », *Enfances & Psy*, 2015 ; 67 : 13-31.
- Barou J., « Les enfants "perdus" des demandeurs d'asile », *Journal des africanistes*, 81-2, 2011, 145-162.
- Basilien-Gainche M.-L., « Peur, attentes et dénuement. La France est condamnée pour traitement dégradant des demandeurs d'asile - À propos de la décision de la Cour EDH, 2 juillet 2020, N.H. & autres c. France », *La Revue des droits de l'Homme*, [En ligne], Actualités Droits-Libertés mis en ligne le 14 juillet 2020.
- Batifoulier P., « Les migrants ont-ils trop d'assurance ? », in *La Santé des migrants en question(s)*, André J.-M. (dir), Hygée éditions, Presses de l'EHESP, 2019.
- Bassuk E. L. et al., « The characteristics and needs of sheltered homeless and low-income housed mothers », *JAMA*, 276, 640-646 (1996).
- Begun S., « The Paradox of Homeless Youth Pregnancy: A Review of Challenges and Opportunities », *Soc. Work Health Care* 54, 444-460 (2015).
- Bouris S., Merry L., Kebe A., Gagnon A., « Mothering here and mothering there: International migration and postbirth mental health », *Obstetrics and Gynecology International*, 2012; 1-6.
- Brocas A-M, Danet S., « Organiser les soins de proximité : une priorité », *Actualité et dossier en santé publique*, 2019 ; 107 : 13.
- Bryere J., Dejardin O. et al., « Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017 ; 4 : 68-77.
- Büchler A., Beutler H. et al., *Migrants allophones et système de soins. Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire*, 2017.
- Carrion B. V. et al., « Housing Instability and Birth Weight among Young Urban Mothers », *J. Urban Health* 92, 1-9 (2015).
- Centre Primo Levi, Médecins du Monde, *La souffrance psychique des exilés*, juin 2018.
- CFDA, *D'une réforme à l'autre. L'asile en danger*, 2018.
- Chambon N., Le Goff G., « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, 2016 ; 6 : 123-40.
- Chauvin P., Simonnot N., Vanbiervliet F., Vicart M., Vuillermoz C., *L'Accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité*, Réseau international de Médecins du monde, mai 2015.
- Chauvin P., Renahy É., Parizot I., Vallée J., *Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2012.
- Clark R. E., Weinreb L., Flahive J. M. & Seifert R. W., « Homelessness Contributes To Pregnancy Complications », *Health Aff. (Millwood)* 38, 139-146 (2019).
- Cour des comptes, *L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères*, 2020.
- CNDH Romeurope, *20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et squats*, 2017.
- CNLE, *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, 2011.
- Cutts D. B. et al., « Homelessness During Pregnancy: A Unique, Time-Dependent Risk Factor of Birth Outcomes », *Matern. Child Health J.* 19, 1276-1283 (2015).
- Delon M., « Les bidonvilles français dans le journal *Le Monde* (1945-2014) », *Métropolitiques*, 27 novembre 2017.
- Dihal, *Résorption des bidonvilles. Point d'étape sur la nouvelle impulsion donnée en 2018. Présentation de l'acte II* ; 2019.
- DDD, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME*, 2014.
- DDD, « *Les droits fondamentaux des étrangers en France* », 2016.
- DDD, *Relations des usagers et usagers avec les services publics : le risque du non-recours. Enquête sur l'accès aux droits, Volume 2*, mars 2017.
- Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé (FRAPS), *La littératie en santé appliquée à la promotion de la santé*, 2018.
- Feldman R., « Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services », *Public Health*, 2006; 120 : 809-816.
- Fnars, *Réforme de l'asile : accueil, hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile et des réfugiés. 57 propositions pour une mise en œuvre de ma réforme de l'asile respectueuse des droits des personnes*, 2015.
- Fondation Abbé Pierre, *25^e rapport sur l'état du mal-logement en France*, 2020.
- Fresnoza-Flot A., « Rupture et continuité des liens familiaux dans le contexte migratoire : les migrations parentales internationales en question », *La Revue du REDIF*, 2013, 59-68.

- Goubin C., Martinot P.-F., Hornsperger M., Aboudaram I., « Les permissions de sortir pour raisons médicales : l'expérience de Médecins du monde au centre pénitentiaire de Nantes », *ADSP*, 2018 ; 104.
- Guthmann J.-P., Fonteneau L. et al., « La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007 ; 51-52 : 441-5.
- Guthmann J.-P., Fonteneau L. et al., « Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014 : progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015 ; 26-27 : 499-504.
- Haute Autorité de santé (HAS), *Stratégies de prévention de la carie dentaire*, Synthèse, 2010.
- HAS, *Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C*, 2014.
- HAS, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*, 2017.
- HAS, *Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu en population générale et chez les migrants primo-arrivants*, 2019(a).
- HAS, *Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte*, 2019(b).
- HCE, *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité*, 2017.
- HCSP, *Santé sexuelle et reproductive*, 2016.
- HCSP, *Avis du Haut conseil de la santé publique relatif à l'évaluation d'un jeune isolé étranger*, 2014.
- Huaume H., Kellou N., Tomasino A., Chappuis M., Letrilliart L., « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017 ; (19-20) : 430-6.
- Igas, Iga, IGJ, Assemblée des départements de France, *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*, 2018.
- Inca, *Les cancers en France*, 2016.
- Jobard F., Lévy R., Lamberth J., Névanen S., « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles », *Population*, 67, n°3, 2012 : 423-451.
- Joyandet A., *Rapport général n° 140 (2019-2020) fait nom de la commission des finances sur le projet de loi de finances, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2020*, Sénat, 2019.
- Jusot F., Dourgnon P., Wittwer P., Sarhiri J., *Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas*, IRDES ; 2019 ; (245).
- Kentikelenis A., Karanikolos M. et al., « How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review », *Eur J Public Health*, 2015 ; 25 : 937-44.
- Latournerie J.-Y., Saulière J., Hemous C., Bartoli F., Fellingier F., Rey J.-L., *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*, IGF, IGAS, 2019.
- Little M. et al., « Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy », *CMAJ Can. Med. Assoc. J.*, 173, 615-618 (2005).
- MdM, *État buccodentaire et accès aux soins des personnes en situation de précarité*, 2016.
- Miller A., Hess JM., Bybee D., Goodkind JR., « Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice », *Am J Orthopsychiatry*, 2018 ; 88(1) : 26-37.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants*, 2018.
- Office français de protection des réfugiés et apatrides, *Rapport d'activité 2019*.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS : Pas de santé publique sans santé des réfugiés et des migrants*, 2018.
- OMS, *10 éléments à savoir sur la santé des réfugiés et des migrants*, 2019.
- OMS, *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH : 5C : consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion*, 2018.
- Pannetier J., Desgrées du Loû A., Lert F., « Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression », in Desgrées du Loû A., Lert F., *Parcours de vie et santé des africains immigrés en France*, La découverte, 2017 : 287-298.
- Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrées du Loû A., « Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-saharian african migrant women in France: an analysis of the ANRS Parcours retrospective population-based study », *Lancet public health*, 2018 : e16-23.
- Parenton F., Youssouf H., Mariotti E., Barbail A., « La situation péri-natale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'Enquête nationale périnatale (ENP) et de son extension », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020 ; (1) :17-27.
- Pauti M.-D., Tomasino A. et al., « Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2016 ; 13-14 : 230-6.
- Pegon-Machat E., Jourdan D., Tubert-Jeannin S., « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France », *Santé Publique*, 2018/2 (Vol. 30), p. 243-251.
- Petruzzi M., Veisse A., Wolmark L., Fessard C., Weinich L., Rustico J. pour le Comité pour la santé des exilés (Comede), « Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019 ; (17-18) : 327-333.
- Reques-Sastre L., Rolland C., *Violences subies pendant le parcours migratoire par les personnes ayant transité par la Libye, l'Italie, et la France*, Médecins du Monde, 2019.

- Reques-Sastre L., Rolland C., *Accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité. Étude interventionnelle d'évaluation des stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes en situation de précarité, rencontrées par les programmes de Médecins du Monde-France*, Médecins du Monde, 2019.
- Revil H., « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, p. 29-41.
- Richards R., Merrill R. M., Baksh L., « Health behaviors and infant health outcomes in homeless pregnant women in the United States », *Pediatrics* 128, 438-446 (2011).
- Rilliard F., Friedlander L., Descorps-declere J., Khelifa N., Moyal F., Saadi S., Schwallinger F., Naud-Illamas C., « Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé buccodentaire », *La santé de l'homme*, 2012 ; 417 : 31-33.
- Roze M., Vandentorren S. et al., « Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the Enfams survey », *European psychiatry*, 2016, 38 : 51-60.
- Salomon P.-J., « La France mobilisée dans la lutte contre les hépatites virales », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019 ; (24-25) : 468-9.
- Santé Publique France, *Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage*, 2019.
- Schapiro K. A., *Human Development Research Paper 2009/57 Migration and Educational Outcomes of Children*, United Nations Development Programme (UNDP) ; 2009.
- SOS Hépatites, *La prévention, l'information, la solidarité, la défense des personnes concernées par les hépatites virales, les maladies du foie, quels que soient les virus*.
- Stein J. A., Lu M. C., Gelberg L., « Severity of Homelessness and Adverse Birth Outcomes », *Health Psychology*, 19(6), 524-534.
- Triandafyllidou A., *Migration irrégulière en France - Projet de Recherche CLANDESTINO. Compter l'Incomptable : Données et Tendances en Europe*, 2009.
- Trummer U., Novak-Zezula S., Renner A., Wilczewska I., *Cost analysis of health care provision for migrants and ethnic minorities. Thematic study developed and implemented by C-HM under the overall guidance of IOM MHD RO Brussels within the framework of the IOM/EC EQUI-HEALTH project "Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups"* ; 2015. Vienna.
- Unicef, *Chaque enfant compte. Partout, tout le temps, Rapport alternatif de l'Unicef France et de ses partenaires dans le cadre de l'audition de la France par le Comité des droits de l'enfant des Nations unies*, 2015.
- Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z., « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017 ; 19-20 : 405-14.
- Visage L., *Exploration des besoins des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité : étude qualitative auprès de onze médecins généralistes de Loire-Atlantique*, Université de Nantes, Unité de formation et de recherche de médecine et des techniques médicales, 2017.

ANNEXES



1. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Caso à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Caso et d'un outil de collecte de données. Le DPI s'appuie sur un accès par Internet à une base de donnée unique centralisée sur le web et hébergée par un hébergeur agréé « hébergeur de données de santé à caractère personnel ».

La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existantes dans les Caso en France. Ainsi le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social (dont MNA, régularisation pour soins), infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie/sage-femme, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au Caso. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant et/ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des personnes rencontrées au jour de leur première visite.

Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des personnes et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la Classification internationale des soins de santé primaires¹³¹. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;
- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (*système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.*) et 7 rubriques.

- 17 chapitres (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A** Général et non spécifié¹³²
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie
(*Blood, sang*)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (*Hearing, audition*)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéoarticulaire (*Locomotion*)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (*Skin, peau*)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire

(131) Pour plus d'informations sur la CISP se référer au site internet du CISP-Club http://www.cispclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7

(132) 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.

W Grossesse, accouchement, planning familial
(*Woman, femme*)

X Système génital féminin et sein (*Chromosome X*)

Y Système génital masculin et sein (*Chromosome Y*)

Z Social¹³³

- 7 rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :

Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29

Procédures – **gris** : codes 30 à 69

Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99

Maladies infectieuses – **jaune**

Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**

Lésions traumatiques – **rose**

Anomalies congénitales – **bleu foncé**

Autres diagnostics – **violet**

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

Exemples :

Peur du VIH : **B 25** (**B** = sang, système hématopoïétique, immunologie / **25** = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert))

Angine aiguë : **R 76** (**R** = respiratoire et **76** = code spécifique / rubrique infection (jaune))

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemples :

Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : **K 60** (**K** = cardiovasculaire / **60** = code spécifique procédure (gris))

Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63** (**N** = neurologique / **63** = code spécifique procédure (gris))

Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45** (**W** = grossesse, accouchement et planification familiale / **45** = code spécifique procédure (gris))

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;

- Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...) ;

- Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19).

Les médecins peuvent indiquer jusqu'à cinq résultats de consultations dans les dossiers médicaux. Ils notifient toutes les pathologies repérées en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation, l'objectif étant de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des Casos est confiée au CREAI-ORS Occitanie. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel Sas (version 9.4). Les comparaisons bivariées de deux variables ont été testées à l'aide du test du chi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées à l'aide de la valeur « p », ou degré de signification. La valeur « p » maximale pour considérer une différence comme significative est fixée à 5 %, c'est-à-dire qu'il y a 5 % de chance d'obtenir par le hasard le résultat observé en supposant que l'hypothèse d'absence de lien entre les groupes étudiés soit vraie. La codification suivante est ainsi retenue dans les tableaux :

- 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 %.

Des analyses multivariées à partir de régression logistique ont également été réalisées afin d'analyser les relations entre une variable à expliquer qualitative binaire et plusieurs variables explicatives. Ces analyses permettent de mesurer l'effet individuel de chaque variable explicative sur la variable à expliquer et de prendre en compte l'influence de facteurs tiers (ajustement). L'*odds ratio* est utilisé pour témoigner du sens (augmentation si >1 et diminution si <1) et de la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, sans pour autant mettre en évidence une relation de causalité. La régression logistique n'a pas été utilisée ici pour construire des modèles prédictifs, mais seulement pour contrôler l'impact de variables de confusion et quantifier la force du lien entre les variables explicatives et la variable à expliquer.

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 2019 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, demandeurs d'asile, etc.), 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.

92

Rappelons enfin que le terme de « prévalence » n'est pas tout à fait approprié dans ce travail dans la mesure où les consultants de Médecins du Monde ne subissent pas un examen complet permettant d'avoir une vue d'ensemble de leur état de santé. Il faut donc interpréter les prévalences en termes de fréquences de pathologies diagnostiquées, sans que l'on connaisse exactement la véritable prévalence de ces affections parmi les consultants.

2. ACTIVITÉS PAR CASO

| | Ajaccio | Bordeaux | Grenoble | Lyon | Marseille | Montpellier | Nancy | Nice | Paris | Pau | Rouen | Saint-Denis | Strasbourg | Toulouse | TOTAL |
|---|---------|----------|----------|-------|-----------|-------------|------------|------------|--------|-------|-----------|-------------|------------|----------|--------------|
| Nombre de consultations | 392 | 6 572 | 2 762 | 2 878 | 3 176 | 3 247 | 2 894 | 2 875 | 4 522 | 882 | 1 331 | 10 562 | 3 889 | 2 253 | 48 235 |
| Nombre de patients différents (file active) | 132 | 2 464 | 1 225 | 1 587 | 2 143 | 1 331 | 765 | 1 513 | 2 999 | 438 | 1 010 | 5 625 | 845 | 971 | 23 048 |
| Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes) | 384 | 2 836 | 992 | 1 801 | 1 616 | 927 | 1 314 | 1 679 | 3 523 | 849 | 869 | 4 769 | 1 213 | 940 | 23 712 |
| <i>Part des consultations médicales (par rapport au total)</i> | 1,6 % | 12,0 % | 4,2 % | 7,6 % | 6,8 % | 3,9 % | 5,5 % | 7,1 % | 14,9 % | 3,6 % | 3,7 % | 20,1 % | 5,1 % | 4,0 % | 100,0 % |
| Nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale | 130 | 1 462 | 727 | 1 183 | 1 297 | 682 | 613 | 843 | 2 170 | 415 | 642 | 3 064 | 511 | 619 | 14 358 |
| Nombre moyen de consultations médicales par patient | 2,95 | 1,94 | 1,36 | 1,52 | 1,25 | 1,36 | 2,14 | 1,99 | 1,62 | 2,05 | 1,35 | 1,56 | 2,37 | 1,52 | 1,65 |
| Nombre de consultations dentaires | | | | | | 637 | 314 | 338 | | | 87 | | 188 | | 1 564 |
| <i>Part des consultations dentaires (par rapport au total)</i> | | | | | | 40,7 % | 20,1 % | 21,6 % | | | 5,6 % | | 12,0 % | | 100,0 % |
| Nombre de patients différents ayant eu une consultation dentaire | | | | | | 255 | 106 | 215 | | | 67 | | 77 | | 720 |
| Nombre moyen de consultations dentaires par patients | | | | | | 2,50 | 2,96 | 1,57 | | | 1,30 | | 2,44 | | 2,17 |
| Nombre de consultations paramédicales⁽¹⁾ | 4 | 300 | 1 345 | 361 | 162 | 672 | 72 | 40 | 620 | 33 | 224 | 2 307 | 1 065 | 59 | 7 264 |
| <i>Part des consultations paramédicales (par rapport au total)</i> | 0,1 % | 4,1 % | 18,5 % | 5,0 % | 2,2 % | 9,3 % | 1,0 % | 0,6 % | 8,5 % | 0,5 % | 3,1 % | 31,8 % | 14,7 % | 0,8 % | 100,0 % |
| Nombre d'entretiens sociaux⁽²⁾ | 4 | 3 424 | 424 | 576 | 1 396 | 1 011 | 1 194 | 818 | 379 | 0 | 77 | 3 481 | 1 423 | 1 254 | 15 461 |
| <i>Part des entretiens sociaux (par rapport au total)</i> | 0,0 % | 22,1 % | 2,7 % | 3,7 % | 9,0 % | 6,5 % | 7,7 % | 5,3 % | 2,5 % | 0,0 % | 0,5 % | 22,5 % | 9,2 % | 8,1 % | 100,0 % |

(1) Les consultations paramédicales comprennent les actes infirmiers, les consultations de kinésithérapie et de prévention/dépistage VIH-Hépatites-IST et tuberculose.
(2) Les entretiens sociaux comprennent les consultations sociales, de Dasein (régularisation pour soins) et celles menées auprès des mineur(e)s non accompagné(e)s.

3. ANALYSES PAR CASO

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|----------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 132 | 0,6 | 384 | 0 | 4 | 4 |

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Ajaccio | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|---------|----|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 22,0 | 29 | 36,7 | 8 411 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | 46,9 | | 32,7 | | 32,8 | |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 1,5 | 2 | 12,4 | 2 831 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 15,3 | 20 | 31,9 | 7 297 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 17,6 | 23 | 28,4 | 6 502 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 21,4 | 28 | 13,9 | 3 171 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 44,3 | 58 | 13,4 | 3 058 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 47,0 | 62 | 97,6 | 22 357 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 72,7 | 96 | 9,8 | 2 234 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 0,0 | 0 | 8,7 | 1 987 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 2,3 | 3 | 48,0 | 10 989 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 24,2 | 32 | 24,7 | 5 666 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 0,8 | 1 | 4,1 | 930 | 4,0 | 931 |
| Asie | 0,0 | 0 | 3,4 | 785 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,0 | 0 | 1,4 | 309 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| France | 53,0 | 70 | 2,4 | 559 | 2,7 | 629 |
| Tunisie | 11,4 | 15 | 3,5 | 801 | 3,5 | 816 |
| Maroc | 9,8 | 13 | 6,2 | 1 415 | 6,2 | 1 428 |
| Roumanie | 6,1 | 8 | 3,3 | 755 | 3,3 | 763 |
| Pologne | 4,5 | 6 | 0,1 | 33 | 0,2 | 39 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 97,7 | 86 | 49,1 | 9 064 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 2,3 | 2 | 50,9 | 9 384 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 0,0 | 0 | 15,0 | 3 305 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 12,5 | 3 | 38,3 | 8 099 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 8,3 | 2 | 25,7 | 5 435 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 4,2 | 1 | 19,8 | 4 198 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 33,3 | 8 | 12,9 | 2 739 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 41,7 | 10 | 3,2 | 683 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 16,7 | 4 | 6,3 | 1 142 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 25,0 | 6 | 60,3 | 10 898 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 8,3 | 2 | 7,3 | 1 325 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 45,8 | 11 | 24,9 | 4 501 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 4,2 | 1 | 1,1 | 200 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 4,5 | 1 | 31,8 | 5 318 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 86,5 | 45 | 20,8 | 2 519 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 13,5 | 7 | 79,2 | 9 601 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 2 464 | 10,7 | 2 836 | 0 | 300 | 3 424 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, Dasem (droit au séjour des étrangers malades), gynécologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Bordeaux | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|----------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 44,4 | 1 095 | 35,7 | 7 345 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 33,8 | | 32,7 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 10,3 | 253 | 12,6 | 2 580 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 31,8 | 781 | 31,8 | 6 536 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 26,7 | 655 | 28,6 | 5 870 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 15,4 | 378 | 13,7 | 2 821 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 15,9 | 390 | 13,3 | 2 726 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 98,5 | 2 427 | 97,1 | 19 992 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 19,7 | 486 | 9,0 | 1 844 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 20,8 | 513 | 7,2 | 1 474 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 36,6 | 901 | 49,1 | 10 091 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 18,5 | 455 | 25,5 | 5 243 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 1,7 | 42 | 4,3 | 889 | 4,0 | 931 |
| Asie | 1,4 | 35 | 3,6 | 750 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 1,2 | 29 | 1,4 | 280 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Bulgarie | 12,9 | 317 | 0,4 | 86 | 1,7 | 403 |
| Nigeria | 11,4 | 282 | 2,8 | 575 | 3,7 | 857 |
| Géorgie | 10,6 | 261 | 1,3 | 265 | 2,3 | 526 |
| Algérie | 8,7 | 215 | 14,9 | 3 064 | 14,2 | 3 279 |
| Maroc | 6,3 | 155 | 6,2 | 1 273 | 6,2 | 1 428 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 62,6 | 1 180 | 47,9 | 7 970 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 37,4 | 705 | 52,1 | 8 681 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 22,1 | 528 | 14,1 | 2 777 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 30,0 | 656 | 39,2 | 7 446 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 27,0 | 592 | 25,5 | 4 845 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 27,0 | 592 | 19,0 | 3 607 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 14,0 | 307 | 12,9 | 2 440 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 2,0 | 43 | 3,4 | 650 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 4,3 | 79 | 6,6 | 1 067 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 46,2 | 848 | 61,9 | 10 056 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 18,2 | 335 | 6,1 | 992 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 30,3 | 556 | 24,3 | 3 956 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,0 | 18 | 1,1 | 183 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 21,5 | 350 | 32,8 | 4 969 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 48,3 | 676 | 17,5 | 1 888 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 51,7 | 723 | 82,5 | 8 885 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 1 225 | 5,3 | 992 | 0 | 1 345 | 424 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie/opticien, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Grenoble | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|----------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 42,0 | 515 | 36,3 | 7 925 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | 27,9 | | 33,1 | | 32,8 | |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 23,5 | 287 | 11,7 | 2 546 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 34,3 | 419 | 31,7 | 6 898 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 22,3 | 272 | 28,7 | 6 253 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 9,9 | 121 | 14,1 | 3 078 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 10,0 | 122 | 13,8 | 2 994 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 97,6 | 1 195 | 97,3 | 21 224 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 9,5 | 116 | 10,2 | 2 214 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 13,6 | 167 | 8,3 | 1 820 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 48,7 | 596 | 47,7 | 10 396 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 21,7 | 266 | 24,9 | 5 432 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 3,9 | 48 | 4,0 | 883 | 4,0 | 931 |
| Asie | 1,3 | 16 | 3,5 | 769 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 1,2 | 15 | 1,3 | 294 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Guinée | 14,4 | 177 | 4,4 | 969 | 5,0 | 1 146 |
| Algérie | 11,3 | 139 | 14,4 | 3 140 | 14,2 | 3 279 |
| Nigeria | 7,0 | 86 | 3,5 | 771 | 3,7 | 857 |
| Angola | 6,9 | 84 | 0,7 | 142 | 1,0 | 226 |
| Tunisie | 5,6 | 68 | 3,4 | 748 | 3,5 | 816 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 71,8 | 743 | 48,0 | 8 407 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 28,2 | 292 | 52,0 | 9 094 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 30,2 | 352 | 14,1 | 2 953 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 43,2 | 481 | 38,0 | 7 621 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois – 12 mois [| 23,4 | 260 | 25,8 | 5 177 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an – 3 ans [| 19,2 | 214 | 19,9 | 3 985 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans – 10 ans [| 12,7 | 141 | 13,0 | 2 606 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 1,5 | 17 | 3,4 | 676 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 8,5 | 85 | 6,2 | 1 061 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 51,5 | 514 | 60,8 | 10 390 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 3,5 | 35 | 7,6 | 1 292 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 35,6 | 355 | 24,3 | 4 157 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 0,9 | 9 | 1,1 | 192 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 27,4 | 220 | 32,0 | 5 099 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 19,0 | 151 | 21,2 | 2 413 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 81,0 | 642 | 78,8 | 8 966 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 1 587 | 6,9 | 1 801 | 0 | 361 | 576 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Lyon | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 37,4 | 594 | 36,6 | 7 846 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | 28,9 | | 33,1 | | 32,8 | |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 25,6 | 406 | 11,3 | 2 427 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 30,3 | 481 | 31,9 | 6 836 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 21,8 | 346 | 28,9 | 6 179 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 9,9 | 157 | 14,2 | 3 042 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 12,3 | 195 | 13,6 | 2 921 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 96,8 | 1 537 | 97,3 | 20 882 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 16,0 | 253 | 9,7 | 2 077 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 14,6 | 232 | 8,2 | 1 755 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 44,3 | 702 | 48,0 | 10 290 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 21,4 | 340 | 25,0 | 5 358 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 2,5 | 39 | 4,2 | 892 | 4,0 | 931 |
| Asie | 0,4 | 6 | 3,6 | 779 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,9 | 14 | 1,4 | 295 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Algérie | 15,1 | 240 | 14,2 | 3 039 | 14,2 | 3 279 |
| Roumanie | 11,2 | 177 | 2,7 | 586 | 3,3 | 763 |
| Guinée | 9,3 | 147 | 4,7 | 999 | 5,0 | 1 146 |
| Albanie | 8,1 | 129 | 1,9 | 408 | 2,3 | 537 |
| Côte d'Ivoire | 4,4 | 70 | 13,4 | 2 878 | 12,8 | 2 948 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 68,8 | 1 063 | 47,6 | 8 087 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 31,2 | 481 | 52,4 | 8 905 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 28,1 | 423 | 14,0 | 2 882 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 48,3 | 724 | 37,5 | 7 378 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 25,2 | 377 | 25,7 | 5 060 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 16,8 | 252 | 20,1 | 3 947 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 8,2 | 123 | 13,3 | 2 624 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 1,5 | 22 | 3,4 | 671 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 2,9 | 44 | 6,7 | 1 102 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 49,2 | 753 | 61,3 | 10 151 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 16,6 | 254 | 6,5 | 1 073 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 30,3 | 464 | 24,4 | 4 048 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 0,9 | 14 | 1,1 | 187 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 33,3 | 482 | 31,6 | 4 837 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 16,9 | 198 | 21,5 | 2 366 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 83,1 | 973 | 78,5 | 8 635 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 2 143 | 9,3 | 1 616 | 0 | 162 | 1 396 |

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Marseille | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|-----------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 28,7 | 615 | 37,4 | 7 825 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 32,4 | | 32,9 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 15,6 | 334 | 12,0 | 2 499 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 31,8 | 680 | 31,8 | 6 637 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 24,3 | 520 | 28,8 | 6 005 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 13,0 | 278 | 14,0 | 2 921 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 15,4 | 329 | 13,4 | 2 787 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 97,2 | 2 083 | 97,3 | 20 336 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 7,6 | 162 | 10,4 | 2 168 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 4,0 | 86 | 9,1 | 1 901 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 37,8 | 809 | 48,7 | 10 183 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 47,5 | 1 018 | 22,4 | 4 680 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 2,1 | 45 | 4,2 | 886 | 4,0 | 931 |
| Asie | 0,5 | 11 | 3,7 | 774 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,6 | 12 | 1,4 | 297 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Algérie | 36,4 | 781 | 11,9 | 2 498 | 14,2 | 3 279 |
| Comores | 13,0 | 278 | 1,0 | 200 | 2,1 | 478 |
| Tunisie | 6,1 | 130 | 3,3 | 686 | 3,5 | 816 |
| Nigeria | 5,2 | 112 | 3,6 | 745 | 3,7 | 857 |
| Sénégal | 4,6 | 98 | 3,3 | 699 | 3,5 | 797 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 45,8 | 783 | 49,7 | 8 367 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 54,2 | 928 | 50,3 | 8 458 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 11,1 | 229 | 15,3 | 3 076 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 42,8 | 838 | 37,8 | 7 264 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois – 12 mois [| 25,9 | 508 | 25,6 | 4 929 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an – 3 ans [| 16,9 | 331 | 20,1 | 3 868 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans – 10 ans [| 11,1 | 217 | 13,2 | 2 530 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 3,3 | 65 | 3,3 | 628 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 7,4 | 123 | 6,2 | 1 023 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 63,2 | 1 046 | 60,0 | 9 858 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 4,4 | 73 | 7,6 | 1 254 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 24,1 | 399 | 25,0 | 4 113 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 0,8 | 13 | 1,1 | 188 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 40,5 | 647 | 30,8 | 4 672 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 7,8 | 82 | 22,3 | 2 482 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 92,2 | 973 | 77,7 | 8 635 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|------------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 1 331 | 5,8 | 927 | 637 | 672 | 1 011 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Montpellier | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|-------------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 37,8 | 503 | 36,5 | 7 937 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | 34,3 | | 32,7 | | 32,8 | |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 8,1 | 108 | 12,6 | 2 725 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 33,5 | 445 | 31,7 | 6 872 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 27,1 | 360 | 28,5 | 6 165 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 14,6 | 194 | 13,9 | 3 005 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 16,7 | 222 | 13,4 | 2 894 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 94,9 | 1 263 | 97,4 | 21 156 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 12,5 | 167 | 10,0 | 2 163 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 11,2 | 149 | 8,5 | 1 838 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 25,3 | 337 | 49,1 | 10 655 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 43,7 | 581 | 23,6 | 5 117 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 3,8 | 51 | 4,1 | 880 | 4,0 | 931 |
| Asie | 1,1 | 15 | 3,5 | 770 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 2,3 | 31 | 1,3 | 278 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Maroc | 23,4 | 311 | 5,1 | 1 117 | 6,2 | 1 428 |
| Algérie | 18,6 | 247 | 14,0 | 3 032 | 14,2 | 3 279 |
| France | 5,1 | 68 | 2,6 | 561 | 2,7 | 629 |
| Guinée | 5,0 | 67 | 5,0 | 1 079 | 5,0 | 1 146 |
| Nigeria | 4,7 | 63 | 3,7 | 794 | 3,7 | 857 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 58,3 | 711 | 48,7 | 8 439 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 41,7 | 508 | 51,3 | 8 878 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 25,2 | 313 | 14,3 | 2 992 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 38,6 | 471 | 38,2 | 7 631 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 20,1 | 245 | 26,0 | 5 192 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 19,5 | 238 | 19,8 | 3 961 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 16,3 | 199 | 12,8 | 2 548 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 5,6 | 68 | 3,1 | 625 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 9,3 | 115 | 6,1 | 1 031 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 54,3 | 668 | 60,7 | 10 236 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 14,5 | 178 | 6,8 | 1 149 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 20,5 | 252 | 25,3 | 4 260 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,4 | 17 | 1,1 | 184 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 28,3 | 327 | 32,0 | 4 992 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 25,5 | 230 | 20,7 | 2 334 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 74,5 | 672 | 79,3 | 8 936 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|------------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 765 | 3,3 | 1 314 | 314 | 72 | 1 194 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Nancy | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|-------|------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 38,6 | 295 | 36,6 | 8 145 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 34,0 | | 32,8 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 14,7 | 112 | 12,2 | 2 721 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 26,4 | 201 | 32,0 | 7 116 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 25,7 | 195 | 28,5 | 6 330 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 15,9 | 121 | 13,8 | 3 078 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 17,2 | 131 | 13,4 | 2 985 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 89,5 | 685 | 97,5 | 21 734 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 19,4 | 148 | 9,8 | 2 182 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 14,7 | 112 | 8,4 | 1 875 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 17,4 | 133 | 48,8 | 10 859 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 45,5 | 348 | 24,0 | 5 350 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 2,4 | 18 | 4,1 | 913 | 4,0 | 931 |
| Asie | 0,1 | 1 | 3,5 | 784 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,5 | 4 | 1,4 | 305 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Algérie | 25,0 | 191 | 13,9 | 3 088 | 14,2 | 3 279 |
| Maroc | 18,7 | 143 | 5,8 | 1 285 | 6,2 | 1 428 |
| France | 10,5 | 80 | 2,5 | 549 | 2,7 | 629 |
| Géorgie | 5,0 | 38 | 2,2 | 488 | 2,3 | 526 |
| Italie | 4,6 | 35 | 0,8 | 175 | 0,9 | 210 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 65,2 | 387 | 48,8 | 8 763 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 34,8 | 207 | 51,2 | 9 179 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 9,5 | 64 | 15,1 | 3 241 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 33,5 | 190 | 38,4 | 7 912 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 24,9 | 141 | 25,7 | 5 296 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 22,0 | 125 | 19,8 | 4 074 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 16,8 | 95 | 12,9 | 2 652 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 2,8 | 16 | 3,3 | 677 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 22,7 | 134 | 5,8 | 1 012 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 59,5 | 351 | 60,3 | 10 553 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 0,0 | 0 | 7,6 | 1 327 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 16,3 | 96 | 25,2 | 4 416 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,5 | 9 | 1,1 | 192 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 15,5 | 80 | 32,3 | 5 239 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 39,6 | 143 | 20,5 | 2 421 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 60,4 | 218 | 79,5 | 9 390 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|------------|---------------|------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 1 513 | 6,6 | 1 679 | 338 | 40 | 818 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Nice | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 49,0 | 742 | 35,7 | 7 698 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 36,1 | | 32,6 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 10,7 | 161 | 12,4 | 2 672 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 23,4 | 352 | 32,4 | 6 965 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 27,4 | 412 | 28,5 | 6 113 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 18,2 | 274 | 13,6 | 2 925 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 20,3 | 305 | 13,1 | 2 811 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 97,6 | 1 477 | 97,2 | 20 942 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 11,9 | 179 | 10,0 | 2 151 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 26,5 | 400 | 7,4 | 1 587 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 25,4 | 383 | 49,3 | 10 609 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 28,2 | 426 | 24,5 | 5 272 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 2,3 | 34 | 4,2 | 897 | 4,0 | 931 |
| Asie | 3,8 | 57 | 3,4 | 728 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 2,1 | 31 | 1,3 | 278 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Tunisie | 16,5 | 250 | 2,6 | 566 | 3,5 | 816 |
| Algérie | 6,5 | 99 | 14,8 | 3 180 | 14,2 | 3 279 |
| Russie – Tchétchénie | 6,4 | 97 | 0,1 | 19 | 0,5 | 116 |
| Géorgie | 5,3 | 80 | 2,1 | 446 | 2,3 | 526 |
| Sénégal | 5,2 | 79 | 3,3 | 718 | 3,5 | 797 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 49,3 | 719 | 49,4 | 8 431 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 50,7 | 739 | 50,6 | 8 647 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 23,6 | 346 | 14,3 | 2 959 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 22,2 | 323 | 39,4 | 7 779 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois – 12 mois [| 25,5 | 371 | 25,7 | 5 066 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an – 3 ans [| 20,2 | 294 | 19,8 | 3 905 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans – 10 ans [| 22,8 | 332 | 12,2 | 2 415 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 9,3 | 135 | 2,8 | 558 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 15,2 | 221 | 5,6 | 925 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 63,3 | 922 | 60,0 | 9 982 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 1,3 | 19 | 7,9 | 1 308 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 19,8 | 289 | 25,4 | 4 223 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 0,4 | 6 | 1,2 | 195 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 13,1 | 186 | 33,5 | 5 133 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 17,5 | 214 | 21,5 | 2 350 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 82,5 | 1 011 | 78,5 | 8 597 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 2 999 | 13,0 | 3 523 | 0 | 620 | 379 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Paris | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|-------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 37,0 | 1 111 | 36,6 | 7 329 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 33,5 | | 32,7 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 5,3 | 158 | 13,4 | 2 675 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 36,1 | 1 080 | 31,2 | 6 237 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 32,9 | 984 | 27,7 | 5 541 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 14,6 | 436 | 13,8 | 2 763 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 11,2 | 334 | 13,9 | 2 782 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 99,3 | 2 978 | 97,0 | 19 441 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 1,7 | 51 | 11,4 | 2 279 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 1,7 | 52 | 9,7 | 1 935 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 68,4 | 2 051 | 44,6 | 8 941 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 14,4 | 433 | 26,3 | 5 265 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 7,7 | 231 | 3,5 | 700 | 4,0 | 931 |
| Asie | 2,7 | 82 | 3,5 | 703 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 3,3 | 98 | 1,1 | 211 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Côte d'Ivoire | 23,5 | 705 | 11,2 | 2 243 | 12,8 | 2 948 |
| Mali | 12,5 | 376 | 5,2 | 1 042 | 6,2 | 1 418 |
| Cameroun | 12,3 | 369 | 3,8 | 761 | 4,9 | 1 130 |
| Algérie | 9,8 | 294 | 14,9 | 2 985 | 14,2 | 3 279 |
| Afghanistan | 6,3 | 189 | 0,8 | 157 | 1,5 | 346 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 27,1 | 641 | 52,6 | 8 509 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 72,9 | 1 727 | 47,4 | 7 659 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 8,7 | 257 | 15,9 | 3 048 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 42,3 | 1 210 | 37,6 | 6 892 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 28,4 | 812 | 25,2 | 4 625 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 17,5 | 500 | 20,2 | 3 699 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 9,3 | 265 | 13,5 | 2 482 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 2,6 | 73 | 3,4 | 620 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 1,3 | 29 | 7,1 | 1 117 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 70,7 | 1 625 | 58,8 | 9 279 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 1,0 | 22 | 8,3 | 1 305 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 25,8 | 594 | 24,8 | 3 918 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,2 | 28 | 1,1 | 173 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 39,8 | 881 | 30,5 | 4 438 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 16,0 | 198 | 21,6 | 2 366 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 84,0 | 1 042 | 78,4 | 8 566 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|----------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 438 | 1,9 | 849 | 0 | 33 | 0 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Pau | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|------|------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 25,8 | 113 | 36,8 | 8 327 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 27,6 | | 32,9 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 31,5 | 138 | 12,0 | 2 695 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 30,4 | 133 | 31,9 | 7 184 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 18,7 | 82 | 28,6 | 6 443 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 9,6 | 42 | 14,0 | 3 157 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 9,8 | 43 | 13,6 | 3 073 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 87,0 | 381 | 97,5 | 22 038 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 19,4 | 85 | 9,9 | 2 245 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 7,1 | 31 | 8,7 | 1 956 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 42,9 | 188 | 47,8 | 10 804 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 14,4 | 63 | 24,9 | 5 635 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 13,9 | 61 | 3,9 | 870 | 4,0 | 931 |
| Asie | 0,9 | 4 | 3,5 | 781 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 1,4 | 6 | 1,3 | 303 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| France | 13,0 | 57 | 2,5 | 572 | 2,7 | 629 |
| Guinée | 11,9 | 52 | 4,8 | 1 094 | 5,0 | 1 146 |
| Maroc | 9,1 | 40 | 6,1 | 1 388 | 6,2 | 1 428 |
| Afghanistan | 8,7 | 38 | 1,4 | 308 | 1,5 | 346 |
| Soudan | 7,8 | 34 | 0,4 | 82 | 0,5 | 116 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 86,5 | 378 | 48,5 | 8 772 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 13,5 | 59 | 51,5 | 9 327 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 37,7 | 143 | 14,5 | 3 162 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 44,0 | 166 | 38,2 | 7 936 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 22,8 | 86 | 25,7 | 5 351 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 22,8 | 86 | 19,8 | 4 113 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 8,8 | 33 | 13,0 | 2 714 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 1,6 | 6 | 3,3 | 687 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 17,2 | 75 | 6,1 | 1 071 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 69,2 | 301 | 60,1 | 10 603 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 0,7 | 3 | 7,5 | 1 324 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 11,5 | 50 | 25,3 | 4 462 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,4 | 6 | 1,1 | 195 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 6,9 | 30 | 32,4 | 5 289 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 37,6 | 144 | 20,5 | 2 420 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 62,4 | 239 | 79,5 | 9 369 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|-----------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 1 010 | 4,4 | 869 | 87 | 224 | 77 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Rouen | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|-------|------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 28,1 | 284 | 37,0 | 8 156 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 28,2 | | 33,0 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 31,1 | 312 | 11,5 | 2 521 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 31,3 | 314 | 31,8 | 7 003 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 18,7 | 187 | 28,8 | 6 338 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 8,5 | 85 | 14,2 | 3 114 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 10,4 | 104 | 13,7 | 3 012 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 97,7 | 987 | 97,3 | 21 432 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 5,4 | 55 | 10,3 | 2 275 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 2,6 | 26 | 8,9 | 1 961 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 43,3 | 437 | 47,9 | 10 555 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 46,0 | 465 | 23,8 | 5 233 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 1,5 | 15 | 4,2 | 916 | 4,0 | 931 |
| Asie | 1,1 | 11 | 3,5 | 774 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,1 | 1 | 1,4 | 308 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Algérie | 25,6 | 259 | 13,7 | 3 020 | 14,2 | 3 279 |
| Guinée | 17,1 | 173 | 4,4 | 973 | 5,0 | 1 146 |
| Maroc | 10,1 | 102 | 6,0 | 1 326 | 6,2 | 1 428 |
| Tunisie | 9,8 | 99 | 3,3 | 717 | 3,5 | 816 |
| Côte d'Ivoire | 5,4 | 55 | 13,1 | 2 893 | 12,8 | 2 948 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 68,0 | 600 | 48,4 | 8 550 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 32,0 | 283 | 51,6 | 9 103 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 6,2 | 60 | 15,3 | 3 245 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 49,8 | 446 | 37,7 | 7 656 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois – 12 mois [| 21,1 | 189 | 25,9 | 5 248 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an – 3 ans [| 18,3 | 164 | 19,9 | 4 035 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans – 10 ans [| 8,3 | 74 | 13,2 | 2 673 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 2,5 | 22 | 3,3 | 671 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 7,7 | 63 | 6,3 | 1 083 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 60,5 | 493 | 60,3 | 10 411 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 1,1 | 9 | 7,6 | 1 318 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 30,3 | 247 | 24,7 | 4 265 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 0,4 | 3 | 1,1 | 198 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 28,0 | 161 | 31,9 | 5 158 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 10,2 | 53 | 21,5 | 2 511 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 89,8 | 465 | 78,5 | 9 143 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 5 625 | 24,4 | 4 769 | 0 | 2 307 | 3 481 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : Dasem (droit au séjour des étrangers malades), gynécologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Saint-Denis | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|-------------|-------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 33,8 | 1 903 | 37,5 | 6 537 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 32,9 | | 32,8 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 6,1 | 340 | 14,4 | 2 493 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 34,9 | 1 961 | 30,8 | 5 356 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 36,1 | 2 030 | 25,9 | 4 495 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 14,1 | 790 | 13,9 | 2 409 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 8,8 | 497 | 15,1 | 2 619 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 99,6 | 5 603 | 96,5 | 16 816 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 4,8 | 271 | 11,8 | 2 059 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 0,6 | 31 | 11,2 | 1 956 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 68,5 | 3 855 | 41,0 | 7 137 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 10,6 | 599 | 29,3 | 5 099 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 5,6 | 315 | 3,5 | 616 | 4,0 | 931 |
| Asie | 9,2 | 515 | 1,6 | 270 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,7 | 39 | 1,6 | 270 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Côte d'Ivoire | 32,6 | 1 831 | 6,4 | 1 117 | 12,8 | 2 948 |
| Mali | 14,0 | 786 | 3,6 | 632 | 6,2 | 1 418 |
| Cameroun | 7,4 | 418 | 4,1 | 712 | 4,9 | 1 130 |
| Inde | 7,0 | 391 | 0,2 | 33 | 1,8 | 424 |
| Algérie | 6,0 | 339 | 16,9 | 2 940 | 14,2 | 3 279 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 23,6 | 886 | 55,9 | 8 264 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 76,4 | 2 875 | 44,1 | 6 511 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 5,0 | 280 | 18,2 | 3 025 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 36,5 | 1 961 | 38,9 | 6 141 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 27,5 | 1 479 | 25,0 | 3 958 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 20,7 | 1 113 | 19,5 | 3 086 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 12,9 | 691 | 13,0 | 2 056 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 2,5 | 132 | 3,6 | 561 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 1,9 | 72 | 7,5 | 1 074 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 67,9 | 2 527 | 58,3 | 8 377 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 7,8 | 290 | 7,2 | 1 037 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 21,1 | 786 | 25,9 | 3 726 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,2 | 45 | 1,1 | 156 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 45,0 | 1 574 | 28,2 | 3 745 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 7,2 | 150 | 23,9 | 2 414 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 92,8 | 1 925 | 76,1 | 7 683 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|------------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 845 | 3,7 | 1 213 | 188 | 1 065 | 1 423 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, gynécologie, podologie, prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Strasbourg | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|------------|------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 32,8 | 277 | 36,8 | 8 163 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 38,2 | | 32,6 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 8,9 | 75 | 12,5 | 2 758 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 20,2 | 171 | 32,3 | 7 146 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 29,3 | 248 | 28,3 | 6 277 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 16,2 | 137 | 13,8 | 3 062 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 25,3 | 214 | 13,1 | 2 902 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 96,7 | 817 | 97,3 | 21 602 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 17,4 | 146 | 9,8 | 2 184 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 7,2 | 60 | 8,7 | 1 927 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 23,4 | 196 | 48,6 | 10 796 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 49,3 | 414 | 23,8 | 5 284 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 1,5 | 13 | 4,1 | 918 | 4,0 | 931 |
| Asie | 0,4 | 3 | 3,5 | 782 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 0,8 | 7 | 1,4 | 302 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Algérie | 32,1 | 271 | 13,5 | 3 008 | 14,2 | 3 279 |
| Maroc | 14,3 | 121 | 5,9 | 1 307 | 6,2 | 1 428 |
| Cameroun | 6,7 | 57 | 4,8 | 1 073 | 4,9 | 1 130 |
| Sénégal | 4,7 | 40 | 3,4 | 757 | 3,5 | 797 |
| Italie | 4,1 | 35 | 0,8 | 175 | 0,9 | 210 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 48,9 | 352 | 49,4 | 8 798 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 51,1 | 368 | 50,6 | 9 018 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 5,3 | 43 | 15,3 | 3 262 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 32,4 | 254 | 38,5 | 7 848 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 21,6 | 169 | 25,8 | 5 268 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 21,8 | 171 | 19,8 | 4 028 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 19,4 | 152 | 12,7 | 2 595 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 4,8 | 38 | 3,2 | 655 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 7,8 | 57 | 6,3 | 1 089 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 59,8 | 435 | 60,3 | 10 469 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 2,6 | 19 | 7,5 | 1 308 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 27,2 | 198 | 24,8 | 4 314 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 2,5 | 18 | 1,1 | 183 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 37,1 | 255 | 31,5 | 5 064 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 22,8 | 98 | 21,0 | 2 466 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 77,2 | 332 | 79,0 | 9 276 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2019

| Nbre total de patients accueillis (file active) | % de l'ensemble des consultants des Caso | Nbre de consultations | | | |
|--|---|-----------------------|-----------|---------------|--------------|
| | | médicales | dentaires | paramédicales | sociales |
| 971 | 4,2 | 940 | 0 | 59 | 1 254 |

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-Hépatites-IST et tuberculose, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

| | Toulouse | | Autres Caso | | Ensemble des Caso | |
|---|----------|------|-------------|--------|-------------------|--------|
| | % | n | % | n | % | n |
| Genre : Femmes | 37,5 | 364 | 36,6 | 8 076 | 36,6 | 8 440 |
| Âge moyen (années) | | 33,6 | | 32,8 | | 32,8 |
| Classes d'âge | | | | | | |
| < 18 ans | 15,2 | 147 | 12,2 | 2 686 | 12,3 | 2 833 |
| 18-29 ans | 28,9 | 279 | 32,0 | 7 038 | 31,8 | 7 317 |
| 30-39 ans | 21,8 | 211 | 28,7 | 6 314 | 28,4 | 6 525 |
| 40-49 ans | 16,3 | 158 | 13,8 | 3 041 | 13,9 | 3 199 |
| ≥ 50 ans | 17,8 | 172 | 13,4 | 2 944 | 13,6 | 3 116 |
| Ressortissants étrangers | 95,2 | 924 | 97,4 | 21 495 | 97,3 | 22 419 |
| Groupe continental | | | | | | |
| Union européenne (y compris France) | 11,8 | 115 | 10,0 | 2 215 | 10,1 | 2 330 |
| Europe (hors UE) | 13,2 | 128 | 8,4 | 1 859 | 8,6 | 1 987 |
| Afrique subsaharienne | 41,3 | 401 | 48,0 | 10 591 | 47,7 | 10 992 |
| Maghreb | 26,6 | 258 | 24,7 | 5 440 | 24,7 | 5 698 |
| Proche et Moyen-Orient | 1,9 | 18 | 4,1 | 913 | 4,0 | 931 |
| Asie | 3,0 | 29 | 3,4 | 756 | 3,4 | 785 |
| Océanie et Amériques | 2,3 | 22 | 1,3 | 287 | 1,3 | 309 |
| Nationalités les plus représentées | | | | | | |
| Algérie | 18,8 | 183 | 14,0 | 3 096 | 14,2 | 3 279 |
| Guinée | 10,1 | 98 | 4,7 | 1 048 | 5,0 | 1 146 |
| Albanie | 6,6 | 64 | 2,1 | 473 | 2,3 | 537 |
| Nigeria | 6,0 | 58 | 3,6 | 799 | 3,7 | 857 |
| Maroc | 5,8 | 56 | 6,2 | 1 372 | 6,2 | 1 428 |
| Situation au regard du séjour | | | | | | |
| Situation régulière | 74,5 | 621 | 48,2 | 8 529 | 49,4 | 9 150 |
| Situation irrégulière | 25,5 | 212 | 51,8 | 9 174 | 50,6 | 9 386 |
| Demandeurs d'asile ¹ | 30,0 | 267 | 14,3 | 3 038 | 14,9 | 3 305 |
| Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹ | | | | | | |
| < 3 mois | 44,1 | 379 | 38,0 | 7 723 | 38,3 | 8 102 |
| [3 mois - 12 mois [| 24,0 | 206 | 25,7 | 5 231 | 25,7 | 5 437 |
| [1 an - 3 ans [| 13,7 | 118 | 20,1 | 4 081 | 19,8 | 4 199 |
| [3 ans - 10 ans [| 12,8 | 110 | 13,0 | 2 637 | 13,0 | 2 747 |
| ≥ 10 ans | 5,4 | 46 | 3,2 | 647 | 3,3 | 693 |
| Situation vis-à-vis du logement | | | | | | |
| Personnel | 5,8 | 45 | 6,4 | 1 101 | 6,3 | 1 146 |
| Hébergé | 53,4 | 415 | 60,6 | 10 489 | 60,3 | 10 904 |
| Squat ou bidonville | 11,3 | 88 | 7,2 | 1 239 | 7,3 | 1 327 |
| Sans logement ou hébergement d'urgence | 27,7 | 215 | 24,8 | 4 297 | 24,9 | 4 512 |
| Autre situation | 1,8 | 14 | 1,1 | 187 | 1,1 | 201 |
| Besoin d'une domiciliation administrative | 16,7 | 125 | 32,4 | 5 194 | 31,7 | 5 319 |
| Droits à la couverture maladie ² | | | | | | |
| Droits ouverts | 32,0 | 182 | 20,5 | 2 382 | 21,1 | 2 564 |
| Droits non ouverts | 68,0 | 386 | 79,5 | 9 222 | 78,9 | 9 608 |

(1) Parmi l'ensemble des ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

La Direction des opérations France de Médecins du Monde et le CREAI-ORS Occitanie.

COORDINATION

Camille Gutton, Anne Tomasino

(Équipe de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de MdM en France)

ANALYSE DES DONNÉES

Cécile Gaboret – Cheffe de projets, service informatique, Médecins du Monde

Adeline Beaumont – Statisticienne, CREAI-ORS Occitanie

Thibaud Bouillie – Informaticien, CREAI-ORS Occitanie

REMERCIEMENTS

Pour leur contribution écrite

Gillino A. (Encart : « Les conséquences du manque d'hébergement sur les personnes précaires et leur prise en charge par les équipes MdM : témoignage de la coordinatrice du Caso de Nice ») ; **Bret C.** (Partie : « Les mineurs non accompagnés en impasse totale ») ; Encart : « Le fichage des MNA : atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant ») ; **Giannini A. et Tarel J.P** (Encart : « La thérapie communautaire intégrative comme réponse adaptée à l'amélioration du repérage et de la prise en charge de la souffrance psychosociale chez les personnes exilées : exemple de pratique au Caso de Grenoble ») ; **Borghgi G. et Devriendt S.** (Encart : « Des femmes enceintes ou ayant récemment accouché sans solution d'hébergement : un phénomène encore peu connu en France : témoignage de la situation à Nantes ») ; **Bautista O. et Gibert L.** (Encart : « Inclure une approche genre dans les actions menées par l'association en France : exemple de la délégation Midi-Pyrénées de MdM ») ; **Foster H., Lahmidi N. et Merimi H.** (Partie : « Le dépistage et la prévention des maladies infectieuses : un accès encore insuffisant aux dispositifs de prévention ») ; **Ganon-Lecomte F.** (Encarts : « La démarche contentieuse pour défendre l'inconditionnalité de l'accueil en hébergement d'urgence » ; « Création de la complémentaire santé solidaire » ; « Centralisation de l'instruction des demandes d'AME : garantie d'un meilleur traitement des demandes ou durcissement supplémentaire ? ») ; **Fanget D.** (Partie : « Accès à la couverture maladie : de nouvelles attaques en 2019 contre l'AME et les droits à la santé des demandeurs d'asile ») ; Encart : « Transparence des règles du jeu par la Cnam : "Marre du pipeau, on veut les lettres-réseaux !" ») ; **Hornsperger M.** (Partie : « Le cas particulier de l'accès aux soins pour les personnes en lieux d'enfermement : les enjeux autour des permissions et des extractions médicales »).

Pour leur relecture

Aboudaram I., Bouffard P., Bensimon C., Fanget D., Gaboret C., Ganon-Lecomte F., Gillino A., Kartner A., Lamas O., Le Bihan Y., Merimi H., Simonnot N. ; Thevenot C.

Nous souhaitons enfin remercier toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également tous les acteurs des programmes MdM en France qui participent au recueil de données et l'équipe de la Direction des opérations France sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

AVEC LE SOUTIEN

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

ISSN : 1776-2510

Dépôt légal : octobre 2020



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

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

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

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Pauline De Smet

Photos : © Sébastien Duijndam

Impression :
Estimprim

EN COLLABORATION AVEC
