

# OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES  
DE MÉDECINS DU MONDE  
EN FRANCE



RAPPORT  
20  
18







# SOMMAIRE

ÉDITO .....	4
RÉSUMÉ .....	6
GLOSSAIRE .....	12
LES PROGRAMMES DE MDM EN FRANCE EN 2018 .....	15

## CHAPITRE 1 PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES PROGRAMMES EN 2018 ..... 21

<b>1. PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO/CAOA DE MDM .....</b>	<b>22</b>
Une population jeune, confrontée, à des conditions de vie particulièrement difficiles .....	22
Les étrangers en situation irrégulière .....	26
Les demandeurs d'asile .....	28
<b>2. PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES .....</b>	<b>30</b>
Les mineurs .....	30
Travailleuses-eurs du sexe .....	33
Personnes vivant à la rue et en squats/ bidonvilles .....	34
Personnes rencontrées en zones rurales .....	36
<i>Des difficultés territoriales qui génèrent des renoncement aux droits et aux soins .....</i>	<i>37</i>

2

## CHAPITRE 2 ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2018 ..... 39

<b>1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES PROGRAMMES MDM .....</b>	<b>40</b>
<i>« Ma santé 2022 » : pas de mesures concrètes pour les personnes précaires ou éloignées du soin .....</i>	<i>41</i>
<b>2. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO . 45</b>	
<i>Améliorer l'accès au dépistage du cancer-cervico utérin des femmes en situation de précarité :     étude interventionnelle d'évaluation des stratégies de dépistage chez les femmes rencontrées     dans les programmes de MdM .....</i>	<i>46</i>
<b>3. SOUFFRANCE ET TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS DES CASO .....</b>	<b>48</b>
<i>Penser le travail de soutien psychologique avec les contraintes législatives liées au parcours     des exilés .....</i>	<i>50</i>
<i>État des lieux des violences subies pendant le parcours migratoire par les migrants ayant     transité par la Libye, l'Italie et la France .....</i>	<i>52</i>
<b>4. LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION .....</b>	<b>54</b>
<b>5. LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES B ET C, DE LA TUBERCULOSE ET DES IST.....</b>	<b>56</b>
<i>Tuberculose : marqueur majeur des inégalités sociales en santé .....</i>	<i>57</i>

## CHAPITRE 3 L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN 61

<b>1. ÉTAT DES LIEUX DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PERSONNES ACCUEILLIES PAR MDM</b> .....	<b>62</b>
<i>Les permanences d'accès aux soins de santé : des dispositifs à harmoniser et à renforcer</i> .....	64
<i>Des pratiques discriminatoires de refus de soins qui perdurent</i> .....	66
<b>2. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES REÇUES PAR MDM</b> .....	<b>67</b>
Une complexité des démarches, renforcée par des dysfonctionnements et des pratiques abusives ....	67
<i>Mettre fin à l'instrumentalisation politique qui menace l'Aide médicale de l'État (AME)</i> .....	69
<i>Un accès au système de santé difficile pour les personnes vivant en squats et bidonvilles</i> .....	71
Des difficultés financières d'accès aux soins évoquées par près de 1 patient sur 5.....	73
<i>Prix et accès aux médicaments : contre les abus de brevets et pour un accès à la santé pour tous</i> .....	73
La barrière linguistique : un obstacle à une prise en charge de qualité.....	74

## CHAPITRE 4 DES POLITIQUES ATTENDUES POUR GARANTIR LE RESPECT DES DROITS HUMAINS 77

<b>1. DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES QUI IMPACTENT LA SANTÉ</b> .....	<b>78</b>
<i>La résorption des bidonvilles : un plan national, des attentes fortes des acteurs de terrain</i> .....	79
<i>Les exilés à Paris condamnés à la vie à la rue</i> .....	82
<b>2. LES POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ MINÉES PAR LES LOGIQUES RÉPRESSIVES ET CIBLÉES</b> .....	<b>84</b>
Un politique de non-accueil des personnes exilées .....	84
Enfants et adolescents non accompagnés : des jeunes en danger et maltraités.....	88
<i>Le fichage : une atteinte aux droits de l'enfant</i> .....	91
Travailleuses-eurs du sexe : quels constats, trois ans après l'adoption de la loi de 2016 ?.....	92
<i>Des professionnels de santé alertent sur l'impact négatif de la loi sur la pénalisation des clients</i> .....	93
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	96
ANNEXES .....	101

# ÉDITO

Ce dix-neuvième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins s'inscrit dans un contexte d'augmentation de la précarité et des inégalités dans notre pays.

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) sont en première ligne pour dénoncer et témoigner de cette remise en cause de l'accès aux droits et aux soins pour les personnes vulnérables. De Saint-Denis à Montpellier, de La Guyane à Mayotte en passant par les Combrailles et Strasbourg, les constats sont identiques et alarmants. Le nombre de familles à la rue augmente. Les expulsions des lieux de vie sont en hausse sans solution pérenne de relogement. L'errance des personnes exilées gagne du terrain. L'isolement fragilise toujours plus les personnes en situation de précarité. À chaque fois, les mauvaises conditions de vie de ces personnes ont pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

Le logement est un véritable marqueur de précarité. Les politiques d'accès au logement mises en place par les gouvernements successifs ne répondent pas aux besoins. Les dispositifs d'hébergement de réinsertion sociale, d'urgence ou bien encore d'accueil des demandeurs d'asile sont insuffisants malgré l'augmentation du nombre de places en 2018. La question même de l'inconditionnalité de l'accueil d'urgence est posée, mais celle-ci ne semble pas être une priorité de nos dirigeants.

Les campements insalubres sont un exemple dramatique des conditions de vie indignes. Ces lieux de vie sont l'illustration de la politique de non-accueil des populations exilées mise en place par les autorités françaises et européennes. Cette politique assumée de non-respect des droits des personnes se décline aux frontières avec

l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni mais aussi sur d'autres parties du territoire. Elle a un impact direct sur la santé des personnes, qu'il s'agisse des conséquences immédiates liées aux passages de frontières de plus en plus dangereux occasionnant des blessures et dans certains cas des décès ou des effets à plus long terme avec les conséquences physiques et psychologiques de cette errance imposée.

2018 aura aussi été marquée par un niveau de tensions sociales extrêmes. Ces dernières se traduisent par l'épuisement généralisé des soignants sur notre territoire, principalement en milieu hospitalier et aux urgences, détériorant ainsi l'accès aux soins des plus fragiles. Les causes sont connues : la contrainte budgétaire, les fermetures de lits et de services, le management industriel, le manque d'effectifs, la concurrence inégale avec les cliniques privées qui laissent à l'hôpital la gestion des pathologies lourdes et chroniques et la prise en charge des situations de détresse sociale.

Ce sentiment d'abandon et ces situations de précarité et d'isolement se retrouvent en dehors des grandes villes, dans des zones rurales comme les Combrailles en Auvergne ou la Haute vallée de l'Aude en Occitanie. Dans ces endroits, le désengagement progressif de certains services publics rend plus difficile l'accès aux droits et aux soins.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté adoptée en septembre 2018 et à laquelle nous avons contribué avec d'autres acteurs de la société civile aurait pu être une première réponse pour améliorer l'accès aux soins et aux droits des populations les plus

précaires, mais à ce stade les avancées restent marginales. Nous constatons que les conditions de vie de ces personnes se sont globalement dégradées depuis le début du quinquennat. Il est donc impératif d'opérer un changement de cap.

Globalement, nous constatons que les politiques publiques ne sont pas à la hauteur des enjeux, voire ne sont pas une priorité du gouvernement ; en témoigne la volonté de nos dirigeants de remettre en cause l'universalité de l'accès à la santé. Si la fusion de l'aide complémentaire santé (ACS) avec la CMU-c annoncée par le plan pauvreté et mise en œuvre en novembre 2019 est une avancée pour lutter contre le non-recours aux soins, les menaces récurrentes contre l'Aide médicale de l'État (AME) – qui garantit l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière – est le reflet d'une instrumentalisation des enjeux de santé au service d'autres politiques et notamment d'une politique migratoire répressive. Le durcissement de l'accès à l'assurance maladie pour les étrangers en situation irrégulière remet en cause un système de santé inclusif. Il est temps que nos responsables politiques prennent la mesure de l'importance de pérenniser un système de santé sans entrave.

Nous espérons que les éléments contenus dans ce rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins permettront une inflexion des politiques régressives à l'égard des populations les plus fragiles.

**Yannick Le Bihan**  
**Directeur des Opérations France**  
**Médecins du Monde**

# RÉSUMÉ

➤ **En 2018, Médecins du Monde (MdM) compte 62 programmes 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 assurer la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.**

## LES PERSONNES RENCONTRÉES AU SEIN DES PROGRAMMES DE MDM

**En 2018, 24 072 personnes ont été accueillies dans les Caso de MdM.** Dans plus de 80 % des cas, les personnes se rendent pour la première fois dans les Caso pour des besoins en santé et un tiers d'entre elles s'adressent à MdM pour bénéficier d'un accompagnement social, juridique ou administratif.

Les personnes rencontrées sont dans 64,2 % des cas des hommes. Il s'agit d'une population relativement jeune (47 % des personnes ont entre 18 et 34 ans) et en très grande majorité de nationalité étrangère (97,3 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines des personnes reçues avec 147 nationalités représentées. Les personnes reçues sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (49,8 %), du Maghreb (23,5 %) et de l'Union européenne (10,2 %).

**Près de 62 % des personnes accueillies, en 2018, dans les Caso sont en situation irrégulière au regard du séjour.**

En outre, plus d'un tiers, des étrangers en situation régulière sont en situation administrative précaire dans la mesure où ils ne disposent que d'un titre de séjour de moins de six mois et peuvent basculer rapidement dans l'irrégularité.

**En 2018, 3 342 demandeurs d'asile ont été reçus dans les Caso, soit 14,1 % de la file active totale.** Plus de la moitié des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne et près d'un quart d'Europe (hors UE). En théorie, ils doivent pouvoir bénéficier de l'assurance maladie et ce, sans durée préalable de séjour<sup>1</sup>. Cependant l'accès aux droits demeure compliqué et les demandeurs d'asile rencontrent de nombreux freins comme la complexité des démarches administratives, la barrière linguistique ou encore la méconnaissance des droits et des structures de soins : ainsi seuls 18 % des demandeurs d'asile ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus dans les Caso pour la première fois.

Par ailleurs, les équipes de MdM continuent de constater des dysfonctionnements majeurs dans les capacités d'accueil des demandeurs d'asile qui ne sont pas épargnés

par les problèmes de logement bien qu'ils puissent en théorie bénéficier d'un dispositif d'hébergement. Ainsi, seuls 19,9 % ont déclaré être hébergés par un organisme ou une association et 49,4 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour de leur première visite au Caso. Les dispositifs d'hébergement dédiés aux demandeurs d'asile sont aujourd'hui tellement saturés que même les familles accompagnées d'enfants ne sont plus hébergées.

**La part des mineurs reçus dans les Caso a augmenté progressivement au cours des dix dernières années. En 2018, 3 564 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 14,8 % de la file active totale.**

Plus de deux tiers (71,3 %) des mineurs reçus sont des garçons et l'âge moyen des mineurs s'élève à 10,9 ans. Les mineurs sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (54,5 %), notamment de Guinée (17,7 %) et de Côte d'Ivoire (13,7 %). 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 dans les Caso sont très difficiles : 31 % sont sans domicile fixe et 8 % vivent dans un squat ou dans un bidonville. Tous les mineurs présents en France peuvent théoriquement disposer d'une couverture maladie (AME ou PUMa) sans condition de durée de séjour. Cependant, en pratique, seulement 7,2 % des mineurs sont couverts.

**Dans les zones rurales,** les premières personnes impactées par la diminution de l'offre de services publics mais aussi la dématérialisation des procédures administratives sont les plus précaires ; ceux qui bien souvent n'ont pas les moyens de se déplacer pour des raisons économiques, professionnelles ou matérielles. En 2018, par le biais d'une démarche de médiation en santé, 374 personnes ont été prises en charge, 178 dans les Combrailles et 196 dans la Haute vallée de l'Aude. La majorité des personnes rencontrées ont plus de 50 ans, sont de nationalité française et sans activité professionnelle. Dans les Combrailles, plus d'une personne sur deux est en situation de très grande précarité au sens du score Épices<sup>2</sup>.

(1) Les demandeurs d'asile en procédure Dublin ont droit comme tout demandeur d'asile à l'assurance maladie et à la complémentaire CMU s'ils ont des ressources inférieures au plafond.

(2) Le score Épices est un indicateur individuel de précarité, construit en 1998, qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité. Il se base sur 11 questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) [CETAF 2005].



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

En 2018, 15 025 personnes ont été reçues dans les Caso par un médecin généraliste et 22 092 consultations de médecine générale ont été réalisées. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif (24,3 %), ostéoarticulaire (20,1 %) et respiratoire (19,7 %).

Force est de constater que plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique selon le diagnostic des médecins. Or, les conditions de vie de ces personnes sont souvent peu compatibles avec l'observance aux traitements et/ou une continuité des soins. Ceci pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi l'ensemble des personnes reçues en consultation médicale, près de la moitié n'avait ni suivi, ni traité le problème de santé avant leur première visite au Caso.

**>> La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>3</sup>, qui reprend en partie la stratégie "Ma santé 2022" (publiée en juillet 2019) et la stratégie de lutte contre la pauvreté (annoncée en septembre 2018) n'ont pas apporté de mesures concrètes pour défendre l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. MdM continue de se mobiliser, en lien étroit avec des partenaires associatifs, afin que la lutte contre les inégalités sociales de santé soit véritablement prise en compte dans l'évolution du système de santé français.**

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

**Une pathologie psychique ou psychiatrique a été diagnostiquée chez près de 9 % des patients reçus en consultation de médecine générale en 2018 ;** un chiffre très probablement sous-estimé dans la mesure où ces troubles sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé.

Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs. Les patients victimes de violences, demandeurs d'asile ou les personnes seules ou vivant à la rue ont une prévalence plus élevée de troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique. De plus, 12 % des

mineurs non accompagnés (MNA) sont concernés par des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique. L'accès aux soins de santé mentale pour les étrangers en situation précaire est particulièrement difficile. Le manque de structures et de moyens alloués à la psychiatrie publique en France et les obstacles tels que la barrière linguistique, l'absence de protection maladie, le contexte de précarité sociale et/ou administrative rendent complexe l'inscription de ces populations dans une prise en charge de long terme.

**>> MdM milite pour mettre en place un accueil respectant les droits fondamentaux des personnes, dont leur sécurité et leur intégrité physique et psychique.**

**>> MdM demande à développer, pour une meilleure prise en charge des 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 santé (LHSS)...) doivent être renforcés et leur offre de soins adaptée aux populations précaires et migrantes avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel.**

7

### UN ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES LIMITÉ POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

En 2018, 4720 femmes de 15 ans ou plus ont été reçues en consultation médicale avec un médecin généraliste et 343 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 apparaît peu fréquente puisque seules 11,2 % en ont déclaré une et que seules 7,2 % des femmes qui n'en ont pas en souhaiteraient par ailleurs une. De plus, 81 % 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 2018, 12,4 % des femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Parmi ces femmes, 5,6 % étaient mineures, soit deux fois plus qu'en population générale pour les moins de 20 ans.

(3) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

**La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. En effet, 42,3 % des femmes enceintes reçues dans les Caso présentent un retard de suivi de grossesse et seulement 46,7 % ont eu accès à des soins prénataux au cours de la grossesse.**

**>> Mdm demande une amélioration de l'information et de la formation en santé sexuelle et reproductive, de l'offre générale, ainsi qu'un renforcement et une adaptation de l'offre de santé sexuelle notamment pour les femmes en situation de migration ou de précarité.**

Au regard des recommandations de santé publique, les taux de vaccination des personnes reçues sont trop faibles alors même que les obligations françaises de vaccination ont été renforcées en 2018. Près de 30 % des enfants de 15 ans ou moins reçus pour la première fois au Caso ne sont pas à jour dans les vaccins Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) et près de 40 % dans les vaccins contre la coqueluche et le ROR (rougeole, rubéole, oreillons). Les mineurs non accompagnés sont encore moins vaccinés que les autres enfants du même âge reçus au Caso. De plus, ces taux de vaccination sont encore plus faibles pour les patients de plus de 15 ans. Près de la moitié d'entre eux ne sont pas vaccinés contre le DTP et plus de deux tiers contre la coqueluche, le ROR et l'hépatite B. Les résultats mettent en évidence l'impact des conditions de vie sur le taux de vaccination : les personnes vivant dans les conditions de logement les plus précaires présentent les taux de vaccination les plus faibles.

En 2018, près de 2 000 personnes ont bénéficié de consultations individuelles dédiées de prévention et plus de 1 600 personnes ont bénéficié de séances collectives. Par ailleurs, 2 198 tests rapides d'orientation diagnostique (TroD VIH et TroD VHC) ont été réalisés dans les Caso et les programmes mobiles. Les conditions de vie et l'absence de couverture maladie constituent des premiers obstacles au dépistage pour ces populations, qui ont bien souvent d'autres priorités à gérer que leur santé. Parmi les personnes reçues en consultation de médecine générale dans les Caso, seules 34 % ont été interrogées sur les dépistages sérologiques pour les hépatites et le VIH au cours de leur vie. Parmi elles, 41,4 % connaissaient leur statut sérologique pour les hépatites et 27,9 % pour le VIH. Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso.

**>> Mdm milite pour un renforcement des structures de proximité telles que les PMI et pour le développement d'actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire (campagne de rattrapage vaccinal, action en cas de risque épidémique, etc.).**

**>> 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.**

## LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La Protection universelle maladie (PUMA) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et remplace ainsi la CMU de base. La réforme de 2016 a certes poursuivi des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime) mais elle a maintenu, à côté d'un droit à l'assurance maladie pour tous, un dispositif d'Aide médicale de l'État (AME) réservé aux seuls étrangers démunis et en situation irrégulière. **En 2018, la très large majorité du public accueilli dans les Caso n'a pas de couverture maladie.** En effet, seules 14,2 % des personnes disposent d'une couverture maladie, quelle que soit leur situation administrative, lorsqu'elles viennent pour la première fois au Caso ; alors même que 7 personnes sur 10 relèveraient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative. Enfin, 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 trois mois à démontrer depuis 2005 pour pouvoir bénéficier de l'AME.

**>> Mdm milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, et ce quelle que soit leur situation administrative.**

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

Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les obstacles les plus fréquemment cités par les patients reçus dans les Caso. S'ajoutent à cela des dysfonctionnements et des pratiques abusives des administrations (demandes de documents injustifiées, refus d'adresse déclarative, politiques restrictives d'accès la domiciliation, etc.). **Un tiers des personnes de 16 ans et plus reçues dans les Caso ont besoin d'une domiciliation administrative pour accéder à leurs droits.** On constate un désengagement des services publics et une non-application fréquente du droit et des procédures par le secteur institutionnel. Par ailleurs, la dématérialisation des services publics constitue une véritable barrière à l'accès aux soins pour un certain nombre de personnes, en particulier celles ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les usages d'Internet.

Ces obstacles sont dénoncés depuis de nombreuses années par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité et ont été confirmés par le Défenseur des droits qui rappelle qu'1 personne sur 5 en France éprouve

des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes. **Par ailleurs, 16 % des personnes reçues évoquent des barrières linguistiques et 15 % des difficultés financières pour accéder aux soins.** La diversité des origines des personnes accueillies dans les Caso se traduit par la nécessité de recourir à un interprète pour plus de 3 personnes sur 10.

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 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.**

**>> Mdm appelle à ce que les efforts soit poursuivis afin de développer l'accès et le recours à l'interprétariat dans l'ensemble des structures médicosociales, afin 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.**

**>> Mdm maintient sa demande d'augmentation du seuil d'attribution de la Complémentaire santé solidaire gratuite (fusion CMU-c et ACS) au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.**

**>> Mdm appelle à poursuivre l'ouverture des Pass en France et à consolider ce dispositif afin de faciliter l'accès aux soins à toute personne en situation de précarité et suggère le déploiement plus important de Pass mobiles.**

**>> Mdm salue les objectifs affichés par l'Assurance maladie sur la lutte contre le non-recours et les ruptures de droit, mais souligne sa tendance à déléguer à d'autres structures une partie de ses missions. Mdm souhaite réaffirmer que l'ouverture des droits constitue une mission de service public de l'Assurance maladie, qui implique un accueil physique des personnes ainsi qu'un accompagnement matériel à la constitution administrative des dossiers.**

## **DES POLITIQUES ATTENDUES POUR GARANTIR LE RESPECT DES DROITS HUMAINS**

### **DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES QUI IMPACTENT LA SANTÉ**

L'état des conditions de vie des personnes rencontrées est une préoccupation majeure des équipes de Mdm qui tentent de trouver des solutions à l'absence d'éléments aussi nécessaires que la santé, l'hébergement ou la nourriture à travers des consultations socio-médicales et le travail d'orientation

vers les structures adéquates. Les personnes rencontrées par Mdm cumulent souvent des facteurs communs de vulnérabilité : vie à la rue ou dans des habitats précaires, manque de maîtrise de la langue, isolement social et familial, errance, épuisement et contrainte souvent violente de quitter les lieux où ils s'arrêtent régulièrement.

Le logement est un marqueur de précarité et force est de constater que la situation est toujours alarmante : 4 millions de personnes restent mal logées ou privées de domicile et parmi elles, 143 000 personnes sont sans domicile fixe (personne sans abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou hébergées dans un logement associatif) [FAP, 2019].

Depuis près de trente ans, Mdm mène des actions spécifiques auprès des personnes sans domicile fixe et des personnes vivant en bidonville. En 2018, 12 400 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 2 400 personnes ont bénéficié des interventions de Mdm en bidonville ; plus de 5 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso. Les conditions de logement sont particulièrement difficiles pour la quasi-totalité des patients reçus dans les Caso puisque seuls 6,3 % d'entre eux disposent d'un logement personnel lorsqu'ils se présentent pour la première fois au Caso. 6 personnes sur 10 sont hébergées, en majorité par de la famille ou des amis, et 6 % vivent en squat ou bidonville. Enfin, plus d'un quart des personnes sont sans domicile fixe.

En 2017, la crise de l'hébergement d'urgence était déjà profonde. En 2018, elle s'est aggravée, et les associations n'ont cessé d'alerter sur la situation catastrophique des personnes qu'elles accompagnent. Face aux grandes difficultés pour joindre le 115 ou obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins, beaucoup se découragent et renoncent même à y avoir recours. Le mal-logement a des conséquences lourdes sur la santé et l'accès aux soins des personnes vivant à la rue et en bidonville car il entraîne des difficultés de suivi de traitement, une impossibilité d'accès à certaines structures exigeant une domiciliation, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux mais aussi une incapacité à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs. De plus, les personnes vivant dans les bidonvilles vivent dans l'angoisse permanente des expulsions, qui rendent impossible toute inscription dans un parcours de long terme en matière de soins, d'insertion et de scolarité.

**>> Mdm milite pour une approche globale incluant le logement, la santé, l'insertion par le travail, politiquement portée, notamment par le nouveau plan pauvreté.**

**>> Mdm rappelle que l'inconditionnalité de l'accueil doit rester au cœur de l'action sociale, pour que les personnes sans abri aient un accès effectif à un toit.**

**>> Mdm milite pour un renforcement des dispositifs spécifiques que sont les Lits halte soins santé (LHSS), les Lits d'accueil médicalisés (LAM) et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour permettre aux personnes en grande précarité d'être hébergées dans des conditions compatibles avec leur état de santé.**

**>> MdM demande l'accès au logement digne, stable et adapté des personnes vivant actuellement en bidonvilles, et le déploiement d'un accompagnement global dans la lignée de l'instruction interministérielle du 25 janvier 2018 dont l'objectif affiché est la résorption des bidonvilles. MdM demande, à défaut, l'établissement de conditions de vie et d'hygiène dignes, ne mettant pas en danger la santé des personnes : l'accès à l'eau, aux sanitaires et le ramassage régulier des ordures sont des préalables indispensables.**

**>> MdM appelle à prioriser la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (gale, rougeole, coqueluche, IST, tuberculose, etc.), y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur le terrain. La santé publique doit nécessairement primer sur l'impératif d'expulsion.**

**>> MdM demande la révision du dispositif spécifique visant les ressortissants européens inactifs (CREIC) qui ralentit aujourd'hui considérablement l'ouverture des droits et donc l'accès effectif au parcours de soins.**

## LES POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ MINÉES PAR LES LOGIQUES RÉPRESSIVES ET CIBLÉES

### L'accueil des populations en situation de grande précarité en France

Comme redouté par les équipes de MdM, la loi « asile et immigration » de 2018 réforme un certain nombre d'éléments relatifs au séjour des étrangers et s'axe principalement sur une multiplication des mesures coercitives, une réduction des garanties procédurales, une optimisation de l'éloignement et une augmentation des dispositions restreignant l'entrée sur le territoire français et le séjour dans des conditions dignes<sup>4</sup>. Loin de proposer une amélioration des conditions d'accueil, le texte se concentre sur le schéma national de répartition des demandeurs d'asile et prévoit de nombreux cas de retrait des conditions matérielles d'accueil en cas de non-respect des orientations en région proposées aux demandeurs d'asile. Les mesures comme la revalorisation de l'allocation aux demandeurs d'asile, l'homogénéisation des structures d'hébergements (CAO, CAES, CADA, etc.) ou encore l'amélioration de la qualité dans l'accompagnement – juridico-social notamment – n'ont pas vu le jour dans la loi « asile et immigration ».

Les équipes MdM présentes depuis plus de trente ans en France constatent une aggravation des conditions de vie et de santé des exilés avec une augmentation des espaces d'indignité dans toutes les métropoles françaises. À Grande-Synthe, Calais, Paris, chacun voit campements, squats d'exilés s'organiser et se faire expulser plaçant ainsi les personnes dans une logique de survie. Le juge administratif apparaît comme l'un des leviers utilisés par les associations pour rappeler à l'État et aux collectivités leurs obligations

en matière de respect des droits fondamentaux et pour dénoncer les conditions dans lesquelles les personnes exilées sont maintenues : pas d'accès à l'eau, à des sanitaires et pas d'information sur l'asile.

**>> MdM demande l'ouverture de voies d'accès sûres et légales en Europe et dénonce les politiques migratoires répressives et hostiles à l'accueil des exilés ainsi que toutes les formes de violences qui en résultent.**

**>> MdM demande la création de lieux d'accueil réellement inconditionnel et hospitalier répartis sur le territoire afin que les exilés à la recherche d'un refuge cessent d'en être réduits à la vie à la rue, dans un dénuement total.**

**>> MdM milite pour un devoir d'information, d'aide et d'accompagnement des personnes dans leurs démarches, en tenant compte de leur projet de vie en Europe.**

### Enfants et adolescents non accompagnés : des jeunes en danger et maltraités

En Europe, les enfants représentent un tiers des personnes exilées. Parmi ces mineurs exilés, certains sont seuls, sans parent ou tuteur légal : ce sont les mineurs isolés (MIE) ou non accompagnés (MNA), Plus de 1800 MNA ont été accueillis en 2018<sup>5</sup> dans les programmes MdM. **Si le cadre législatif français prévoit que tout mineur en danger, français ou étranger, bénéficie des dispositifs de la protection de l'enfance, 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. Ces pratiques d'évaluation se révèlent être des sources de traumatismes additionnels pour un public déjà fragilisé, en situation d'errance et surexposé à des risques d'exploitation et de violence. De plus, la création d'un fichier biométrique pour les enfants et adolescents non accompagnés par la loi « asile et immigration » a transformé la protection de l'enfance en un véritable instrument de lutte contre l'immigration irrégulière et persiste à considérer les enfants et adolescents non accompagnés comme des migrants et de potentiels fraudeurs.

**>> Le système actuel dit « d'accueil » de ces jeunes remet en cause les exigences de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant, spécifiés dans de nombreux engagements internationaux.**

**>> MdM plaide depuis plusieurs années pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil pour permettre à tous ceux qui sollicitent une protection en tant que mineurs non accompagnés de bénéficier d'une protection immédiate, d'un hébergement digne,**

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

(5) Il s'agit du nombre de MNA accueillis dans les Caso de MdM, ainsi que sur les programmes dédiés aux MNA de Paris, Nantes, Caen et Rouen.

**en sécurité, d'un temps de répit dans un environnement protecteur, bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène suffisantes, d'une information sur leurs droits et d'un accès à la santé immédiat. L'évaluation de la situation doit être faite de la manière la plus objective possible, en respectant la présomption de minorité et l'intérêt supérieur de l'enfant.**

**Il est essentiel de défendre les enjeux de santé et les droits des TdS, de lutter véritablement contre les violences, l'exploitation et la traite des êtres humains dans une approche pragmatique et non idéologique et en s'appuyant sur la parole et les besoins des personnes concernées elles-mêmes.**

### **Travailleuses-eurs du sexe : quels constats, trois ans après l'adoption de la loi de 2016 ?<sup>6</sup>**

Le travail du sexe recoupe des réalités très diverses (travail de rue ou en intérieur, régulier ou occasionnel, de façon contrainte ou autonome, dans des conditions plus ou moins précaires...) qui rendent particulièrement difficile l'estimation du nombre de personnes pouvant être concernées. Les seules données disponibles proviennent des autorités en charge de la sécurité publique et de la lutte contre la traite des êtres humains et ne reflètent pas l'ensemble de la situation. Il est donc difficile de donner des chiffres qui rendent compte de la réalité. En 2018, les équipes MdM ont réalisé 15 888 contacts auprès de 1 345 travailleuses-eurs du sexe (TdS).

La loi du 13 avril 2016 a abrogé le délit de racolage public, mis en place un parcours de sortie de prostitution et instauré un volet répressif avec la pénalisation des clients de TdS. Selon une enquête de 2018 menée par deux chercheurs, en coopération étroite avec un réseau d'associations de terrain dont MdM, **63 % des TdS ont connu une détérioration de leurs conditions de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % ont été confrontés à une diminution de leurs revenus** [Le Bail 2018]. L'ensemble de ces résultats a été confirmé un an plus tard par la même équipe de recherche qui a poursuivi, en mars 2019, ce travail d'analyse sur l'impact de la loi [Le Bail, 2019].

Deux ans après le vote de la loi, 22 associations et 30 TdS se sont engagés devant le Conseil constitutionnel afin de faire déclarer la loi de 2016 contraire à la Constitution française. Le Conseil constitutionnel s'est prononcé, début 2019, pour le maintien de la pénalisation des clients qui constitue pourtant une atteinte à la santé, à la sécurité et aux droits des TdS, quel que soit leur degré d'autonomie dans leur activité. Ainsi, les associations regrettent que l'opportunité d'abroger cette mesure, qui avait été rejetée par le Sénat en 2016 et fermement contestée par la CNCDDH, le DDD et par près de 150 professionnels de santé dans une tribune, n'ait pas été saisie.

**>> MdM rappelle qu'une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des TdS.**

**>> MdM, aux côtés des associations mobilisées avec et pour les droits des TdS, appelle les décideurs politiques à revenir sur ces dispositions législatives inadaptées.**

(6) Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

# GLOSSAIRE

<b>ACS</b>	Aide à la complémentaire santé	<b>Clat</b>	Centre de lutte antituberculeuse
<b>ACT</b>	Appartement de coordination thérapeutique	<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>ADA</b>	Allocation pour demandeur d'asile	<b>CMPP</b>	Centre médico-psycho-pédagogique
<b>AEM</b>	Appui à l'évaluation de la minorité	<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>AME</b>	Aide médicale de l'État	<b>CMUc</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>ANRS</b>	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales	<b>Cnam</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé	<b>Cnamts</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>Ase</b>	Aide sociale à l'enfance	<b>CNCDH</b>	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
<b>Atsa</b>	Accueil temporaire service de l'asile	<b>CNDA</b>	Cour nationale du droit d'asile
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin	<b>CNDH</b>	Collectif national droits de l'homme Romeurope
<b>Cada</b>	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	<b>Romeurope</b>	
<b>CAES</b>	Centres d'accueil et d'examen de la situation	<b>CNLE</b>	Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
<b>CAO</b>	Centre d'accueil et d'orientation	<b>CNS</b>	Conseil national du sida et des hépatites virales
<b>Caoa</b>	Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement	<b>Cpam</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles	<b>CREIC</b>	Centre des ressortissants européens inactifs CMUistes
<b>Caso</b>	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	<b>DDD</b>	Défenseur des droits
<b>CAU</b>	Collectif des associations unies	<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale	<b>Dihal</b>	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
<b>CCU</b>	Cancer du col de l'utérus	<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>CeGIDD</b>	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	<b>DTP</b>	Diptérie, tétanos, poliomyélite
<b>CESE</b>	Conseil économique, social et environnemental	<b>EMPP</b>	Équipe mobile psychiatrie-précarité
<b>Ceseda</b>	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	<b>FAP</b>	Fondation Abbé-Pierre
<b>CFDA</b>	Coordination française pour le droit d'asile	<b>Fas</b>	Fédération des acteurs de la solidarité
<b>CHU</b>	Centre d'hébergement d'urgence	<b>FSUV</b>	Fonds pour les soins urgents et vitaux
<b>CISP</b>	Classification internationale des soins primaires	<b>HAS</b>	Haute autorité de santé

<b>HCE</b>	Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes	<b>Pass</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la santé publique	<b>PLFSS</b>	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
<b>Huda</b>	Hébergement d'urgence demandeurs d'asile	<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales	<b>Prahda</b>	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile
<b>IGF</b>	Inspection générale des finances	<b>PUMa</b>	Protection universelle maladie
<b>Inca</b>	Institut national du cancer	<b>RdR</b>	Réduction des risques
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques	<b>ROR</b>	Rougeole-oreillons-rubéole
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible	<b>SIAO</b>	Services intégrés d'accueil et d'orientation
<b>LAM</b>	Lits d'accueil médicalisés	<b>Strass</b>	Syndicat du travail sexuel
<b>LDH</b>	Ligue des droits de l'Homme	<b>TdS</b>	Travailleuses-eurs du sexe
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la Sécurité sociale	<b>Trod</b>	Test rapide d'orientation diagnostique
<b>LHSS</b>	Lits halte soins santé	<b>UE</b>	Union européenne
<b>MdM</b>	Médecins du Monde	<b>UNHCR</b>	Agence des Nations unies pour les réfugiés
<b>MIE</b>	Mineur isolé étranger	<b>Unicef</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>MNA</b>	Mineur non accompagné	<b>Uniopss</b>	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
<b>ODSE</b>	Observatoire du droit à la santé des étrangers	<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>OFDT</b>	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>Ofii</b>	Office français de l'immigration et de l'intégration	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>Ofpra</b>	Office français de protection des réfugiés et apatrides		
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé		
<b>ONDAM</b>	Objectif national de dépenses d'assurance maladie		
<b>ONU</b>	Organisation des Nations unies		
<b>OQTF</b>	Obligation de quitter le territoire français		
<b>Pada</b>	Plateforme d'accueil pour les demandeurs d'asile		







**LES PROGRAMMES  
FRANCE**  
EN 2018

---

# LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2018

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 six mois et d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion.

Plus de trente ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et 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'actions mobiles de proximité.

**En 2018, Médecins du Monde France mène 62 programmes répartis sur 33 sites en métropole et dans les départements d'outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.**

## 15 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA)

Les **Caso/Caoa** offrent un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux droits et aux soins en France. Ce sont des structures de facilitation de recours aux soins, à la prévention et d'accès aux droits 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 consulter 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 de médecine générale, des conseils de prévention sur les maladies infectieuses et chroniques et des dépistages. 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 également être proposée.

## 2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONE RURALE

MdM développe deux 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.

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

MdM développe, depuis 2015, à Lille, un programme d'accès aux soins et aux droits dans une démarche de promotion de la santé en s'attachant notamment à augmenter les capacités individuelles et collectives des habitants en matière d'éducation et de prévention à la santé.

## 23 PROGRAMMES EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET MAL-LOGÉES

MdM assure des consultations médico-sociales au plus près des personnes vulnérables dans leur lieu de vie : dans la rue, dans des centres d'hébergement d'urgence et en partenariat avec d'autres associations. À partir de sa mobilisation sur le terrain, l'association témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal-logement. Par ailleurs, MdM assure auprès des populations vivant en bidonvilles une veille sanitaire, oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions de vie dans les campements informels (accès à l'eau potable, gestion des déchets, etc.).

**En 2018, MdM mène 7 programmes auprès des personnes isolées à la rue, 6 programmes d'intervention spécifique (réduction des risques socio-sanitaires des personnes, médiation en santé, etc.) et 10 auprès des personnes en bidonvilles ou squats.**

## 2 PROGRAMMES EN MILIEU CARCÉRAL

Depuis 2014, MdM intervient **en milieu carcéral** pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes. À Marseille, **MdM développe également un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue** présentant des troubles psychiatriques sévères (Aïlsi).

## 4 PROGRAMMES MIGRATIONS, EXIL, DROIT ET SANTÉ

MdM mène **4 programmes auprès des migrants** : à la frontière franco-italienne, à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais/Dunkerque et près de Marseille (à la Fare-les-Oliviers). Début 2017, une coordination<sup>7</sup> de plusieurs associations s'est également mise en place, avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour mieux riposter contre les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes à la frontière franco-italienne.

(7) Il s'agit de la coordination des actions à la frontière franco-italienne (Caffim) auprès des migrants qui est composée des associations suivantes : Amnesty International France, La Cimade, MSF France, Secours Catholique et MdM France.

## 1 PROGRAMME EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

En plus des activités de routine au sein de consultations médicales et de prévention en santé sexuelle et reproductive (SSR), un **programme de prévention du cancer du col de l'utérus (CCU)** a également été initié en 2016. En 2018, 7 programmes (Caso/Caoa, Squats, Travailleuses-eurs du sexe) à Bordeaux, Lyon, Paris et Rouen ont travaillé avec 23 centres (PMI, CPEF, CMS et médecin de ville) et un laboratoire partenaires.

**Le projet de recherche interventionnelle mené en partenariat avec l'Institut national du cancer a été mis en œuvre jusqu'en décembre 2018.** L'objectif était d'améliorer l'accès au dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus, de renforcer les connaissances des femmes reçues par la mise en place de consultations de prévention dédiées, associées ou non à la proposition d'un auto-prélèvement vaginal (APV) ou la réalisation d'un test de détection de papillomavirus humain (HPV) et une éventuelle orientation pour la réalisation d'un frottis cervico-utéro (FCU) vers les structures de droit commun partenaires.

## 7 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES

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 réduction des risques (RdR) et SSR, à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun, à promouvoir l'implication communautaire au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour. **Un projet spécifique de prévention lié aux situations de violences subies par les TdS** (projet Jasmine) a également été mis en place.

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, de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies et de témoigner de leur situation au regard de ces pathologies.

**MdM mène également un programme « XBT »** (xéno-biotrope). 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 avec 48 partenaires au sein de 8 régions dont 5 proposent actuellement un dispositif global autonome d'analyse de drogues (Paris, Orléans, Lyon, Toulouse, Marseille). Ce dispositif propose aux personnes usagères de drogues de faire analyser leurs produits, avant ou après consommation, dans une approche de RdR. MdM travaille actuellement au transfert progressif de ce programme.

## 4 PROGRAMMES ENFANCE VULNÉRABLE

De nombreux enfants, souvent issus de milieux défavorisés, venant de France et du monde entier, sont régulièrement hospitalisés dans les établissements de la région parisienne pour des pathologies lourdes qui ne peuvent être traitées près de chez eux. Il peut aussi s'agir d'enfants dont les parents, même résidant à proximité, sont dans l'incapacité d'être à leurs côtés lors de leur hospitalisation.

Lancé en 1988, à l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris, le **programme de parrainage des enfants hospitalisés** s'est développé dans plusieurs centres de santé en région parisienne, en Guyane (jusqu'en juillet 2016) et à la Réunion. Le parrainage permet d'aider ces enfants à affronter la maladie et les éventuels troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation. Depuis sa création, près de 2 600 enfants hospitalisés ont été parrainés. Ces deux dernières années ont été marquées par la préparation du transfert du programme à l'association la Chaîne de l'espoir, qui a repris l'activité au premier janvier 2019.

Un programme spécifique en direction **des mineurs non accompagnés (MNA)** a également été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches dès 2015. 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

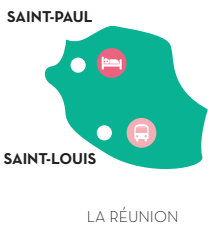
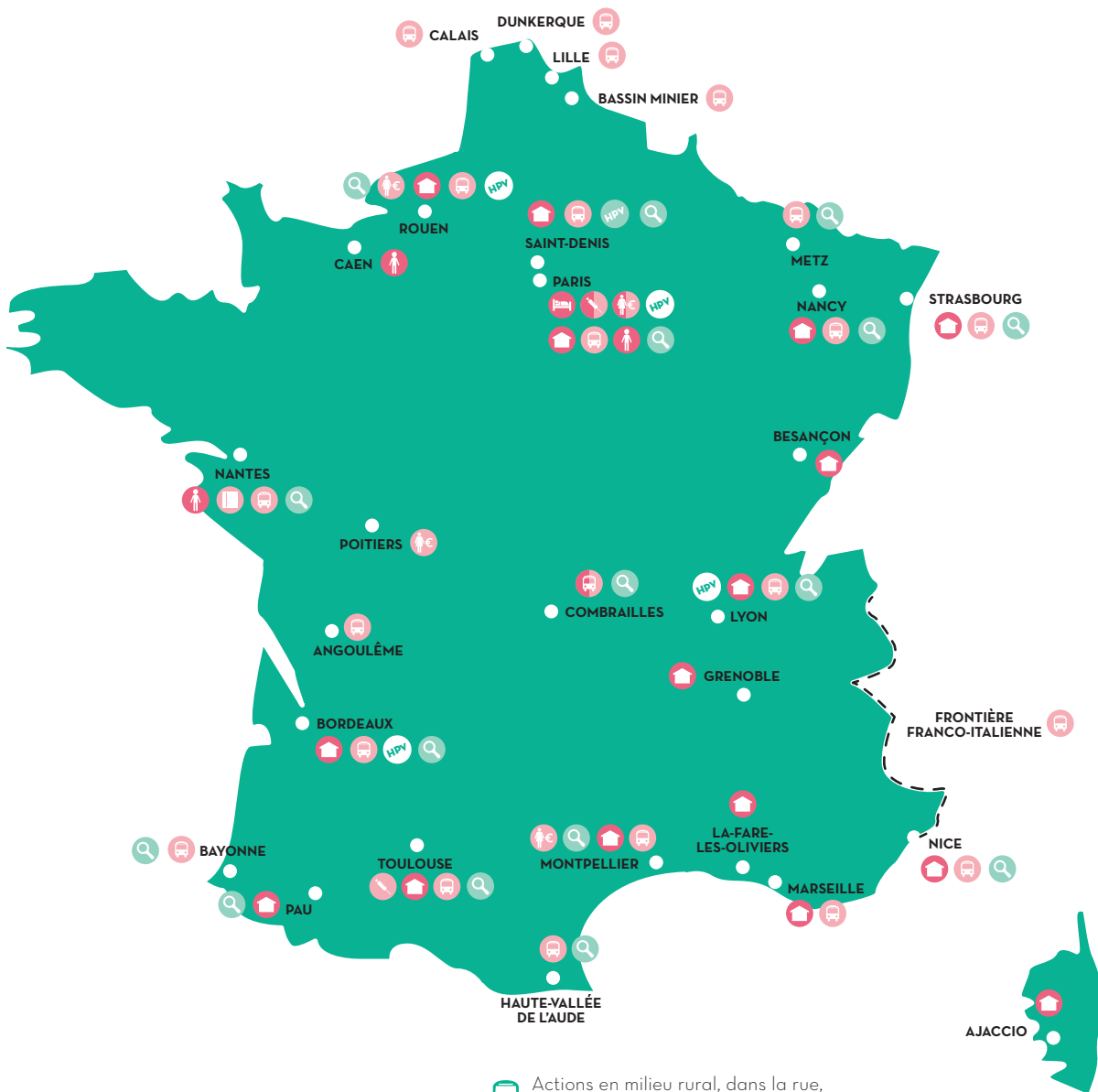
Dans l'Océan Indien, **MdM est présent à travers deux programmes** à Mayotte et La Réunion. **À Mayotte**, le programme dispense des consultations médicales et sociales (ouverture de droits) en lieu fixe et en mobile. Il mène notamment des actions de prévention en santé dans le bidonville de Kawéni et 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. En fin d'année, 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.

**En Guyane**, l'équipe poursuit son programme de médiation en santé sur l'Île de Cayenne (équipes mobiles réalisant 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 les personnes 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.



## MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2018

- 
- 62** PROGRAMMES MENÉS PAR  
1 916 BÉNÉVOLES ET 112 SALARIÉS SUR 33 SITES
- 
- 15** CENTRES D'ACCUEIL DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT  
1 CENTRE D'ACCUEIL D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA)
- 
- 23** PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES NON OU MAL-LOGÉES  
(PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET/OU MAL LOGÉES, PERSONNES VIVANT  
EN SQUAT OU EN BIDONVILLE)
- 
- 6** PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS  
DE DROGUES (1 PROGRAMME) ET DES TRAVAILLEUSES-EURS DU SEXE  
(5 PROGRAMMES)
- 
- 4** PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS SUR LE LITTORAL  
DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE,  
À PARIS ET PRÈS DE MARSEILLE.
- 
- 3** PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS 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 EN MILIEU CARCÉRAL  
À NANTES ET À MARSEILLE
- 
- 2** PROGRAMMES TRANSVERSAUX DE PRÉVENTION (PRÉVENTION DU VIH,  
DES HÉPATITES, DES IST, DE LA TUBERCULOSE ET DU CANCER DU COL  
DE L'UTÉRUS)
- 
- 1** PROGRAMME D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS  
EN ZONE URBAINE SENSIBLE À LILLE
- 
- 1** PROGRAMME DE PARRAINAGE  
POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS



- Actions en milieu rural, dans la rue, les bidonvilles, auprès des migrants...
- Centres d'accueil, de soins et d'orientation
- Parrainage des enfants hospitalisés
- Actions auprès des personnes se prostituant
- Actions auprès des usagers de drogues
- Actions auprès des personnes incarcérées
- Actions auprès des mineurs non accompagnés (MNA)
- Amélioration d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus
- Prévention VIH / Hépatites / IST / Tuberculose
- Actions mobiles
- Actions dans les locaux de MdM
- Programmes transversaux





01

**PERSONNES  
ACCUEILLIES**

DANS  
LES PROGRAMMES  
EN 2018

---

# 1 PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO/CAOA DE MÉDECINS DU MONDE

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

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 64 % des personnes reçues sont des hommes ; l'âge moyen est de 32,3 ans.

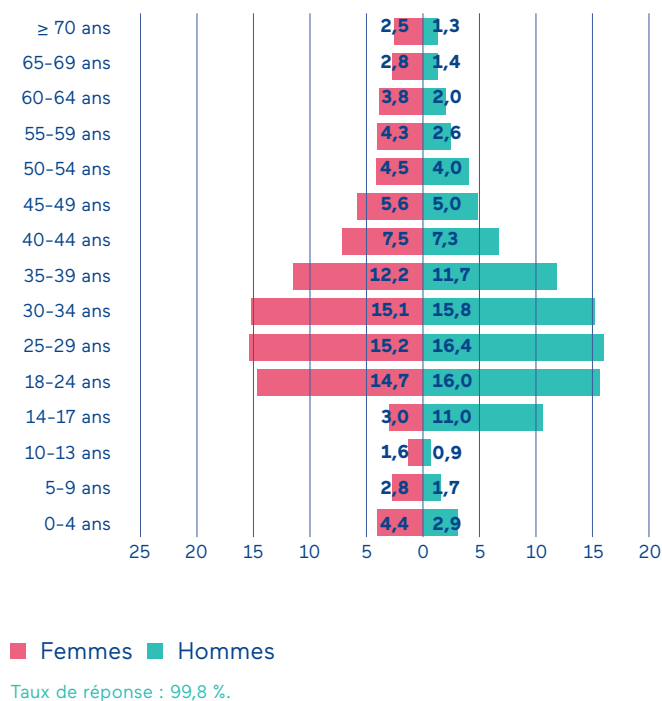
→ 97 % des personnes sont de nationalité étrangère, originaires principalement d'Afrique subsaharienne (50 %) et du Maghreb (24 %).

→ 60 % des personnes sont hébergées principalement par de la famille, des amis, 6 % vivent en squat ou bidonville et 26 % sont sans domicile fixe.

→ Moins de 15 % des personnes en âge de travailler exercent une activité et 98 % des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté.

22

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2018 (EN % DE LA FILE ACTIVE).



**En 2018, 24 072 personnes ont été accueillies dans les Caso<sup>8</sup> de MdM.** Pour les trois quarts des personnes reçues, il s'agissait d'un premier contact avec l'association. Les besoins de santé constituent le motif de visite pour 82,1 % des consultants et 33,1 % s'adressent au Caso pour des questions d'ordre administratif, juridique ou social<sup>9</sup>.

La population des Caso se caractérise par une majorité d'hommes (64,2 %) et une population relativement jeune dans la mesure où la moyenne d'âge s'élève à 32,3 ans lors de leur première visite (figure 1). Près de la moitié (47 %) d'entre elle était âgée entre 18 et 34 ans et 14,8 % des personnes reçues étaient mineures, soit 3 564 enfants.

Parmi les adultes accueillis dans les Caso, seuls 22,2 % vivent en couple. Plus d'un tiers sont parents d'au moins un enfant mineur mais, dans la majorité des cas, ils ne vivent pas avec ces derniers (56,7 %) ou uniquement avec une partie d'entre eux (6,7 %). Ceci permet de mettre en évidence l'éclatement des familles, lié en partie à la migration (tableau 1). Il est reconnu que les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille ont des effets néfastes sur la santé mentale des migrants [Deshingkar 2009 & 2011], en particulier parmi les femmes séparées de tout ou partie de leurs enfants [MdM 2015, Bouris 2012].

(8) Les données présentées dans ce chapitre concernent 15 Caso/Caoa en 2018. Afin de faciliter la lecture, le terme Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caoa.  
 (9) Les personnes peuvent consulter pour plusieurs motifs, c'est ce qui explique que le total soit supérieur à 100 %.



**TABLEAU 1 : SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS ET PLUS AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2018.**

	%	n
<b>Situation maritale en France</b>		
- En couple (avec ou sans enfant(s))	22,2	3 650
- Seul(e) (avec ou sans enfant(s))	77,8	16 421
<b>Présence d'enfant(s) mineur(s)</b>	34,5	5 535
<b>Parmi les personnes ayant des enfants mineurs</b>		
- Vivent avec tous leurs enfants	36,7	1 925
- Vivent avec une partie de leurs enfants	6,7	352
- Ne vivent pas avec leurs enfants	56,7	2 975

Taux de réponse : Situation familiale : 95,2 % ; Enfants mineurs : 92,9 % ; Lieu de vie des mineurs : 94,9 %.

## UNE GRANDE DIVERSITÉ DES NATIONALITÉS

En 2018, 97,3 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers (tableau 2). La diversité des origines des patients est toujours très grande avec 147 nationalités représentées. Les Ivoiriens sont les plus représentés en 2018 (14 %), suivis par les Algériens (13 %), les Guinéens (7 %), les Maliens (6 %), les Camerounais (6 %) et les Marocains (6 %). Les Français arrivent en 8<sup>e</sup> position avec une file active toujours en baisse année après année (3,4 % en 2017 contre 2,7 % en 2018) (figure 2).

Le groupe continental le plus représenté reste, comme les années précédentes, l'Afrique subsaharienne (49,8 % des patients), devant le Maghreb (23,5 %) et l'Union européenne y compris la France (10,2 %).

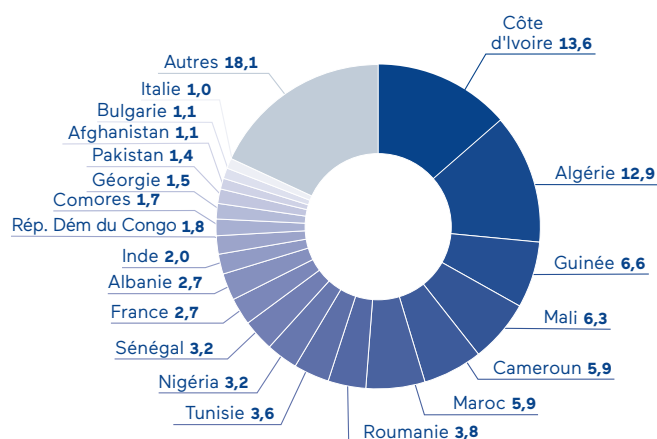
**TABLEAU 2 : RÉPARTITION PAR SEXE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2018.**

	%	n
Français	2,7	655
Étrangers	97,3	23 417
<b>Groupe continental<sup>(1)</sup></b>		
- Afrique subsaharienne	49,8	11 980
- Maghreb	23,5	5 639
- Union européenne (y compris France)	10,2	2 453
- Europe (hors UE)	8,3	2 003
- Proche et Moyen-Orient	3,9	931
- Asie	3,2	771
- Océanie et Amériques	1,1	273

Taux de réponse : 100 %.

(1) Apatrides exclus.

**FIGURE 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2018 (EN %)**



Taux de réponse : 100,0 %.

Parmi les étrangers accueillis dans les Caso, 42 % indiquent résider en France depuis moins de 3 mois lors de leur première visite (tableau 3) ; 25,5 % y résident depuis 3 à 12 mois et 32,3 % y résident depuis 12 mois ou plus. Les « primo-arrivants »<sup>10</sup> sont particulièrement nombreux parmi les étrangers originaires d'Europe hors UE (48,9 %) et d'Afrique subsaharienne (48,7 %).

**TABLEAU 3 : DURÉE DE PRÉSENCE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2018**

	%	n
< 3 mois	42,3	9 415
[3-12 mois [	25,5	5 679
[1-3 ans [	17,5	3 889
[3-10 ans [	11,3	2 507
≥ 10 ans	3,5	781

Taux de réponse : 95,1 %.

## DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT PRÉCAIRES

**Les conditions de logement sont particulièrement difficiles pour la quasi-totalité des patients reçus dans les Caso** puisque seuls 6,3 % disposent d'un logement personnel lorsqu'ils se présentent pour la première fois au Caso. 6 personnes sur 10 sont hébergées, en majorité par de la famille ou des amis, et 6 % vivent en squat ou bidonville. Enfin, plus d'un quart des personnes sont sans domicile fixe (tableau 4).

(10) La durée de résidence en France est calculée à partir de la dernière date d'entrée en France. Une partie des « primo-arrivants » ont pu avoir déjà séjourné par le passé en France.

**TABLEAU 4 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2018**

	%	n
<b>Logement personnel</b> (dont caravane sur terrain légal)	<b>6,3</b>	<b>1 207</b>
<b>Hébergé(e)</b>	<b>60,3</b>	<b>11 613</b>
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis	48,6	9 366
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours (hôtel, foyer, CADA...)	9,2	1 769
- Hébergé(e) par un réseau/collectif militant/hébergement solidaire	2,5	478
<b>Squat, campement</b>	<b>5,9</b>	<b>1 127</b>
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	3,8	723
- Occupant un terrain sans droit (campement illégal)	2,1	404
<b>Sans domicile fixe</b>	<b>26,2</b>	<b>5 048</b>
- Personne à la rue	20,8	4 013
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, samu social...)	5,4	1 035
<b>Autre situation</b>	<b>1,4</b>	<b>273</b>
<b>Ressenti des patients vis-à-vis du logement</b>	<b>19,8</b>	<b>3 948</b>
- Temporaire / Instable	77,2	13 816
- Stable	22,8	4 077

Taux de réponse : Type de logement : 80,0 % ; Ressenti sur le logement : 74,3 %.

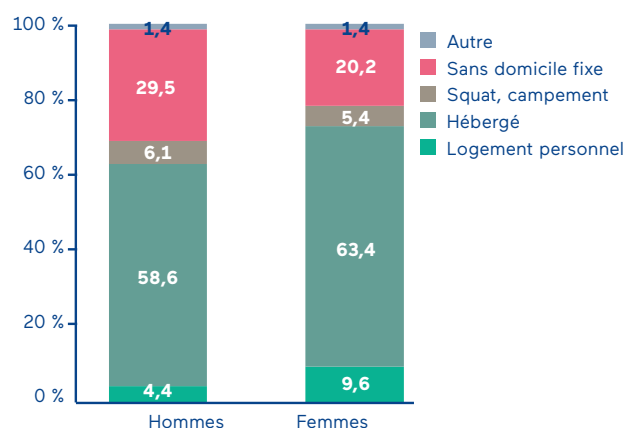
D'une manière générale, les femmes déclarent disposer de conditions de logement légèrement plus favorables que les hommes : elles sont ainsi plus nombreuses que les hommes à déclarer être hébergées (63,4 % vs 58,6 %) ou en logement personnel (9,6 % vs 4,4 %) (figure 3). Mais cela peut cacher une réalité cruelle pour les femmes, souvent exploitées et qui doivent parfois payer cet hébergement en nature en échange de services sexuels tarifés ou autres non rémunérés, comme ont pu le démontrer Pannetier et al. dans une étude récente [Pannetier 2018]. Enfin, un quart des femmes vivent à la rue ou dans un logement précaire (squat, campement...).

*« J'ai dû quitter la Libye parce que c'est difficile pour une femme de vivre seule là-bas. J'ai traversé la Méditerranée, je suis passée par l'Italie et je suis arrivée en France. Depuis, je dors dans la rue ou au 115. Je ne connais personne ici. Hier soir je me suis fait harceler par un homme qui ne m'a pas laissé dormir et a essayé d'arracher mes habits. J'ai dû quitter le banc sur lequel je dormais, je n'ai pas pu dormir de la nuit parce que j'avais peur. »*

[CASO de Strasbourg, 2018]

Même si la situation vis-à-vis du logement s'améliore progressivement avec la durée de présence en France pour les étrangers, les difficultés s'inscrivent sur le long ou moyen terme dans la mesure où la proportion de personnes hébergées se maintient à un niveau élevé même parmi les étrangers résidant depuis plus de dix ans en France (56,5 %) et 18 % sont sans domicile fixe.

**FIGURE 3 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT<sup>(1)</sup> DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2018**



(1) Situation au jour de la première visite.

La situation économique des personnes reçues dans les Casos apparaît fortement dégradée et on observe des conditions de vie de plus en plus difficiles puisque qu'en 2018, seules 14,4 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour la grande majorité des personnes (tableau 5) contre 40 % en 2008. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer une activité (17,6 % 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 : 3,7 % travaillent parmi les personnes présentes depuis moins de 3 mois, contre 23,8 % entre 1 et 3 ans de présence et 37 % après 3 ans. Le travail non déclaré reste le plus fréquent : la situation administrative des ressortissants étrangers ne leur permettant bien souvent pas l'accès au travail de manière légale.

De ce fait, la situation financière des ménages accueillis dans les Casos est extrêmement précaire : 97,9 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté<sup>11</sup> dont 51 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre.

(11) Ce seuil s'établit en 2016 à 1 026 euros mensuel pour une personne seule et correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population (source : Insee).

**TABLEAU 5 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES<sup>(1)</sup> DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2018**

	%	n
<b>Exercent une activité pour gagner leur vie en France</b>		
- Activité déclarée	1,7	272
- Activité non déclarée	12,7	2 057
<b>Niveau de ressources financières (officielles ou non)</b>		
- Aucune ressource	51,0	2 127
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté <sup>(1)</sup>	46,9	1 955
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	2,1	87

Taux de réponse : Activité : 87,8 % ; Ressources du foyer : 22,6 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

En 2018, les Caso ont accueilli 9 631 étrangers en situation irrégulière, soit 61,7 % des étrangers majeurs reçus (tableau 6). Les ressortissants de l'UE sont moins fréquemment en situation irrégulière, avec 55,3 % concernés contre 62,2 % pour les autres étrangers. Il convient de souligner que la très large majorité des étrangers accueillis dans les Caso est en situation administrative précaire dans la mesure où seuls 6,8 % des personnes en situation régulière (hors UE) rencontrées ont un titre de séjour de plus de six mois.

Un chapitre spécifique est consacré aux étrangers en situation irrégulière page 26.

**TABLEAU 6 : SITUATION ADMINISTRATIVE<sup>1</sup> DES PERSONNES ÉTRANGÈRES DE 18 ANS ET PLUS REÇUES DANS LES CASO EN 2018.**

	%	n
<b>R ressortissants de l'UE<sup>(2)</sup></b>		
En situation régulière	44,7	498
En situation irrégulière	55,3	616
<b>Étrangers hors UE<sup>(3)</sup></b>		
En situation régulière	37,8	5 478
En situation irrégulière	62,2	9 015
<b>Ensemble des étrangers</b>		
Situation régulière	38,3	5 976
Situation irrégulière	61,7	9 631

Taux de réponse : 93,0 %.

(1) Situation au jour de leur première visite.

(2) Les personnes en situation régulière sont les personnes n'ayant pas besoin de titre de séjour au titre de la libre circulation et les personnes autorisées à rester en France.

(3) Les personnes en situation régulière sont les personnes disposant d'un titre de séjour, d'un rendez-vous ou d'une convocation en préfecture, d'un visa en cours de validité ou en procédure Dublin III.

## LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 9 631 personnes accueillies dans les Caso étaient en situation irrégulière, soit 61,7 % des étrangers majeurs accueillis dans les Caso.

→ Une personne sur cinq est sans domicile fixe, près de 70 % des personnes sont hébergées, 6 % vivent dans des squats ou bidonvilles.

→ En 2018, 85 % des personnes relevant en théorie de l'AME n'ont pas de droit ouvert.

Pour résider régulièrement en France, tout étranger doit disposer d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs et des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen, de la Suisse, de Monaco ou d'Andorre. 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. Les estimations oscillent entre 300 000 et 400 000 selon différentes sources [Triandafyllidou 2009].

**En 2018, 9 631 étrangers en situation irrégulière au jour de leur première visite ont été accueillis dans les Caso, soit 61,7 % des étrangers majeurs accueillis dans les Caso.**

Près des deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes et l'âge moyen est de 35,5 ans. Ils sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (51,4 %) ou du Maghreb (29,5 %). Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont présents en France depuis moins d'un an et un tiers depuis moins de trois mois ; toutefois près de 16,7 % indiquent se trouver en France depuis au moins trois ans lors de leur première visite au Caso.

Comme pour les autres personnes reçues au Caso, les conditions de logement sont marquées par une grande précarité : **une personne en situation irrégulière sur cinq est sans domicile fixe**. Ensuite, 68,8 % sont hébergées, essentiellement par de la famille ou des amis (64 %) puis 5,6 % vivent dans des squats ou des bidonvilles. Enfin, 4,2 % disposent d'un logement personnel.

Malgré l'absence de titre ou d'autorisation de séjour en France, 20,3 % des étrangers en situation irrégulière ont une activité professionnelle. Toutefois, leur niveau de ressources reste très faible puisque la très grande majorité (98,7 %) se situe en dessous du seuil de pauvreté.

Théoriquement, au-delà de 3 mois de séjour en France<sup>12</sup>, ces personnes peuvent bénéficier de l'Aide médicale de l'État (AME). En réalité, seuls 14,6 % des étrangers ayant plus de trois mois de présence disposent d'une couverture maladie lors de leur première visite au Caso. Cette proportion atteint 20,7 % pour les étrangers résidant en France depuis au moins un an mettant en évidence les difficultés qu'ils rencontrent dans l'obtention ou le renouvellement de leurs droits.

Les personnes en situation irrégulière font principalement face à une méconnaissance des droits et des structures (29,7 %) et à des difficultés administratives (28,8 %) dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits. Face à ces constats, **les équipes de MdM constatent un manque criant d'informations ciblées et adaptées auprès des potentiels bénéficiaires pour l'accès à l'AME, auquel s'ajoutent, de manière totalement hétérogène, des pratiques de certaines caisses de sécurité sociale en marge de la réglementation, ce qui vient encore compliquer l'accès aux droits**. Elles constatent fréquemment des demandes abusives de justificatifs non prévus dans les textes et des délais d'instruction des dossiers particulièrement longs ; ceci pose un vrai problème d'efficacité en termes d'accès à la couverture maladie avec l'impossibilité pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite de l'administration<sup>13</sup> ou d'un retard de procédure.

Par ailleurs, les difficultés financières et la barrière linguistique sont également évoquées comme obstacles majeurs par respectivement 14,1 % et 13,1 % des personnes en situation irrégulière reçues au Caso. L'absence de domiciliation administrative, qui concerne 38,3 % des étrangers (de 16 ans ou plus) sans autorisation de séjour constitue également une difficulté majeure à l'ouverture des droits<sup>14</sup>. Enfin, 38,8 % des étrangers en situation irrégulière craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements.

Le dispositif actuel qu'est l'AME met par ailleurs les personnes en situation irrégulière dans une extrême fragilité

(12) Sous réserve de conditions de ressources inférieures à 8 810 euros par an pour une personne seule en métropole en 2018.

(13) Au bout de 2 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.

(14) La question de la domiciliation administrative est abordée page 70.

en termes d'accès aux soins. L'AME est une prestation d'aide sociale et les personnes qui en bénéficient ne sont pas des assurés sociaux : ils n'ont pas de carte vitale et son attribution annuelle nécessitant un renouvellement compliquent leur accès aux soins.

Il fait, par ailleurs, l'objet d'une instrumentalisation politique régulière, certains n'hésitant pas, année après année, à demander sa suppression sous le prétexte fallacieux de son coût : rappelons ici que l'AME représente moins de 0.5 % du budget des dépenses de santé (budget rapporté par l'Ondam en 2018). Son budget fait l'objet d'un examen biennuel dans le cadre de Projet de loi de finances et de son révisé, donnant ainsi deux fois par an la possibilité à ses « détracteurs » de le dénoncer et le remettre en cause.

Ces résultats mettent en évidence les difficultés d'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière, qui génèrent des renoncements et des retards de recours aux soins pour nombre d'entre eux. **L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour 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.**

L'AME permet ainsi le maintien et le suivi médical nécessaire aux personnes bénéficiaires et évite des ruptures de parcours de soins et la dégradation de leur santé, qui en dernier recours conduisent les patients à se retourner vers les services d'urgence, avec une prise en charge potentiellement plus lourde et plus coûteuse au final.

Par ailleurs, l'AME, dans sa dimension et sa cohérence de santé publique, permet pour les soignants d'avoir la possibilité d'organiser une démarche de soin et d'accompagnement somatique et/ou psychologique dans une logique préventive.

**De nombreuses institutions** se sont prononcées pour intégrer l'AME dans la sécurité sociale : l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection des finances (IGF) dans des rapports de 2007 et 2010 [IGAS-IGF, 2010] ; 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].

**La fusion de l'AME dans la PUMa<sup>15</sup>, pour laquelle MDM milite depuis les premières discussions sur la création de la couverture maladie universelle (CMU), constituerait d'une part une mesure de santé publique majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires, et d'autre part une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoce et donc moins coûteux. Enfin, cela constituerait une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé ainsi que des économies de gestion (cf. encart page 69).**

(15) La protection universelle maladie (PUMa) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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...). 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 2018, 14,1 % des personnes reçues dans les Caso sont en procédure de demande d'asile.

→ Seuls 20 % des demandeurs d'asile sont hébergés par une structure ou une association, et près de la moitié sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour de leur première visite.

→ Seuls 17,6 % des demandeurs d'asile disposent d'une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.

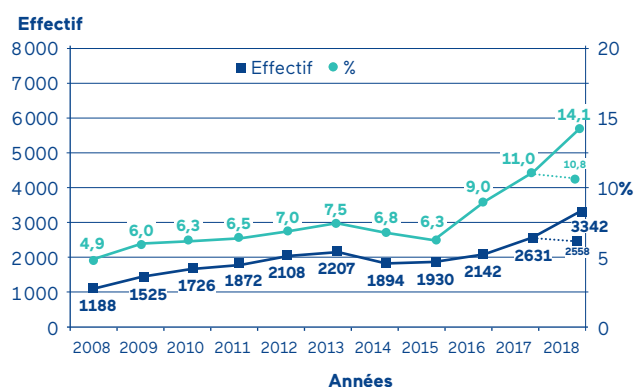
En 2018, 123 625 demandes d'asile ont été instruites à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), soit une hausse des demandes de près de 22,7 % par rapport à l'année 2017 [Ofpra 2019]. Selon l'Ofpra, l'année 2018 a été marquée par une augmentation du nombre de personnes placées sous la protection de l'Ofpra aux titres du statut de réfugié et de la protection subsidiaire, en hausse de 9 % par rapport à 2017. **Comme en 2017, le taux de protection demeure à 27 % à l'Ofpra, et à 36 % en prenant en compte les décisions de la CNDA [Ofpra 2019].**

### DES CONDITIONS DE VIE ET UN ACCÈS AU DROIT DIFFICILES

**En 2018, 3 342 demandeurs d'asile<sup>16</sup> ont été reçus dans les Caso, soit 14,1 % de la file active<sup>17</sup>.** En excluant les personnes en procédure Dublin<sup>18</sup>, la proportion de demandeurs d'asile reçus dans les Caso apparaît similaire à 2017, après une augmentation observée en 2016 et 2017 (figure 4). Il faut noter que 38,8 % d'entre eux sont en procédure accélérée et que parmi les étrangers (hors UE), 28,5 % ont déjà déposé une demande d'asile lorsqu'ils sont vus pour la première fois au Caso.

Les demandeurs d'asile représentent 15,7 % des étrangers hors Union européenne reçus en Caso. Parmi eux, 58% proviennent d'Afrique subsaharienne, près d'un quart d'Europe (hors UE) et 7,9 % du Proche et Moyen-Orient. Ils sont principalement originaires de Guinée, du Nigéria, d'Albanie et de Côte d'Ivoire (tableau 7).

FIGURE 4 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE DEMANDEURS D'ASILE<sup>(1)</sup> REÇUS DANS LES CASO DE 2008 À 2018



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

TABLEAU 7 : PRINCIPALES NATIONALITÉS DES DEMANDEURS D'ASILE<sup>(1)</sup> REÇUS DANS LES CASO, 2018.

Nationalités	%	Nationalités	%
Guinée	14,1	Rép. dém. du Congo	3,7
Nigéria	12,7	Mali	2,8
Albanie	8,1	Algérie	2,5
Côte d'Ivoire	7,9	Cameroun	2,2
Géorgie	5,5	Soudan	2,1
Afghanistan	3,7	Autres	34,9

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

(16) On considère comme demandeurs d'asile les étrangers (hors Union européenne) 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.

(17) Ce chiffre peut être sous-estimé en raison des non-réponses.

(18) Un dubliné est entré dans le langage courant pour désigner les demandeurs d'asile qui font l'objet d'une procédure selon le règlement 604/2013/UE du 26 juin 2013 dit Dublin. La procédure Dublin s'applique dans trois situations : aux personnes qui demandent l'asile sur le territoire français mais pour lesquelles un autre pays se révèle responsable de leur demande ; aux personnes présentes en France qui souhaitent solliciter l'asile dans un autre pays européen où se trouvent des membres de leur famille ; aux personnes qui sont interpellées en situation irrégulière, ne demandant pas l'asile en France, mais qui l'ont déjà fait dans un autre pays européen, et pourront ainsi être expulsées vers ce pays (la Cimade).

Lors de leur première visite au Caso, la très grande majorité des demandeurs d'asile sont arrivés en France depuis moins d'un an (90,1 %) dont 69,4 % depuis moins de trois mois<sup>19</sup>. Bien qu'ils puissent en théorie bénéficier d'un hébergement dans le cadre du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile, dans les faits 49,4 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence, 20,8 % sont hébergés par de la famille ou des amis et seuls 19,9 % ont déclaré être hébergés par un organisme ou une association. Enfin 6 % vivent dans un squat ou bidonville.

Ces résultats soulignent encore une fois l'insuffisance du nombre de places d'hébergement pour les demandeurs d'asile. Même si les capacités d'accueil ont augmenté au cours des dernières années oscillant entre 91 799 selon le ministère de l'Intérieur et 94 976 selon l'Ofii, il reste en deçà des besoins d'hébergement, le nombre de demandeurs d'asile étant de plus de 120 000 en 2018<sup>20</sup>. Aussi, les dispositifs d'hébergement sont tellement saturés aujourd'hui que même les familles accompagnées d'enfants ne sont plus hébergées, ce qui n'était pas le cas auparavant. Les efforts du gouvernement restent par conséquent insuffisants pour proposer des conditions d'hébergement dignes à l'ensemble des demandeurs d'asile et ainsi désengorger de manière significative les dispositifs d'hébergement d'urgence. En outre, leur multiplicité concourt à complexifier et à créer une certaine opacité dans l'accueil des demandeurs d'asile en France<sup>21</sup>.

*« Avant quand on voyait une famille arriver, la première chose que l'on demandait était de savoir s'ils étaient hébergés. Maintenant on n'ose plus, on attend qu'ils en parlent... parce qu'on sait que l'on fera naître de faux espoirs, parce qu'on sait qu'il n'y aura pas de solution avant plusieurs jours voire semaines... »*

**[CASO de Nice, 2018]**

Par ailleurs, l'absence de solution d'hébergement dans les dispositifs dédiés aux demandeurs d'asile les prive de l'accompagnement nécessaire à leurs démarches et à leur accès aux droits. En effet, sans hébergement ou dans des hébergements très précaires, il n'y a pas, ou très peu, d'accompagnement notamment en l'absence de travailleur social « référent » suffisant. Comme l'évoquent les rapporteurs de l'avis « Parcours et politiques d'accueil des demandeurs d'asile » adopté le 28 mai 2018 par les membres du Conseil économique social et environnemental (CESE), « le traitement réservé aux demandeurs d'asile sur le sol européen n'est pas

toujours respectueux des valeurs et principes autour desquels s'est construite l'Union européenne » [Fourier 2018]. Ainsi, les demandeurs d'asile sont censés bénéficier de l'assurance maladie et ce, sans durée préalable de résidence<sup>22</sup> mais en dépit de cette reconnaissance de droit, la CFDA « constate que les réponses publiques en matière de santé des personnes sont insuffisantes » [CFDA, 2019]. L'accès aux droits reste difficile pour de nombreuses raisons : l'information sur les droits n'est pas suffisamment diffusée, les démarches administratives sont compliquées et certaines CPAM refusent abusivement l'ouverture de droits sur la base des premières attestations de demande d'asile<sup>23</sup>. Par conséquent, seuls 17,6 % des demandeurs d'asile ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus pour la première fois dans les Caso. De plus, obtenir ou maintenir des droits à l'assurance maladie demeure difficile même après un an ou plus de présence en France : 57 % des personnes dans cette situation n'ont pas de droit à la couverture maladie.

Les principaux freins à l'accès aux droits rencontrés par les demandeurs d'asile sont la barrière linguistique (30,6 %) suivie par les difficultés administratives (27,3 %) et la méconnaissance du système et des structures (24,5 %). La longueur des délais d'instruction a également été évoquée comme obstacle à l'accès aux soins par 16,4 % des demandeurs d'asile. Par ailleurs, un quart des demandeurs d'asile n'ont aucune adresse postale, ce qui ne leur permet pas d'accéder à la couverture santé. À ce titre, près d'un demandeur d'asile sur deux (47,5 %) présentait des retards de recours aux soins, et 43,6 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents selon l'avis du médecin lors des consultations en Caso.

**Une mobilisation sans faille de la société civile depuis l'entrée en vigueur de la loi du 29 juillet 2015 a permis d'alerter l'État français à de multiples reprises sur la situation des demandeurs d'asile, situation inquiétante tant au niveau de la procédure que de l'accueil peu respectueux des droits humains.**

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

(20) <https://www.lacimade.org/premier-bilan-de-la-demande-dasile-en-france/>

(21) Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), Hébergement d'urgence demandeurs d'asile (HUDA), Accueil temporaire service asile (ATSA), Centre d'accueil et d'orientation (CAO), Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA), etc.

(22) Au contraire en procédure accélérée ou Dublin, tout demandeur d'asile a droit à l'assurance maladie, cf. Gisti : <https://www.gisti.org/spip.php?article5116&quoi=tout#6>

(23) Attestations valables seulement un mois.

# 2 PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES

En fixe ou en mobile, MdM travaille avec des populations qui doivent faire face à de multiples vulnérabilités en raison de leur âge, de leur isolement, de leur trajectoires de vie difficiles et des situations administratives qui offrent peu de perspectives en France.

## LES MINEURS

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 15 % des personnes reçues dans les Caso sont des mineurs ; et près d'un quart a moins de 5 ans.

→ Un mineur sur trois vit à la rue.

→ Seuls 7 % des mineurs disposent d'une couverture maladie et 43 % présentent des retards de recours aux soins selon l'avis du médecin.

30

En France, on estime que plus de 3 millions d'enfants vivent sous le seuil de pauvreté ; plus de 30 000 seraient sans domicile et environ 8 000 vivraient en bidonville. À l'occasion de la rentrée scolaire 2017, une enquête de l'Unicef menée dans la nuit du 4 au 5 septembre, dans 40 départements hors Paris, avait montré que les enfants représentaient 29 % de l'ensemble de la population enregistrée au 115. Environ 63 % des moins de 18 ans concernés par une demande d'hébergement au 115, n'avaient pu être hébergés<sup>24</sup>.

**En 2018, 3 564 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 14,8 % de la file active totale.** Depuis 2016, on constate une hausse de la part des mineurs accueillis dans les Caso (figure 5). Plus de deux tiers (71,3 %) des mineurs reçus sont des garçons. L'âge moyen des mineurs accueillis s'élève à 10,9 ans (âge médian de 15 ans). Près d'un quart de ces enfants a moins de 5 ans (23,2 %) et 54,6 % ont entre 14 et 17 ans (figure 6).

FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MINEURS REÇUS DANS LES CASO DE 2008 À 2018.

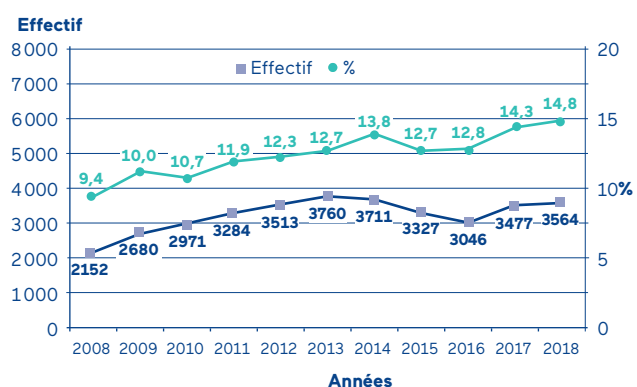
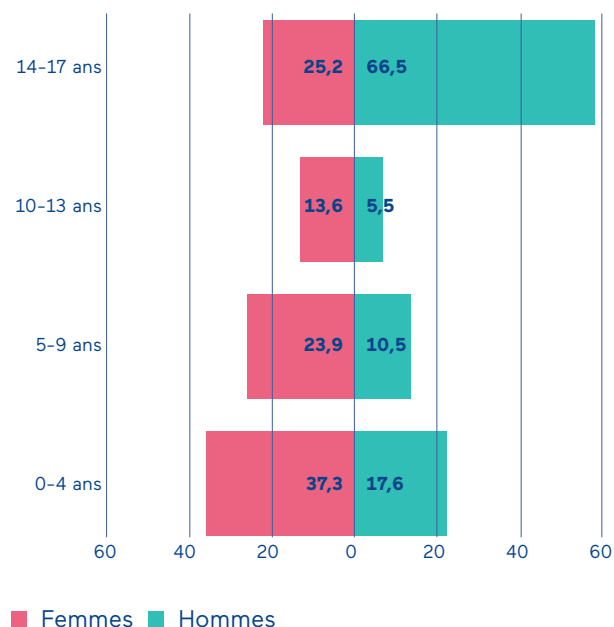


FIGURE 6 : PYRAMIDE DES ÂGES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO (EN % DES MINEURS), 2018.



Les mineurs sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (54,5 %), notamment de Guinée (17,7 %) et de Côte d'Ivoire (13,7 %). Ils sont ensuite 14,6 % à provenir du Maghreb, d'Algérie essentiellement (9,8 %), puis 13,1 % de l'Union européenne et 12,5 % du reste de



l'Europe. Les mineurs de nationalité française représentent uniquement 2,8 % des mineurs rencontrés, similairement aux personnes majeures.

Les conditions de vie des mineurs accueillis dans les Caso apparaissent très difficiles. En effet, 31 % sont sans domicile fixe et 8 % vivent dans un squat ou dans un bidonville. Ainsi, seuls 7 % d'entre eux vivent dans un logement personnel.

*« Mon enfant dans la poussette il a deux semaines, il est tout petit ! Je craque, je n'en peux plus, moi j'ai quitté mon pays pour ne pas y mourir mais là on va mourir avec mes deux enfants ! Il fait trop froid, ça fait trois jours qu'on reste dehors et qu'on marche toute la nuit sans savoir où aller, vous devez m'aider, s'il vous plaît... Je ne sais pas quoi faire, je viens d'arriver et je ne connais personne. Ça fait trois jours que j'appelle le 115 et ils ne répondent jamais, il n'y a pas de place. Ils me laissent dehors avec mes deux bébés. Le plus petit (...) il est trop petit et il fait trop froid, il va mourir, je ne sais pas quoi faire, j'ai quitté mon pays pour fuir la mort mais ici c'est pareil. »*

[CAOA de Paris, 2018]

Le mal-logement et les conditions de vie extrêmement difficiles peuvent avoir des conséquences très néfastes sur la santé, le développement et la réussite scolaire de l'enfant [Roze 2016]. Entre 6 et 15 ans, ils sont uniquement 3 mineurs sur 10 à être scolarisés, bien que la scolarisation soit un droit pour tous les enfants, quelle que soit sa situation (tableau 8). Toutefois, après trois mois de présence en France, le taux de scolarité augmente de 12,1 % à 55,3 % entre 3 et 12 mois de présence et jusqu'à 87,5 % après 3 ans en France.

On observe par ailleurs des disparités très importantes selon la situation vis-à-vis du logement : 79,8 % des mineurs vivant dans un logement personnel sont scolarisés contre 8,4 % pour ceux à la rue et un tiers pour ceux vivant en squat et bidonville. Ces résultats sont en accord avec l'étude de l'observatoire du Samu social réalisée en Île-de-France qui indique que la non-scolarisation des enfants sans logement serait au moins dix fois plus importante que dans la population générale, et associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée [Observatoire du Samu social 2014]. Il est reconnu que les ménages sans logement personnel sont contraints à de fréquents déménagements et/ou subissent des expulsions des lieux de vie qui ont des répercussions importantes sur les foyers, notamment sur la socialisation et la scolarisation des enfants et donc sur leur santé.

Parmi les mineurs de moins de 6 ans, au jour de la première visite à MdM, seul près d'un enfant sur cinq est suivi par les services de la Protection maternelle et infantile (PMI) bien que ce dispositif soit accessible à toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 6 ans (tableau 8). Toutefois, le taux de suivi par la PMI augmente de 20,5 % entre 3 et 12 mois à 35 % entre 1 et 3 ans et jusqu'à près de 50 % après 3 ans en France. Ce service est davantage utilisé par les enfants de nationalité française, avec 31,6 % l'utilisant contre 18,5 % pour des enfants étrangers. Ce résultat souligne la nécessité d'informer les familles dès leur arrivée en France sur les dispositifs d'accès aux soins existants et aux services de la PMI en particulier mais aussi d'inciter l'État à attribuer davantage de moyens à ces derniers afin d'aller à la rencontre des populations éloignées du soin.

**TABLEAU 8 : SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS REÇUS LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2018**

	%	n
Suivi en PMI (< 6 ans)	19,3	111
Scolarisation (de 6 à 15 ans compris)	29,3	287

Taux de réponse : PMI : 59,9 % ; Scolarisation : 72,0 %.

En théorie, la couverture maladie est ouverte de façon inconditionnelle à tout mineur, sans condition de durée de résidence en France ou de temps de présence. Malgré ces dispositions, l'accès à une couverture maladie pour les mineurs reste difficile. Seuls 7,2 % des mineurs rencontrés dans nos Caso disposaient de droits ouverts lors de leur première visite d'où la nécessité d'une simplification des démarches qui faciliterait l'ouverture de leurs droits. Les difficultés d'accès à une couverture maladie sont encore plus criantes chez les mineurs non accompagnés, car seuls 3,4 % avaient une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.

Parmi les mineurs migrants arrivant en Europe, un certain nombre d'entre eux se trouvent seuls sur le territoire, sans parents ou sans représentant légal : ce sont les mineurs isolés (MIE) ou non accompagnés (MNA) (cf. chapitre 4 page 88). Certains ont perdu leur famille au cours du parcours migratoire, d'autres ont quitté leur pays seuls. Les raisons pour lesquelles ils ont quitté leur pays d'origine sont multiples et souvent cumulatives : ils fuient la guerre, la misère, les discriminations ou les violences et quittent leur pays pour survivre, trouver la sécurité et espérer un avenir. La plupart n'ont pas de destination précise lors de leur départ et se déplacent au gré des routes migratoires, des réseaux de passeurs, poussés par d'autres discriminations ou violences ou

encore attirés par des opportunités ou des rencontres. Certains cherchent à rejoindre un membre de leur famille ou de leur communauté et n'ont de cesse de continuer leur trajet migratoire en espérant retrouver un de leurs proches.

Le nombre de MNA dans le monde a été multiplié par cinq depuis 2010 et a aujourd'hui atteint un niveau historique [Unicef, 2017]. En France, leur nombre semble impossible à déterminer : à la fin de l'année 2018, ils seraient entre 17 000 et 40 000 sur le territoire français (ces estimations n'incluent pas les quelques 5 000 jeunes livrés à eux-mêmes à Mayotte), des chiffres qui varient selon les sources<sup>25</sup>.

Dans les programmes MdM, plus de 1 800 MNA ont été accueillis en 2018<sup>26</sup>, principalement des jeunes non reconnus mineurs ou isolés à l'issue de l'évaluation. Ces enfants et adolescents<sup>27</sup> sont principalement des garçons (86,5 %) âgés de 15 à 17 ans (93,6 %). La grande majorité d'entre eux provient d'Afrique subsaharienne (93,5 %), principalement de Guinée (37,5 %), de Côte d'Ivoire (22,1 %) et du Mali (17,2 %). En outre, 71,7 % d'entre eux sont en France depuis moins de trois mois. Leurs conditions de logement sont très difficiles puisque 39,2 % d'entre eux vivent à la rue et la moitié est hébergée. Ils sont en général hébergés par des proches ou des connaissances ce qui n'est pas toujours une garantie de sécurité (26,4 %) ou par un réseau ou en hébergement solidaire (17,2 %).

(25) 17 022 personnes déclarées MNA portées à la connaissance de la cellule nationale de la Mission mineurs non accompagnés (MMNA) du ministère de la Justice entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 31 décembre 2018 ; vs estimation de l'Assemblée des départements de France de 40 000 MNA pris en charge par les conseils départementaux en 2018.

(26) Il s'agit du nombre de MNA accueillis dans les Casos de MdM, ainsi que sur les programmes dédiés aux MNA de Paris, Nantes, Caen et Rouen.

(27) Les caractéristiques sociodémographiques des MNA concernent tous les MNA accueillis dans les Casos ainsi que les MNA des programmes de Paris et Rouen.

## LES TRAVAILLEUSES-EURS DU SEXE

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018 les équipes MdM ont réalisé près de 16 000 contacts auprès d'environ 1400 travailleuses-eurs du sexe (TdS)<sup>28</sup>.

→ Le statut administratif précaire, l'isolement social, la stigmatisation et les violences subies sont des facteurs de vulnérabilité qui impactent les conditions de vie et de travail des TdS.

Le travail du sexe recoupe des réalités très diverses (travail de rue ou en intérieur, régulier ou occasionnel, de façon contrainte ou autonome, dans des conditions plus ou moins précaires...) qui rendent particulièrement difficile l'estimation du nombre de personnes pouvant être concernées. Les seules données disponibles proviennent des autorités en charge de la sécurité publique et de la lutte contre la traite des êtres humains ne reflètent pas l'ensemble de la situation. Il est donc difficile de donner des chiffres qui rendent compte de la réalité. En 2018, les programmes de MdM travaillant spécifiquement auprès des TdS ont réalisé 15 888 contacts auprès de 1 345 TdS.

La vie quotidienne des TdS est précaire, en termes de logement, d'accès aux droits et aux soins et d'isolement social pour une large partie d'entre elles. Les personnes rencontrées sur les programmes MdM illustrent ces conditions de vie difficiles dans lesquelles l'accès aux droits est un parcours du combattant. L'isolement social, le statut administratif précaire, la réalité du marché de l'emploi en France, la barrière de la langue et la pression économique pour aider leur famille (souvent la raison même de leur migration) sont des obstacles supplémentaires pour entreprendre des procédures administratives, qui leur permettraient l'accès aux droits et aux soins.

*« Moi ce que je veux, c'est de ne pas être blessée, que l'on ne me fasse pas de mal. [...] Un homme est venu, nous avons négocié la passe, j'ai voulu aller à un endroit que je connaissais mais il a refusé, alors je l'ai suivi où il voulait, assez loin où j'étais isolée. Il m'a agressée et il m'a volé mon*

*téléphone, mon sac, toutes mes affaires. [...] Moi je me protège, je veux faire ce qui est bon pour moi, je refuse les passes sans préservatifs, aujourd'hui il y en a plein qui demandent sans préservatifs en proposant de payer plus cher. [...] Si j'ai un message à donner, c'est que nous, nous avons du courage, du courage de faire ce travail que nous faisons, de travailler dans la rue, pour moi c'est temporaire, le temps de gagner ce qu'il me faut pour réaliser mes désirs. [...] Et puis je voudrais aussi avoir des droits, comme tout le monde. »*

**[Programme auprès des TdS de Rouen, 2018]**

Porter plainte, par exemple, est difficile pour ces personnes qui assimilent souvent les officiers de police à des forces répressives (et non protectrices) du fait du grand nombre d'arrestations en raison de leur situation administrative irrégulière et de la stigmatisation en raison de leur activité. Le programme parisien du « Lotus bus » illustre par exemple ces conditions de vie difficiles : près de 50 % des femmes rencontrées sont sans titre de séjour et près de 30 % d'entre elles n'ont aucune couverture maladie. La grande majorité des femmes sont logées dans des logements précaires et surpeuplés et n'ont souvent pas de justificatif de domicile ce qui complique toute démarche administrative<sup>29</sup>. Comme l'a rappelé la HAS en 2016, « l'activité prostitutionnelle n'est pas en soi un facteur de risque d'infection au VIH/Sida sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique qui limitent la capacité des personnes à résister aux pressions exercées par des clients pour obtenir des pratiques à risques » [HAS 2016]. En plus, de la dégradation de leur situation économique et de leurs conditions de vie, la loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel adoptée le 13 avril 2016<sup>30</sup>, n'a non seulement pas amélioré la situation mais elle a eu un impact négatif qui se traduit par une augmentation des violences et pressions pour ne pas utiliser de préservatifs, pour baisser le coût des passes, et ce avec un impact fort sur leur santé.

Une partie est dédiée aux TdS page 92.

(28) MdM-France choisit de privilégier l'emploi des termes de « travail du sexe » et de « travailleur/euse du sexe » pour désigner l'activité et les personnes qui l'exercent, quelles que soient les conditions de cet exercice. Cette terminologie est en vigueur dans de nombreuses institutions internationales et est principalement celle adoptée par les organisations de personnes directement concernées. Elle renvoie aux personnes dont l'activité, choisie ou contrainte, se définit dans des échanges économico-sexuels dont les transactions économiques peuvent être explicites (prestations sexuelles contre de l'argent) ou implicites (services sexuels contre protection, logement, produits psychoactifs, aide à la migration...)

(29) Rapport d'activité 2018 du programme du Lotus bus (à Paris).

(30) Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

## LES PERSONNES VIVANT À LA RUE ET EN SQUATS/BIDONVILLES

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 12 400 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 5 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso.

→ Près de 17 % des personnes à la rue reçues au Caso sont mineures.

→ En 2018, plus de 2 400 personnes<sup>31</sup> ont bénéficié des interventions des équipes de MdM en bidonvilles.

### INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

En 2012, l'Insee a estimé à 143 000 le nombre de personnes sans domicile fixe (personne sans abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou hébergées dans un logement associatif)<sup>32</sup> en France métropolitaine dont 30 000 mineurs. Depuis, aucune nouvelle enquête permettant d'objectiver l'augmentation du nombre de personnes à la rue n'a été réalisée et aucune enquête n'est prévue dans les prochaines années par l'Insee [FAP, 2019]. Pourtant, depuis plusieurs années, une forte pression s'exerce sur l'accès à l'hébergement d'urgence qui est mis à l'épreuve, et malgré l'augmentation des budgets dédiés à ces services, le nombre de personnes à la rue qui ne peuvent être prises en charge est de plus en plus élevé.

Depuis vingt-six ans, MdM mène des actions spécifiques auprès des personnes sans domicile fixe. En 2018, 13 programmes<sup>33</sup> interviennent dans l'objectif de créer du lien avec les personnes sans abri en situation de grande exclusion et d'extrême vulnérabilité. Sur l'année, plus de 12 400 contacts ont été établis avec les personnes à la rue.

De plus, dans les Caso, 5 048 personnes sans abri ont été accueillies soit 26,2 % de la file active totale des personnes reçues. Près des trois quarts des personnes sans domicile

reçus sont des hommes (72,6 %) et la moyenne d'âge est de près de 30 ans. Près des deux tiers des mineurs à la rue sont des mineurs isolés (63,1 %), soit 10,1 % de l'ensemble des personnes sans domicile. 12 % des femmes sans domicile fixe (âgées entre 11 et 45 ans) étaient enceintes lors de leur consultation médicale ou gynécologique.

Selon l'Insee, la part des étrangers a fortement augmenté chez les sans-domicile passant de 38 % en 2001 à 53 % en 2012 [FAP, 2012]. Cette augmentation est en partie liée à l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile, qui faute de place dans les hébergements dédiés, se retrouvent sans domicile. La tendance se confirme au sein des personnes reçues dans les Caso puisque la majorité des personnes sont d'origine étrangère : Afrique subsaharienne (56,7 %) suivi des ressortissants d'Europe hors UE (14 %) et du Maghreb (14 %).

*« Un couple demandeur d'asile a dormi plus d'un mois dehors malgré la présence d'un enfant de 1 an nécessitant un suivi médical et l'autre de 4 ans. Il aura fallu une interpellation publique du Préfet lors d'une réunion pour que cette famille obtienne une mise à l'abri. »*

[CASO de Nice, 2018]

### INTERVENTION AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES SQUATS/BIDONVILLES

Si depuis les années 1970, ils avaient quasiment disparu du paysage, ils resurgissent et se multiplient çà et là en France dès les années 1990, en particulier avec l'arrivée de migrants d'Europe orientale [CNDH Romeurope 2017]. Aujourd'hui la France est l'un des rares pays européens (avec l'Italie) à connaître la présence de bidonvilles sur son territoire [CNDH Romeurope 2018]. Selon l'état des lieux national des campements illicites et des bidonvilles produits par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), en juillet 2018, 16 090 personnes vivaient dans des bidonvilles ou des squats en France métropolitaine dont 26 % de mineurs [FAP 2019]<sup>34</sup>. Les bidonvilles s'installent le plus souvent dans des espaces non bâtis, des interstices urbains, des friches industrielles ou des zones rurales peu fréquentées.

Depuis 1992, MdM agit auprès des populations vivant dans les bidonvilles. Nos actions consistent à améliorer l'accès aux soins et à la prévention et favoriser l'accès à l'information

(31) Données issues des programmes bidonvilles de Bordeaux, Hénin-Beaumont, Ile-de-France, Lyon (2 programmes), Marseille, Nantes et Toulouse (2 programmes). Pas de données pour le programme de Montpellier et le programme squat de Toulouse.

(32) Estimation basse car l'étude ne prend pas en compte les personnes qui ne sollicitent pas les services sociaux et qui ne vivent pas dans les grandes agglomérations.

(33) Données issues des 7 programmes auprès des personnes isolées à la rue menés à Paris, Montpellier, Marseille, Nice, Rouen, Strasbourg et Toulouse et des 6 programmes d'intervention spécifique menés à Angoulême, à Bayonne, Nancy, Metz, Lyon, Paris.

(34) [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/recensement\\_juillet\\_2018\\_vweb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/recensement_juillet_2018_vweb.pdf)

et aux droits à travers des démarches d'«aller-vers» qui permettent d'atteindre les populations les plus isolées. En 2018, l'association compte 10 programmes travaillant auprès des populations habitant en bidonvilles. L'objectif de ces actions est de permettre aux habitants des bidonvilles d'accéder à leurs droits et de créer un lien avec les services de santé de droit commun pour y accéder directement et ainsi recouvrer une autonomie dans leur parcours de soins. En 2018, plus de 2 400 personnes ont bénéficié des interventions des équipes de MdM en bidonvilles.

*«L. apparaît très timide, un peu voûtée, pas un mot de français. La médiatrice peut échanger avec elle en roumain. Elle [...] a mal au ventre. L'examen sur le lieu est difficile. La médiatrice l'accompagnera au Caso. Laura est enceinte, elle en est contente mais ne va pas aux rendez-vous, elle ne sort pas toute seule du bidonville, trop peureuse. La médiatrice l'accompagne chaque fois que c'est possible. [...] Petit à petit L. sourit, prend de l'assurance, va à tous les rendez-vous. Elle accouche d'un petit garçon et après l'accouchement, elle souhaitera une contraception et suivra les rendez-vous de PMI. Elle est heureuse et épanouie avec son bébé, plus assurée, et se déplace désormais seule. Elle soutient dans sa grossesse une jeune mineure qui habite la cabane en face. [...] L'expulsion du bidonville en août 2018 met fin à cette situation apaisée.»*

**[Programme médiation en santé de Lyon, 2018]**

Sur la base des données disponibles, la Dihal estimait qu'environ la moitié des bidonvilles en 2015 ne disposait d'aucune forme de traitement des déchets ; deux tiers n'avaient aucun accès à un point d'eau et trois quarts fonctionnaient sans alimentation en électricité.

*«Comment ne pas tomber malade avec tous ces déchets autour de nous et sans toilettes...»  
«Mes enfants sont inscrits à l'école, mais souvent je ne peux pas les y amener, car je n'ai pas pu les laver...»*

**[Programme Migrant européen en précarité (MEP) de Toulouse, 2018]**

**La FAP a fait des constats similaires trois ans plus tard (en juillet 2018) avec 68 % des sites qui n'avait pas accès à l'eau, 72 % pas d'électricité et 41 % n'avait pas de système d'évacuation des déchets [FAP, 2019].** De plus, l'instabilité territoriale des personnes, créée par les procédures d'expulsion répétées, vient fortement compliquer leur accès aux droits comme le souligne le CNDH Romeurope [Romeurope 2017] (cf. encart page 79). La domiciliation, la scolarisation des enfants, l'accès à une couverture maladie et par conséquent aux soins sont ainsi fortement mis à mal. L'accumulation des risques sanitaires liés à la précarité de l'habitat, aux conditions de vie et les expulsions répétitives sont autant d'éléments qui rendent inefficace le droit à la santé pour des personnes vivant en bidonvilles. Dans ce cadre, l'accès aux soins se limite bien souvent à la gestion de l'urgence.

Un chapitre est consacré aux conditions de vie indignes page 78.

## LES PERSONNES RENCONTRÉES EN ZONES RURALES

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, près de 380 personnes en situation de précarité et ayant des difficultés

d'accès aux soins ont été prises en charge sur les programmes en zones rurales.

→ Dans les deux programmes, près de 58% des répondants ont déclaré avoir renoncé aux soins de santé au cours des douze derniers mois.

→ Les difficultés de transport et l'isolement social des personnes constituent les principaux obstacles à l'accès aux soins.

Les équipes de MdM sont témoins au quotidien des obstacles dans l'accès aux soins auxquels sont confrontées les personnes en situation de précarité à travers deux programmes en zone rurale : dans la Haute vallée de l'Aude, région Occitanie depuis 2016 et dans les Combrailles région Auvergne-Rhône-Alpes depuis 2013. En 2018, 374 personnes, majoritairement françaises ont été prises en charge, 178 dans les Combrailles et 196 dans la Haute vallée de l'Aude. La majorité des personnes rencontrées ont plus de 50 ans, sont de nationalité française et sans activité professionnelle. Dans les Combrailles, plus d'une personne sur deux est en situation de très grande précarité au sens du score Épices<sup>35</sup>.

*"J'ai monté une tente dans mon salon. Il fait plus chaud. L'hiver il doit faire environ 10 degrés dans la maison au réveil. J'ai souvent une crevasse sur le gros orteil car il fait froid. Je me lave avec l'eau que je monte de la rivière. Je la fais bouillir sur le poêle à bois et j'ai de quoi me faire ma toilette. »*

**[Programme personne en précarité en milieu rural dans la Haute vallée de l'Aude, 2018]**

La question des inégalités d'accès aux soins dans les zones rurales est une préoccupation grandissante. Les évolutions démographiques (vieillesse de la population française) associées à la médicalisation croissante entraînent une pression accrue sur l'offre de soins. La cause des inégalités ne réside pas tant dans la baisse du nombre de médecins (97 000 à 88 000 entre 2007 et 2017 selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)) que dans l'accessibilité aux praticiens en santé et particulièrement dans les zones rurales. En octobre 2018, la Drees a publié une étude qui mesure ces délais d'attente pour une prise de rendez-vous chez des médecins généralistes et spécialistes et qui varient beaucoup selon que le patient habite une zone fortement accessible ou non [DREES, 2018].

Les premières personnes impactées par ces changements structurels sont les plus précaires. Les « déserts médicaux » représentent, depuis une dizaine d'années, un enjeu politique fort, et de nombreuses mesures ont été prises par l'État (Pacte territoire-santé en 2012 puis 2015 ; Plan « renforcer l'accès territorial aux soins » en 2017) et les collectivités territoriales (financement des maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé multi-sites) pour garantir l'accès aux soins de tous les Français sur l'ensemble du territoire national. Ces initiatives n'ont cependant pas permis, à ce jour, de produire tous les effets escomptés, notamment pour ces publics vulnérables.

Dans les Combrailles comme dans la Haute vallée de l'Aude, si la majorité possède une couverture maladie, beaucoup ont évoqué le coût et les difficultés administratives les empêchant d'avoir une complémentaire santé au jour de leur première rencontre sur les programmes. Ainsi, les équipes constatent que de nombreuses personnes vivent dans des conditions de logement parfois difficiles. Ils sont touchés par la précarité énergétique<sup>36</sup> (habitat ancien très mal isolé, absence de chauffage, camping-car sans chauffage, difficultés à s'approvisionner en bois (coût, efforts physiques), et rencontrent des difficultés pour assurer leur hygiène quotidienne (absence d'eau chaude, de douche, de toilettes, de machine à laver, etc.). Ces situations complexes sont souvent accentuées par un isolement géographique qui peut avoir des conséquences sur la santé mentale des personnes (sentiment d'abandon, exclusion, perte de lien social). Les besoins d'accompagnement et de prise en charge en santé mentale en zone rurale sont grands, et les réponses apportées limitées : l'accès à une consultation psychologique dans le droit commun rencontre encore de nombreux obstacles (distance géographique, délais de rdv, barrière financière, etc.).

**Ainsi, en raison de l'isolement social et géographique mais aussi de conditions de vie globalement précaires, le**

(35) Le score Epices est un indicateur individuel de précarité, construit en 1998, qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il se base sur 11 questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) [CETAF 2005].

(36) « Est en situation de précarité énergétique [...] une personne qui éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat ». (Loi du 10 juillet 2010, dite loi Grenelle 2). Selon l'Observatoire national de la précarité énergétique, en 2014, ce sont 5,1 millions de ménages (12 millions d'individus) qui sont en situation de précarité énergétique. 35 % d'entre eux vivent en zones rurales.

**renoncement aux soins est important parmi les personnes rencontrées par MDM (soins dentaires, psychiatriques, examens de dépistage (mammographie, frottis, IST, etc.), prise de sang, IRM, correction visuelle, prothèses auditives, etc.) : dans les deux programmes, 57,7 % des répondants ont déclaré avoir renoncé à un soin au cours des douze derniers mois.**

*« Je voyais la psychologue à Saint-Eloy depuis deux ans mais ça a fermé alors maintenant c'est à Riom, ça fait trop loin, mon père peut pas m'emmener. J'aimerais bien continuer à la voir... »*

**[Programme Accès aux soins en milieu rural  
Rescorda, Auvergne, 2018]**

*« Je ne mens pas en disant que j'ai sollicité tout le monde : les hôpitaux, les privés... Avec des dates de rendez-vous où j'ai le temps de mourir trente fois. C'est pas sécurisant, j'ai la trouille. C'est pas que je me soigne pas, c'est que je ne sais pas où aller pour me faire soigner. »*

**[Programme personne en précarité en milieu rural  
dans la Haute vallée de l'Aude, 2018]**

## DES DIFFICULTÉS TERRITORIALES QUI GÈNÈRENT DES RENONCEMENTS AUX DROITS ET AUX SOINS

Si l'accessibilité aux structures de droit commun est l'un des obstacles dans l'accès aux soins pour les personnes rencontrées dans les Caso, elle est caractéristique des zones rurales qui sont témoins du désengagement des services publics avec la réduction drastique de l'offre de transports en commun. La difficulté de transport dans l'accès à la santé va également de pair avec la raréfaction de l'offre de soins et l'impossibilité d'avoir accès à des professionnels de santé dans un périmètre et un délai raisonnable. En 2017, 8 % de la population française réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes avec une accessibilité<sup>37</sup> inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant [DREES, 2017]. Dans les Combrailles, **23 % des personnes reçues en 2018 ont déclaré avoir rencontré des difficultés de transport pour se faire soigner.** Ces personnes ont évoqué des distances géographiques très importantes à parcourir et donc des temps de trajets longs parfois incompatibles avec une activité professionnelle (ex : une journée de remplacement pour un agriculteur coûte entre 120 et 150 euros). Les réseaux de transport en commun sont de plus en plus limités en milieu rural (manque de régularité et de desserte) et les horaires ne sont pas adaptés à des rendez-vous médicaux et à une vie familiale (ex : départ très tôt le matin et retour très tard le soir). De plus, 52 % des personnes reçues en 2018 n'ont pas de véhicule personnel : la grande majorité d'entre elles exprime rencontrer des difficultés financières pour acheter et entretenir un véhicule ou pour financer le déplacement (essence, taxi...).

*« Le taxi ; c'est hors de prix ; 100 euros pour le taxi... »*

**[Programme Accès aux soins en milieu rural  
Rescorda, Auvergne, 2018]**

Face à cela, les aides à la mobilité sont peu nombreuses et restrictives. C'est le cas par exemple des prescriptions médicales de transport prises en charge par l'assurance maladie et dont les critères sont de plus en plus restreints (ex : en cas d'hospitalisation, prise en charge du transport uniquement le jour de l'hospitalisation mais tous les rendez-vous pré et post opératoires ne sont pas pris en charge...).

**Fort de son expérience, MDM milite pour faciliter l'accessibilité physique des personnes aux structures de soins et de prévention et suggère d'élargir par exemple les critères d'éligibilité pour la prise en charge des transports par l'assurance maladie pour les rendez-vous médicaux.** Les conditions de ressources des ménages, l'éloignement géographique et l'absence de moyen de transport devraient être pris en considération.

**MDM suggère aussi de développer des dispositifs innovants comme des plateformes de transport pour les rendez-vous médicaux au sein même des établissements de santé (centres, maisons de santé, CMP et hôpitaux).**

**MDM soutient le développement de permanences de médecins spécialistes en milieu rural notamment dans les maisons ou centres de santé déjà en place sur le territoire. En outre, MDM suggère de faciliter l'accès financier des dispositifs de remplacement professionnel pour certaines professions (ex : agriculteurs) éloignées des centres-villes en cas de rendez-vous médicaux, ou pour du répit.**







02

**ÉTAT DE SANTÉ  
ET ACCÈS  
À LA PRÉVENTION  
ET AUX SOINS  
DES PERSONNES  
ACCUEILLIES EN 2018**

---

# 1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS ACCUEILLIS DANS LES CASO

## LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 22092 consultations de médecine générale ont été réalisées : les principales pathologies diagnostiquées sont d'ordre digestif, respiratoire et ostéoarticulaire.

→ Plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique.

→ Un retard de recours aux soins est constaté dans près d'une consultation sur deux.

40

En 2018, 15 025 personnes ont été reçues dans les Caso par un médecin généraliste et 22092 consultations de médecine générale ont été réalisées. Dans 83 % des consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué par les médecins ; dans 14,6 % des cas au moins, deux problèmes de santé ont été identifiés.

## UNE PRÉDOMINANCE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET DU SYSTÈME DIGESTIF

Les problèmes de santé<sup>38</sup> les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif (24,3 %), ostéoarticulaire (20,1 %) et respiratoire (19,7 %). Ils sont suivis par les problèmes dermatologiques (15,2 %), cardiovasculaires (8,7 %) et psychologiques (8,6 %) (tableau 10). Les troubles psychologiques font l'objet d'un chapitre spécifique page 48.

Une étude comparative des motifs de consultations entre les patients de médecine générale de ville et ceux des Caso a révélé que les infections étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les patients reçus dans les Caso que chez ceux de médecine générale de ville et notamment les infections aiguës hivernales (infections aiguës des voies respiratoires supérieures, bronchites et bronchiolites) et les hépatites virales. La fréquence des problèmes digestifs, cutanés et respiratoires était également plus élevée parmi

les consultants des Caso [Huaume 2017]. L'absence ou les mauvaises conditions de logement (promiscuité, insalubrité, absence de chauffage, humidité) et les difficultés d'accès à une alimentation quantitativement et qualitativement suffisante les rendent d'autant plus vulnérables à ces pathologies [Kentikelenis 2015, Huaume 2017].

Au total, plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique<sup>39</sup> (tableau 9) selon le diagnostic des médecins. L'étude précitée a mis en évidence une fréquence plus importante des pathologies chroniques chez les consultants des Caso âgés de 15 à 44 ans par rapport aux patients de médecine générale [Huaume 2017]. Ce résultat pourrait être lié à l'apparition plus précoce des pathologies chroniques chez les migrants, du fait de leurs habitudes et comportements dans leur pays d'origine, de leur parcours de migration et de la précarité de leurs conditions de vie dans le pays d'accueil [Kaoutar 1990]. Par exemple, la fréquence du diabète de type 2 était aussi élevée dans la population consultant en Caso qu'en médecine de ville, malgré une différence moyenne d'âge de dix ans, ce qui témoigne du risque de diabète précoce dans cette population [Choukem, 2014].

TABLEAU 9 : SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS REÇUS LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2018

	% <sup>(1)</sup>	n
Pathologie chronique	56,2	4 947
Pathologie aiguë	53,7	4 725
Indéterminée	6,4	560

Taux de réponse : 66,6 %.

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

Enfin, 84,2 % des patients reçus en consultation nécessitent un suivi et/ou un traitement, ce qui pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et

(38) Les pathologies sont codées à l'aide de la classification internationale des soins de santé primaires (CISP) (cf. Annexe 1).

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

vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, plus de la moitié n'avait ni suivi, ni traité le problème de santé avant leur première visite au Caso.

Les médecins de MdM estiment que 46,5 % des patients présentent un retard de traitement, un retard atteignant

68,2 % pour les patients atteints d'une maladie chronique. Enfin, les problèmes identifiés sont considérés comme urgents ou assez urgents pour 40,4 % des patients.

Une partie spécifique est consacrée au renoncement et au retard de recours aux soins page 65.

## « MA SANTÉ 2022 » : PAS DE MESURES CONCRÈTES POUR LES PERSONNES PRÉCAIRES OU ÉLOIGNÉES DU SOIN

En septembre 2018, le président de la République a présenté la stratégie « Ma santé 2022 ». Cette stratégie se voulait comme un ensemble de mesures visant à adapter le système de santé français aux nouveaux défis, en cherchant une meilleure efficacité des soins, et une offre de santé accessible à toutes et tous. Cette stratégie s'articule autour d'une cinquantaine de mesures devant être adaptées sur le plan législatif, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, et dans un projet de loi santé alors en préparation.

Présentée comme un projet global de santé, MdM s'est très vite inquiété du périmètre restreint des propositions avancées par la stratégie « Ma santé 2022 ». Les mesures annoncées ne permettaient 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. Or, la même année, la stratégie de lutte contre la pauvreté écartait, quant à elle, les enjeux d'accès à la santé en les renvoyant à d'autres politiques publiques. Ces craintes se sont révélées fondées. Le projet de loi « santé » visant à transposer la stratégie « Ma santé 2022 » en droit s'est révélée être une loi exclusivement axée sur l'organisation des soins, passant à côté de certains enjeux essentiels.

MdM s'est mobilisé, en lien étroit avec des partenaires associatifs au premier titre desquels la Fédération des acteurs de la solidarité (Fas), afin que la lutte contre les inégalités sociales de santé soit véritablement prise en compte dans

les évolutions du système de santé. Les propositions visaient à lutter contre le non-recours et à améliorer l'accès aux droits et à la santé.

Plusieurs des propositions associatives ont été écartées, à l'image de l'intégration de l'Aide médicale de l'État (AME) au système de santé de droit commun. Des avancées modestes ont été annoncées, contre les refus de soins ou pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation précaire dans les formations des professionnels de santé ; elles n'ont malheureusement pas été incluses dans le texte de loi final.

L'implication des associations a surtout permis d'améliorer le texte sur la meilleure prise en compte des populations confrontées à des inégalités dans l'organisation de la santé dans les territoires. L'organisation des projets territoriaux de santé devront intégrer des actions spécifiques en direction de publics précaires. Ces actions peuvent notamment intégrer une offre de médiation en santé. Cette démarche pour laquelle la Haute autorité de santé (HAS) a publié un référentiel en octobre 2017 permet de faire l'intermédiaire entre les personnes très éloignées du soin et les structures de santé. Elle vise à renforcer la capacité des personnes à s'inscrire et à se saisir de leur parcours de santé, se l'approprier et s'y autonomiser. La médiation en santé a fait ses preuves auprès de publics en situation de précarité, aussi bien pour les habitants des zones rurales que des bidonvilles.

TABLEAU 10 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2018.

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	n
<b>Système digestif</b>	<b>24,3</b>	<b>3203</b>
<b>Symptômes et plaintes du système digestif</b>	<b>14,8</b>	<b>1953</b>
<b>Affections dents-gencives</b>	<b>5,0</b>	<b>666</b>
Autres diagnostics du système digestif	3,3	441
Hépatites virales	1,4	188
Infections gastro-intestinales	1,2	154
Pathologies ulcéreuses	0,3	38
<b>Ostéoarticulaire</b>	<b>20,1</b>	<b>2648</b>
<b>Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires</b>	<b>8,2</b>	<b>1088</b>
<b>Symptômes et plaintes du rachis</b>	<b>4,4</b>	<b>585</b>
<b>Syndromes dorsolombaires</b>	<b>4,1</b>	<b>543</b>
Autres diagnostics locomoteurs	3,8	498
<b>Respiratoire</b>	<b>19,7</b>	<b>2597</b>
<b>Infections respiratoires supérieures</b>	<b>6,6</b>	<b>874</b>
Toux	3,7	484
Infections respiratoires inférieures	3,3	430
Autres diagnostics du système respiratoire	3,0	391
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,1	278
Asthme	1,9	251
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,2	154
<b>Peau</b>	<b>15,2</b>	<b>2009</b>
<b>Symptômes et plaintes cutanés</b>	<b>4,1</b>	<b>536</b>
Parasitoses/ Candidoses	4,0	523
Autres pathologies cutanées	2,6	345
Infections cutanées	1,9	255
Dermatites atopiques et contact	1,7	229
Eruptions cutanées/ Tuméfactions	1,5	199
<b>Général et non spécifié (1)</b>	<b>11,0</b>	<b>1455</b>
<b>Symptômes et plaintes généraux</b>	<b>7,3</b>	<b>964</b>
Diagnostics non classés ailleurs	1,3	178
Tuberculoses	0,3	34
<b>Cardiovasculaire</b>	<b>8,7</b>	<b>1153</b>
<b>Hypertension artérielle</b>	<b>5,5</b>	<b>724</b>
Pathologies vasculaires	1,3	171
Cardiopathies, troubles du rythme	0,9	124
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	0,8	104
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,4	51
<b>Psychologique</b>	<b>8,6</b>	<b>1129</b>
<b>Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques</b>	<b>6,5</b>	<b>853</b>
Syndromes dépressifs	1,3	177
Autres problèmes psychologiques	0,7	86
Psychoses	0,3	42
Usage de substances psychoactives (alcool)	0,1	16
Usage de substances psychoactives (drogues)	0,1	15
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,1	9
<b>Neurologique</b>	<b>5,8</b>	<b>766</b>
Autres diagnostics neurologiques	2,8	374
Symptômes et plaintes neurologiques	2,7	355
Epilepsie	0,3	43

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	n
<b>Métabolisme, nutrition, endocrinien</b>	<b>5,6</b>	<b>740</b>
<b>Diabète (insulino et non insulino-dépendant)</b>	<b>4,1</b>	<b>536</b>
Autres diagnostics métaboliques	1,1	142
Excès pondéral-Obésité	0,3	42
Symptômes et plaintes métaboliques	0,3	37
<b>Œil</b>	<b>4,4</b>	<b>577</b>
Infections de l'œil	1,9	253
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,7	226
Autres diagnostics du système oculaire	0,6	84
Lunettes-lentilles	0,1	18
<b>Système génital féminin</b>	<b>3,9</b>	<b>517</b>
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,4	186
Troubles des règles	1,0	130
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	0,8	110
Autres diagnostics du système génital féminin	0,7	92
<b>Grossesse, accouchement</b>	<b>3,7</b>	<b>484</b>
Grossesses et couches non pathologiques	2,5	331
Symptômes et plaintes liée à la grossesse, accouchement	0,6	85
Grossesses et couches pathologiques	0,2	25
Contraception	0,2	24
<b>Système urinaire</b>	<b>3,4</b>	<b>443</b>
Symptômes et plaintes urinaires	1,6	211
Infections urinaires / rénales	1,4	188
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,4	55
<b>Oreille</b>	<b>3,0</b>	<b>390</b>
Infections du système auditif	1,6	206
Symptômes et plaintes du système auditif	1,0	129
Autres diagnostics du système auditif	0,5	65
<b>Système génital masculin</b>	<b>1,8</b>	<b>234</b>
Symptômes et plaintes du système génital masculin	1,0	135
Autres diagnostics du système génital masculin	0,4	53
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,3	39
<b>Sang, système hématologique/immunologique</b>	<b>1,5</b>	<b>203</b>
Anémies	0,6	81
VIH	0,5	63
Symptômes et plaintes du système hématologique/immunologique	0,2	28
Autres diagnostics du système hématologique/immunologique	0,2	24
<b>Catégories transversales</b>	<b>6,2</b>	<b>813</b>
Traumatismes	3,2	419
Maladies infectieuses non classées ailleurs	1,4	190
Peurs de / Préoccupations	1,1	148
Cancers	0,5	65

Taux de réponse : 87,9 %.

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 bucco-dentaires sont la plupart du temps orientées vers les urgences hospitalières ou vers les Pass dentaires lorsqu'elles existent. Certains Caso<sup>40</sup> proposent toutefois des consultations dentaires dans leurs locaux. En 2018, ces derniers ont réalisé 1 939 consultations dentaires pour 944 patients, soit en moyenne 2,1 consultations dentaires par personne. Lors de ces consultations, 332 personnes de 12 ans ou plus ont bénéficié d'un bilan de l'état bucco-dentaire au cours duquel l'indice CAO a été calculé<sup>41</sup>. Les patients présentent en moyenne 5 dents cariées et 5 dents absentes, 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.

La santé bucco-dentaire est un domaine dans lequel s'expriment de manière aiguë les inégalités sociales. En effet, le nombre de dents cariées varie selon 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]. Face à des remboursements très partiels en particulier pour les prothèses dentaires auxquels s'ajoute de nombreux dépassements d'honoraires, le recours aux soins dentaires est limité et les dépenses consacrées aux soins dentaires passent bien souvent au second plan et entrent en compétition avec d'autres priorités budgétaires (alimentation, logement...). Rappelons que « [...] les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition » [Rilliard 2012]. Le recours aux soins dentaires devient alors motivé uniquement par la douleur et l'urgence des situations.

Il est reconnu qu'à long terme, l'absence de consultation dentaire et la mauvaise santé bucco-dentaire qui en découle peuvent avoir des répercussions graves sur l'état de santé général physique et psychologique des personnes [Tessier 2012]. À ce titre, une enquête de MdM auprès des publics précaires d'Angoulême réalisée en 2015 a révélé que pour plus de 40 % des personnes, l'absence de dents affecte leurs relations sociales ; 57 % se sont déclarés parfois à très souvent préoccupés ou inquiets au cours des trois 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.**

(40) Caso de Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Rouen et Strasbourg.

(41) 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. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

## DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

### LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 89 % des femmes en âge de procréer ne disposent d'aucune contraception lors de leur première visite au Caso.

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

→ Un quart des femmes enceintes sont sans domicile fixe (à la rue ou en hébergement d'urgence de moins de quinze jours).

→ Parmi les femmes enceintes, 42 % présentent un retard de suivi dans leur grossesse selon les médecins.

partagés par le Haut Conseil à l'égalité qui souligne le peu de suivi gynécologique des femmes en situation de précarité [Haut Conseil à l'égalité, 2017].

Ainsi, en matière de planification familiale, la contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans reçues au Caso apparaît peu fréquente puisque seules 11,2 % en ont déclaré une et que seules 7,2 % des femmes qui n'en ont pas en souhaiteraient une. De plus, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qui est en théorie accessible en ville comme à l'hôpital aux personnes avec ou sans couverture maladie<sup>43</sup> et remboursable à 100 % depuis 2016, 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. Ainsi, si l'ensemble du parcours IVG s'est amélioré en matière de droit, sa mise en œuvre n'est pas encore effective.

*« Mme X. a une IVG programmée le jour même où il lui est possible de demander l'AME et elle a rendez-vous la veille de l'intervention avec le service social hospitalier pour constituer son dossier. Trois jours avant, le bureau des entrées l'appelle et la menace d'annuler l'IVG si elle ne ramène pas immédiatement les pièces nécessaires. »*

[Caso de Nice, 2018]

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 19 % d'entre elles ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie. Rappelons que le cancer du col est l'un des cancers marquant les inégalités sociales [Inca 2016(a), Bryere 2017]. 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 au vu d'un 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 moins bon.

Les femmes reçues dans les Caso ont un moindre accès aux soins. En effet, une étude a démontré que les femmes représentent 64 % des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des douze derniers mois [Odenore, 2016].

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté fait le constat que la France est l'un des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. Le taux de mortalité maternelle en France est 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 France<sup>42</sup>. Les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles et relèvent, entre autres, de la barrière linguistique, des conditions de travail des femmes précaires, du manque de moyens financiers et des freins culturels symboliques [Haut Conseil à l'égalité, 2017].

### SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

En 2018, 4720 femmes de 15 ans ou plus ont été reçues en consultation médicale avec un médecin généraliste et 343 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. Les mêmes constats sont également

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

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

## AMÉLIORER L'ACCÈS AU DÉPISTAGE DU CANCER CERVICO-UTÉRIN DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : ÉTUDE INTERVENTIONNELLE D'ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE CHEZ LES FEMMES RENCONTRÉES DANS LES PROGRAMMES DE MDM

L'infection génitale par un papillomavirus (HPV) est l'infection sexuellement transmissible virale la plus fréquente en population générale. On considère que plus de 70 % des hommes et femmes sexuellement actifs rencontreront un papillomavirus au moins une fois dans leur vie [Pasteur 2018 ; Garnier, 2013]. Si le virus est le plus souvent asymptomatique, il persiste chez 10 % des femmes infectées et peut évoluer vers un cancer du col de l'utérus (CCU) dans un délai de 5 à 20 ans [Pasteur 2018 ; Garnier, 2013]. **Avec environ 570 000 nouveaux cas et 311 000 morts en 2018, le CCU est le quatrième cancer le plus fréquent et le quatrième des plus meurtriers chez la femme dans le monde [Globocan, 2018]. Les cancers du col de l'utérus touchent près de 3 000 femmes et causent environ 1 100 décès chaque année en France [Inca 2018].**

**Le moindre recours au dépistage, voire l'absence de dépistage est particulièrement fréquent parmi les femmes présentant des facteurs économiques et sociaux défavorables, comme un faible revenu ou l'absence de couverture sociale ou de santé [Barré 2017, Beltzer 2017].** Par ailleurs, le fait d'être une femme migrante ou d'origine migrante (née à l'étranger) constitue un facteur de non-recours au dépistage du cancer du col dans le pays d'accueil, principalement en raison de difficultés d'accès aux droits, du manque d'information sur le système de santé et de barrières culturelles ou linguistiques [Barré 2017].

L'organisation d'un programme national de dépistage de cancer de col de l'utérus est une priorité du plan national cancer et constitue un élément de réponse afin de faciliter l'accès au dépistage. Comme préconise l'Institut national de cancer (Inca), il est également nécessaire de proposer des actions spécifiques aux populations vulnérables et/ou éloignées du système de santé et de réduire les barrières d'accès [Inca 2018].

La technique de référence pour le dépistage CCU est le frotis cervico-utérin (FCU). Néanmoins, les tests de détection de l'HPV sont associés à une bonne efficacité et adhésion de la part des femmes. De plus, la technique d'auto-prélèvement (APV) a été décrite comme plus facile à réaliser qu'un FCU. En France, les nouvelles recommandations de la HAS incluent la recherche de l'HPV comme stratégie de dépistage [HAS 2019].

Afin d'améliorer l'accès à la prévention du CCU des femmes en situation de précarité, Mdm a mené une étude interventionnelle financée par l'Inca pendant 22 mois (de mars 2017 à décembre 2018) au sein de 7 programmes (4 Caso/Caoa, 1 programme

auprès des personnes vivant en squats/bidonvilles et 2 programmes auprès des travailleuses-eurs du sexe) dans 4 villes (Bordeaux, Lyon, Paris et Rouen).

L'objectif de l'étude était d'améliorer l'accès au dépistage du CCU des femmes reçues à Mdm. Ce projet consistait en la mise en œuvre de consultations de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive associées à la proposition de dépistage. Il s'agissait de comparer deux stratégies de dépistage afin de déterminer laquelle permettait d'obtenir une plus grande participation des femmes et de détecter une plus grande proportion d'anomalies cellulaires. Les deux stratégies à comparer étaient soit une orientation directe pour la réalisation d'un FCU au niveau d'une structure partenaire soit la dispensation d'un kit d'auto-prélèvement pour la recherche de HPV (APV-HPV) dans un premier temps, avec une orientation pour la réalisation d'un FCU au niveau d'une structure partenaire en cas de positivité du test APV-HPV dans un second temps. Le dépistage était finalisé soit à la réalisation d'un FCU soit à un résultat négatif du test APV-HPV.

Les résultats ont permis de confirmer les points suivants :

- Les femmes en situation de grande précarité ont un accès limité aux ressources spécialisées en santé sexuelle et reproductive et aux programmes dépistage de CCU. Les consultations de prévention réalisées par les équipes de Mdm ont permis d'aborder les différentes thématiques pouvant être discutées lors d'une consultation gynécologique et d'apporter aux femmes des connaissances sur leur anatomie, sur le cancer du col et son dépistage. Elles ont permis d'échanger autour de leur vécu et ont visé à offrir un espace privilégié d'écoute et de parole. Si l'on souhaite augmenter la participation des femmes au dépistage du cancer du CCU, il est indispensable de développer des consultations de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive<sup>44</sup> permettant aux femmes d'obtenir une information adaptée concernant le dépistage du cancer du col en particulier.

- L'APV-HPV est une méthode innovante et effective, permettant de favoriser la participation au dépistage. Par conséquent, il est essentiel de pouvoir mettre à disposition des test APV-HPV dans les PMI, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les CeGIDD et autres centres de santé.



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

Un faible suivi gynécologique et notamment l'insuffisance d'accès à la contraception expliquent en partie la prévalence des grossesses non prévues et non désirées chez les femmes en grande précarité.

En 2018, 12,4 % des femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Parmi ces femmes, 5,6 % étaient mineures soit deux fois plus qu'en population générale pour les moins de 20 ans<sup>45</sup>. Il s'agissait d'une première grossesse pour un tiers de ces femmes. Concernant la situation familiale, la moitié d'entre elles sont seules et une sur deux a déjà des enfants mineurs. L'analyse de leur situation administrative indique que plus de 50 % d'entre elles sont en situation irrégulière au regard du droit de séjour en France. De plus, **seules 8,3 % des femmes enceintes vues en consultation médicale ont des droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.**

Les conditions de logement de ces femmes apparaissent particulièrement difficiles. La moitié d'entre elles sont hébergées par une association ou des connaissances (55,4 %), 25,9 % sont sans domicile fixe (hébergement d'urgence ou à la rue) et 7 % vivent dans un squat ou bidonville. Le problème de l'hébergement se pose également en fin d'hospitalisation après l'accouchement. En effet, les femmes considérées comme sans abri et leur nouveau-né n'ont pas toujours accès à un logement viable. Le 115 a ainsi noté une augmentation du nombre de «bébés sans abri» en Seine-Saint-Denis<sup>46</sup>. Alertés par cette situation, certains établissements hospitaliers prolongent au mieux les périodes d'hospitalisation après l'accouchement<sup>47</sup>.

**La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse.** En effet, **42,3 % des femmes enceintes reçues dans les Caso présentent un retard de suivi de grossesse**<sup>48</sup> et seulement 46,7 % ont eu accès à des soins prénataux au cours de la grossesse (tableau 11). Au total, 59 % des femmes enceintes nécessitaient selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente, soit du fait d'une urgence obstétricale avérée ou potentielle, soit du fait d'un retard ou d'une absence de suivi de grossesse. Ces résultats, démontrés par ailleurs [Azria 2015, Rapport de l'OMS 2018], mettent en évidence un défaut de surveillance prénatale parmi les femmes en situation précaire et par conséquent des risques plus importants d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou de mise au monde d'enfants de petit poids.

TABLEAU 11 : SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES ENCEINTES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE OU GYNÉCOLOGIQUE DANS LES CASO, 2018.

Femmes enceintes (entre 11 et 49 ans)	%	n
Accès aux soins prénataux	46,7	150
Retard de suivi de grossesse	42,3	141

Taux de réponse : Accès aux soins : 66,3 % ; Retard de suivi : 68,8 %.

**Il convient, comme l'a suggéré le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), d'adapter les stratégies en matière de santé sexuelle et reproductive « afin de toucher les populations les plus éloignées du système de prévention et de soins »** telles que les migrants, les personnes détenues, les personnes homosexuelles, **« de développer des actions allant au-devant de publics les plus exposés et les plus vulnérables aux IST »** et de proposer une politique transversale incluant la réorganisation et mise en cohérence des structures d'accueil, de prévention et de soins [HCSP 2016(a)].

**En ce sens, la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et la feuille de route 2018-2020 du ministère de la Santé posent un cadre favorable à la promotion de la santé sexuelle. Pour MDM, qui participe au comité de pilotage de cette stratégie, celle-ci constitue une avancée. Ainsi, elle devrait permettre d'améliorer l'information et la formation dans ce domaine, d'améliorer l'offre générale, de renforcer et adapter l'offre de santé sexuelle notamment pour les femmes en situation de migration ou de précarité.**

(45) Source Insee, état civil (exploitation Fnors), INJEP 2016 Les grossesses à l'adolescence en France.

(46) <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2018/09/08/97001-20180908FILWWW00118-seine-saint-denis-hausse-inquietante-de-bebes-sans-abri.php>

(47) <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/01/28/01016-20160128ARTFIG00020-le-douloureux-parcours-des-femmes-enceintes-a-la-rue.php>

(48) 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.

# 3. SOUFFRANCE ET TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS DES CASO<sup>49</sup>

## LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, un trouble d'ordre psychologique ou psychiatrique a été repéré pour près de 9 % des personnes reçues en consultation de médecine générale

→ Les patients victimes de violences, demandeurs d'asile ou les personnes seules ou vivant à la rue ont une prévalence plus élevée de troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique.

→ 12 % des mineurs non accompagnés sont concernés par des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique.

48

Près de la quasi-totalité des personnes accueillies dans les Casos sont des ressortissants étrangers. Parmi eux, une grande partie vient, ou a 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. Dans les Casos, ce sont près de 2 000 personnes qui ont déclaré avoir été victimes de situations violentes en 2018. Ce chiffre ne représente toutefois pas la proportion réelle de victimes de violences, question délicate et difficile à aborder systématiquement avec les personnes rencontrées. Les parcours migratoires apparaissent de plus en plus longs, difficiles et violents [Centre primo Levi 2018]. 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]. Une étude du Comede a d'ailleurs montré que 62 % des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14 % des antécédents de torture et 13 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle [Veisse 2017].

*« (...) Ils m'ont gardé en Libye pendant un an et huit mois. Un an et huit mois en Libye ! Là-bas on a été un esclave. On a travaillé tous les jours, les Libyens nous surveillaient avec des fusils (...) je les ai vus les morts, partout. Ils les ont accrochés comme ça contre le mur. Tous les jours, les morts ils les jetaient avec les poubelles. Moi j'ai passé un an en Italie. Pendant un an je n'ai pas pu parler à cause du choc. »*

[Caoa de Paris, 2018]

En 2018, des troubles d'ordre psychiatrique ou psychologique ont été repérés chez 8,6 % des patients reçus en consultation médicale avec un généraliste. Les troubles anxieux (anxiété, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs (tableau 12). Par ailleurs, les migrants sont confrontés à des barrières culturelles et linguistiques pouvant compliquer les échanges. De plus, leur niveau de résilience<sup>50</sup> est particulièrement élevé, ne laissant pas deviner la souffrance sous-jacente et rendant le diagnostic de tels troubles difficiles. Enfin, les mécanismes psychologiques de survie protègent aussi les personnes de l'expression des troubles (c'est le cas, par exemple de la dissociation dans le traumatisme).

Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi 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.

(49) Les données recueillies en matière de santé mentale chez les personnes reçues dans les Casos doivent être considérées avec précaution. Elles sont probablement sous-estimées dans la mesure où les troubles psychologiques sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé.

(50) 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 ».

**TABLEAU 12 : FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2018.**

	%	n
<b>Troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués</b>	<b>8,6</b>	<b>1 127</b>
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques	6,5	853
Syndromes dépressifs	1,3	177
Autres problèmes psychologiques	0,7	86
Psychoses	0,3	42
Usage abusif de substances psychoactives	0,3	36

Taux de réponse : 87,9 %..

Chez les ressortissants étrangers, 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) [Veisse 2018]. Parmi les ressortissants étrangers, beaucoup ont fui un pays dans lequel ils étaient persécutés et présentent des parcours de vie difficiles. Aux traumatismes et violences subies dans leur pays viennent s'ajouter également les violences subies lors du parcours migratoire, la perte des liens avec les proches –y compris les enfants, les pressions policières ou celles des passeurs.

Par ailleurs, le fait de vivre à la rue, d'être seul et d'être en demande d'asile sont fortement associés à la présence de troubles d'ordre psychologique (*tableau 13*). Veisse et al. rappellent que le poids de la détresse sociale, liée en partie à la précarité administrative, aux conditions de vies et aux incertitudes liées à l'avenir reste indéniable sur la gravité des troubles psychiques chez les personnes exilées [Veisse 2018].

Dans les Caso, 13 % des demandeurs d'asile présentaient un trouble d'ordre psychologique selon les médecins. Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des syndromes anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques mais aussi par des syndromes dépressifs.

*«J'ai rendez-vous avec un psychologue. Avant, je n'avais pas de problèmes psy. Mais, maintenant, après avoir passé deux ans en Europe, j'ai des petits soucis. (...) Ma femme est restée au Soudan avec nos enfants. Elle ne comprend pas ce que je vis ici. Comme moi à l'époque, elle pense qu'en Europe tout est facile.»*

[Caoa de Paris, 2018]

Les soignants témoignent de fréquentes décompensations de syndromes psychotraumatiques et de dépressions lors de la détérioration de la situation socio-administrative ou des rejets de demande d'asile qui, rappelons-le, concernent deux demandeurs sur trois. **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. Dans le même esprit, le refus de reconnaissance de la minorité chez les mineurs non accompagnés est tout aussi dévastateur. À ce titre, il convient de souligner que davantage de troubles psychologiques ont été diagnostiqués chez les enfants et adolescents non accompagnés<sup>51</sup> accueillis dans les Caso de MdM que chez les autres mineurs (12,1 % versus 5,4 %). Comme le souligne le rapport commun de MdM et du Centre Primo Levi : *«la santé mentale de ces mineurs est particulièrement dégradée en raison de leur parcours de vie souvent extrêmement douloureux»* [Centre Primo Levi 2018]. Les soignants de MdM témoignent de séquelles sévères en lien avec les violences subies par ces jeunes. Il est impératif de porter une attention particulière à la prise en charge de leur souffrance psychique pour que ces jeunes puissent bénéficier d'un suivi et d'un parcours de soins adapté dans les structures de droit commun.

(51) Un chapitre spécifique sur les mineurs non accompagnés est disponible page 88.

## PENSER LE TRAVAIL DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AVEC LES CONTRAINTES LÉGISLATIVES LIÉES AU PARCOURS DES EXILÉS

Témoignage d'une bénévole médecin psychothérapeute dans un Caso MdM

La majorité des personnes rencontrées dans les structures de MdM sont des exilées. Parmi elles figure un certain nombre de demandeurs d'asile, qu'ils/elles aient déjà entamé des démarches auprès de l'Ofpra ou qu'ils/elles pensent le faire. Mais, parfois, certains ne l'ont pas envisagé. Certains sont déjà accompagnés par des associations ou vont bénéficier de l'appui juridique proposé par MdM. Les situations rencontrées et racontées sont plurielles, mais toutes rendent compte de persécutions, de violences et de mise en danger de mort en cas de retour au pays. Il ne s'agit pas ici de revenir sur la procédure de l'Ofpra, mais simplement de rappeler la nécessité, dans le cadre de cette procédure, d'écrire un récit factuel et détaillé avec les motifs de la demande d'asile, d'en faire la preuve et, finalement, de se présenter «*en chair et en os*»<sup>(52)</sup> devant l'officier de l'Ofpra.

### Un récit est-il possible ?

Se présenter devant l'Ofpra implique d'être convaincant, c'est-à-dire pouvoir à la fois incarner son récit (et justement ne pas y être seulement «*en chair et en os*») mais aussi d'être le plus précis possible y compris sur les données spatio-temporelles. Beaucoup de personnes rencontrées ont vécu de telles violences intentionnelles qu'ils se présentent à nous avec la symptomatologie bien décrite du psycho-traumatisme.

Les altérations de la mémoire, les confusions et les pertes des repères spatio-temporels sont quasiment toujours présentes. Certains patients sont en état de stupeur ou figés, parfois avec une parole pauvre et éparpillée ou totalement mutiques. D'autres, au contraire, se présenteront très volubiles mais dans l'impossibilité de construire un récit cohérent. Ainsi, même quand un récit est possible, celui-ci peut être pauvre, mécanique, désaffecté. Le risque est alors de sa mise en doute lors de l'entretien à l'Ofpra. Plus inquiétants encore sont les patients qui n'envisagent même pas d'entamer une procédure tellement le monde extérieur est devenu invivable. Leur monde interne est peuplé de cauchemars et d'angoisses massives. Bien qu'une personne ne doive pas être réduite à ses symptômes, il est certain que ces manifestations cliniques rendent difficile une narration claire et détaillée auprès de l'officier de l'Ofpra. Dans ces conditions, une convocation trop rapide, comme en font mention les dernières directives de l'Ofpra, peut être délétère pour la personne. Un travail préalable s'impose, qui implique non seulement les juristes, mais également les professionnels de santé mentale. Au centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement (Caoa) de MdM à Paris, il n'est pas rare que les professionnels du droit aient recours à des thérapeutes du fait d'inquiétudes légitimes sur l'état psychique des personnes influant sur leur capacité à se présenter à l'entretien avec l'Ofpra.

### Que vient y faire le thérapeute ?

C'est un enjeu singulier pour un psychologue que de devoir accompagner des personnes qui devront réaliser ce type d'entretien administratif. Et pourtant, tout refus de l'asile et toute expulsion vers le pays d'origine pourrait avoir des conséquences dramatiques pour la personne, puisqu'il est parfois question de vie ou de mort. Il est également question de vie et non de survie quand une acceptation de l'asile vient ouvrir la possibilité de se construire un avenir en sortant de la clandestinité, en plus de l'aspect symbolique majeur du fait d'être cru et reconnu. À MdM, les équipes sont très attentives à l'importance de cette reconnaissance.

### Ces réalités juridico-administratives s'invitent dans notre travail d'écoute et de prescription.

Ainsi, il est évident que la médication seule, bien qu'elle soit nécessaire dans certains cas, est largement insuffisante à faire «*se tenir droit devant l'Ofpra*»<sup>(53)</sup>. Cependant, elle est souvent souhaitée par les personnes en quête d'oubli. Si le travail d'accompagnement du thérapeute a pour but de contribuer à l'amélioration de leur état de santé et notamment d'être prêts à se confronter aux instances de régularisation, pour autant, est-ce que la question du statut administratif est intégrée en tant que paramètre dans l'approche thérapeutique ?

### Retour sur expérience

Au Caoa de MdM, une plateforme multidisciplinaire a été mise en place en 2018 pour accompagner les demandeurs d'asile. Ainsi, un trinôme, constitué de juriste, psychothérapeute et interprète, est à l'écoute des personnes en demande d'asile. Un travail a été possible avec parfois des effets à court terme non-négligeables qui ont permis à certains patients de se présenter à l'Ofpra dans des conditions relativement bonnes. Ainsi, M. B. a plaidé pour un délai supplémentaire avant de se présenter à l'Ofpra, mettant en avant l'importance de sa thérapie et demandant de lui laisser le temps de «*retrouver sa mémoire en morceaux*»<sup>(54)</sup>. Ces patients n'ont pas pour autant interrompu leur suivi à l'aune du résultat. La question de l'exil, celle du psycho-traumatisme ne se traitent pas toujours en quelques mois.

### Le psychothérapeute ne travaille pas hors du champ politique, surplombant les réalités de son temps. Il ne peut pas ne pas prendre en compte les contraintes de la réalité sociale et du contexte législatif.

Dans le cas particulier des entretiens pour la demande d'asile, le professionnel de santé mentale peut envisager la question du passage devant l'Ofpra non pas comme une finalité réductrice mais comme une étape essentielle autant dans sa dimension symbolique que dans sa dimension pratique. Il appartiendra aux thérapeutes de bousculer certains postulats en intégrant les éléments de la réalité, notamment sociale et administrative et de ses urgences, dans la pratique clinique. Il s'agira de savoir se réinventer face à de nouvelles situations et nouveaux enjeux comme devant la singularité des personnes.

(52) Terme utilisé par un patient.

(53) Citation d'un patient.

(54) Ibid.

Les conditions de vie et d'accueil ainsi que la complexité des démarches pour l'accès aux droits et aux soins conduisent à la rupture de l'équilibre psychologique d'une personne et/ou la persistance des problèmes de santé mentale. Pour beaucoup de migrants, l'arrivée en France est un moment d'incertitude et d'insécurité qui peut durer de nombreuses années. L'étude Parcours, réalisée auprès des migrants d'Afrique subsaharienne, révèle que plus de la moitié des personnes interrogées n'ont accédé à un premier titre de séjour d'une durée minimale d'un an qu'au bout de trois ans en France ; par ailleurs, pour la moitié d'entre eux, l'accès au logement personnel n'est possible qu'après deux années de présence [Gosselin 2016]. Au total, six ans après l'arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'a toujours pas les trois éléments de sécurité que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel et un travail. Cette même étude démontre que le fait de ne pas avoir de titre de séjour est particulièrement anxiogène chez les ressortissants étrangers masculins [Pannetier 2017]. Leur inquiétude peut être liée à la peur d'être arrêté et donc expulsé, et celle d'échouer dans le parcours migratoire, ces derniers faisant plus souvent l'objet de contrôle policiers dans l'espace public que les femmes [Jobard 2012/3].

Par ailleurs l'étude Parcours, menée pour partie auprès des ressortissants subsahariens vivant avec le VIH ou l'hépatite B, révèle 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 [Aragona 2012].

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 est fortement saturée et quand l'offre existe, elle reste insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins. Par ailleurs la prise en charge des patients allophones reste fortement problématique. La question de l'interculturalité, dans le dépistage, l'identification des troubles ou le traitement des patients est rarement prise en compte et le recours à l'interprétariat 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 (cf. encart ci-dessous).

**TABLEAU 13 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE CHEZ LES ÉTRANGERS ACCUEILLIS DANS LES CASO, 2018.**

	Troubles psychologiques ou psychiatriques		
	%	n	OR <sup>†</sup>
<b>Ensemble des patients étrangers</b>	<b>8,4</b>	<b>1081</b>	
<b>Sexe</b>			
- Homme	9,1	742	Réf
- Femme	7,3	339	1,0 <sup>ns</sup>
<b>Âge</b>			
- Moins de 18 ans	6,6	149	0,8*
- 18-39 ans	9,9	702	Réf
- 40-59 ans	7,8	204	1,0 <sup>ns</sup>
- 60 ans et plus	2,8	25	0,4***
<b>Seul en France (célibataire ou MNA)</b>			
- Non	4,9	157	Réf
- Oui	9,9	818	1,6***
<b>Logement</b>			
- Personnel	6,6	36	1,4
- Hébergé	7,8	533	Réf
- Squat, campement	8,2	51	1,1
- Sans domicile fixe	11,6	344	1,2**
- Autre	6,1	9	0,9
<b>Durée de résidence en France</b>			
< 1 an	8,8	810	--
De 1 à 3 ans	7,2	124	--
3 ans et plus	8,3	114	--
<b>Demandeur d'asile</b>			
- Non	7,5	791	Réf
- Oui	13,0	271	1,6***
<b>Victime de violences</b>			
- Non	6,8	763	Réf
- Oui	20,8	318	3,2***

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

Modèles multivariés réalisés sur 10 699 étrangers reçus en consultation médicale et ayant répondu à l'ensemble des items (durée de résidence exclue).

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les étrangers victimes de violences ont 3,2 fois plus de risque de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique par rapport aux autres patients étrangers (p<0,001 et OR=3,2).

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 santé (LHSS), etc.) doivent être renforcés et leur offre de soin adaptée aux populations précaires et migrantes avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel. Les types de prises en charge seraient également à diversifier, en développant par exemple des consultations transculturelles, des activités psychosociales collectives, de l'art-thérapie, etc.

À ce titre, MdM suit de près la création annoncée fin 2017 par le gouvernement de 10 unités de prise en charge du psycho-traumatisme, structures ambulatoires de consultations et de soins ouvertes à toute personne exposée à des violences, et rappelle qu'elles devront être accessibles aussi aux migrants dépourvus de couverture maladie.

De plus, si l'instruction de juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants<sup>55</sup> a des objectifs louables, MdM reste lucide sur l'impact réel d'un tel texte, souvent flou dans les recommandations qu'il préconise, mais également sur l'institution qui devra s'en saisir et les mettre en œuvre parmi les destinataires à qui elles s'adressent : les ARS, les directions régionales et interdépartementales de l'hébergement et du logement (DRIHL), les directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), les établissements et professionnels de santé, les centres de santé et les unions régionales de professionnels de santé (URPS).

## ÉTAT DES LIEUX DES VIOLENCES SUBIES PENDANT LE PARCOURS MIGRATOIRE PAR LES MIGRANTS AYANT TRANSITÉ PAR LA LIBYE, L'ITALIE ET LA FRANCE

La route migratoire appelée « route de la Méditerranée centrale » qui traverse la Libye est l'une des voies les plus dangereuses utilisées par les migrants. En 2016, cet itinéraire représentait plus de 50 % des arrivées déclarées en Europe [UNHCR, 2017]. Jusqu'à présent, la Libye a été plus fréquemment pointée du doigt par les médias pour sa politique de migration et de nombreux rapports ont recueilli des témoignages de violence subis par les migrants dans ce pays. Mais peu de publications scientifiques avec des données quantitatives robustes sur le sujet existent.

MdM a voulu aller plus loin et documenter les épisodes de violences, peu quantifiés<sup>56</sup>, perpétrés en Libye et dans les pays d'accueil. À ce propos, **une étude a été menée entre février et mai 2019 avec pour objectif d'estimer la prévalence des épisodes de violence subis en Libye, en Italie et en France par des migrants (de plus de 18 ans) arrivés en Europe à partir de 2017 et reçus au Caso de MdM à Saint-Denis**<sup>57</sup>.

Parmi les 72 personnes interrogées, la majorité était des hommes (76,4 %) avec un âge moyen de 31,6 ans – correspondant aux caractéristiques des populations rencontrées dans les Caso de MdM (page 22). Ils avaient en général un niveau d'études primaire ou inférieur (76,4 %), 66,7 % venait de la Côte d'Ivoire et 59,7 % avaient quitté leur pays d'origine à cause des problèmes de sécurité.

En Libye, la durée moyenne du séjour était de 180 jours. Près de l'ensemble des personnes interrogées (96,4 % pour les hommes et 88,2 % pour les femmes) avait souffert des épisodes de violence<sup>58</sup>. La prévalence des violences physiques, par privation et sexuelles était respectivement de 94,3 %, 81,7 %, 18,9 % pour les hommes pour les hommes et de 80 %, 86,7 % et 53,3 % pour les femmes. L'accès aux soins de santé en Libye était tout simplement inexistant.

### Témoignages de la Libye

*« J'étais emprisonné avec quatre femmes, les trois autres ont finalement été violées. Elle a été épargnée parce que nous étions mariés. »*

*« J'ai perdu mon bébé en Libye. Il n'y avait pas de docteur. »*

(55) [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir\\_43755.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf)

(56) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

(57) Une publication de l'étude est prévue dans le courant 2019.

(58) Cette étude portera sur les violences physiques (blessure physique, agression, coup de feu, coups, etc.), sexuelles (harcèlement sexuel, attouchement, viol) et les violences liées à la privation/négligence (détention, privation alimentaire, manque de soins médicaux, manque d'installations sanitaires, confiscation des biens, etc.). Même s'il est évident que ces violences ont un impact psychologique, il a été choisi de ne pas étudier les violences psychologiques et le questionnaire ne tiendra pas compte des souffrances émotionnelles et psychologiques.

«J'avais une jambe infectée. J'ai encore les cicatrices. J'étais très mal pendant des semaines, je ne pouvais presque pas marcher. Il n'y a pas de médicaments...»  
«C'est l'enfer, c'est un calvaire. Personne ne peut imaginer ce que j'ai vécu là-bas et je ne l'ai jamais raconté à personne depuis que j'ai quitté la Libye.»

[Caso de Saint-Denis, 2019]

En Italie, la durée moyenne de séjour était de 200 jours. Parmi les personnes interrogées ayant transité par l'Italie, 25,5 % des hommes et 23,5 % des femmes ont déclaré avoir subi des épisodes de violence. La prévalence des violences physiques, par privation et sexuelles était respectivement de 16,7 %, 16,7 % et 1,4 %. Juste 44,0 % des hommes et 29,5 % des femmes ont déclaré avoir eu accès à des soins de santé. Le 88 % des personnes enquêtées ont passé la vaste majorité du séjour dans les centres d'accueil appelés «campus».

Témoignages de l'Italie

«Tout ce qu'ils savent faire c'est qu'ils enlèvent le sang (prise de sang) (la personne parle de 28 prises de sang). Et ce qui est marrant, y'a pas les résultats.»  
«Ce que je n'ai pas aimé en Italie, c'est le racisme et les injures, c'est ça. Là-bas on nous appelle les négros (homo nero).»  
«Il y a des menaces en Italie.»  
«Ils ne nous considèrent même pas.»  
«Le problème c'est qu'il n'y a pas de conditions. Il n'y a pas d'école pour les enfants. Mon enfant a 4 ans.»

[Caso de Saint-Denis, 2019]

Enfin, 16,3 % des hommes et 11,5 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences en France, même si la majorité des participants étaient arrivés depuis moins de trois mois. La prévalence des violences physiques, par privation et sexuelles était respectivement de 12,5 %, 8,3 %. Il n'y a pas eu d'épisode de violence sexuelle. Les données sont probablement sous-estimées du fait de l'arrivée récente sur le territoire français. De plus, 44,3 % des personnes interrogées ont déclaré souffrir d'un manque d'accès à un hébergement.

Témoignages de la France

«Ici le problème de maison c'est trop. Arrivé en Italie tu peux au moins dormir sous un toit mais ici non.»  
«Je dors dehors, j'ai deux enfants. Je suis tout le temps malade maintenant.»  
«Je reste chez des personnes que je connais. Je fais la cuisine et nettoyage et je peux dormir mais je n'ai pas d'argent. Je suis toujours en train de bouger.»

[Caso de Saint-Denis, 2019]

Finalement, parmi les personnes interrogées dans l'étude, 63,9 % des participants ont déclaré avoir besoin d'un soutien psychologique à l'issue des entretiens et ont été ensuite orientés vers l'équipe psychosociale de MdM. Avec la magnitude des violences directes subies en Libye, le manque d'accès aux soins de santé en Italie et le manque d'accès à l'hébergement en France, **un dépistage et un accompagnement de ces populations s'avèrent indispensables.**

**Les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans le repérage de la violence subie et l'identification des conséquences de celle-ci chez une population déjà invisibilisée par des conditions d'accueil et des situations administratives souvent précaires.** Les patients victimes de violences doivent par conséquent pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique (sociale, psychologique, médicale...), voire – dans certains cas – faire l'objet d'un signalement. Or, ils ne sont pas toujours pris en charge sur le plan médico-psycho-social, notamment du fait de l'absence de formation systématique des professionnels aux problématiques de violences [FTDA 2018, HCE 2017(b)].

**Il s'agit par conséquent d'assurer une formation pluridisciplinaire des professionnels de santé à l'écoute, au repérage et à la prise en charge adaptée des personnes ayant subi des violences.**

**Dans le rapport précédemment cité, MdM et le Centre Primo Levi alertent sur cet enjeu de santé publique qu'est la souffrance psychique des exilés et font de nombreuses propositions pour améliorer la prévention et la prise en charge de ce problème de santé (Centre Primo Levi, 2018<sup>59</sup>). Face à ces constats, il convient par ailleurs de mettre en œuvre une véritable politique d'accueil des migrants et de s'assurer d'une prise en compte systématique des vulnérabilités et des violences.**

**L'inconditionnalité de l'accueil doit être garantie pour toutes personnes ayant subi des violences dans leurs pays d'origine, sur le parcours migratoire ou en France qui se traduit par une prise en charge médico-psycho-sociale et un accès effectif à un hébergement.**

# 4. LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION

## LES POINTS ESSENTIELS

→ Lors de la première consultation, la couverture vaccinale des patients est faible. Parmi les patients de 15 ans ou moins, près de 30 % ne sont pas vaccinés contre le DTP, et près de 40 % d'entre eux ne sont pas à jour dans les vaccins contre la coqueluche et le ROR.

→ Les mineurs non accompagnés sont moins vaccinés que les autres enfants du même âge.

→ Les personnes vivant dans les conditions de logement les plus précaires présentent les taux de vaccination les plus faibles.

logements précaires<sup>61</sup>, correspondant au profil des personnes rencontrées en Caso. Ainsi, 67,5 % des mineurs de 15 ans ou moins ont réalisé le vaccin BCG et 54,4 % des personnes de plus de 15 ans. La vaccination BCG est notamment recommandée pour les enfants vivant en île-de-France en raison d'un risque d'exposition plus élevé. Or seulement 58 % des mineurs de 15 ans ou moins reçus dans les Caso de Saint-Denis ou Paris sont vaccinés (42,6 % à Paris et 67,7 % à Saint-Denis).

L'absence de vaccination et/ou la méconnaissance du statut vaccinal sont particulièrement marquées chez les enfants et adolescents non accompagnés par rapport aux autres enfants du même âge. Ainsi, 62,1 % d'entre eux ne sont pas vaccinés contre le DTP et 77,4 % contre le ROR alors que près de 20 % et 25,5 % des autres mineurs de 11 ans ou plus ne sont pas vaccinés contre le DTP et le ROR.

Au regard des recommandations de santé publique, les taux de vaccination des personnes reçues sont trop faibles (*tableau 14*), alors même que les obligations françaises de vaccination ont été renforcées en 2018<sup>60</sup>. Ainsi, près de 30 % des enfants de 15 ans ou moins ne sont pas à jour dans les vaccins Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP) et près de 40 % d'entre eux ne sont pas à jour dans les vaccins contre la coqueluche et rougeole, rubéole, oreillons (ROR). Ces derniers sont obligatoires depuis 2018. Le vaccin contre l'hépatite B désormais obligatoire, était précédemment recommandé pour les nourrissons et pour les adultes à risque d'exposition : un peu plus de la moitié des enfants de 15 ans ou moins reçus aux Caso sont vaccinés.

Ces taux de vaccination sont encore plus faibles pour les patients de plus de 15 ans. Près de la moitié d'entre eux ne sont pas vaccinés contre le DTP et plus de deux tiers contre la coqueluche, le ROR et l'hépatite B.

Le vaccin BCG contre la tuberculose n'est plus obligatoire depuis 2007. Toutefois, il reste fortement recommandé pour les enfants originaires de régions à risque ou vivant dans des

Ces taux de couverture sont très en-dessous de ceux retrouvés en population générale<sup>62</sup> [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 population. Santé publique France fait état d'une couverture vaccinale élevée des enfants à l'âge de deux ans : 91,1 % pour DTP et 98,1 % pour la coqueluche en 2013 ; le vaccin contre la rougeole reste insuffisant : stable (autour de 90 %) pour la première dose, en progression (76,8 % en 2014 contre 60,9 % en 2010) pour la seconde dose [Santé publique France, 2017].

(60) En plus des vaccins obligatoires contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, 8 nouveaux vaccins sont obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> 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.

(61) Sont considérés à risque de tuberculose, les enfants [Source : Haut Conseil de santé publique] :

- Nés dans un pays à forte endémie tuberculeuse ou dont l'un des parents est originaire (Afrique, Asie, Proche et Moyen-Orient, Amérique centrale ou du Sud, Europe centrale et de l'Est, Bulgarie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie) ;

- Résidant en Ile-de-France, en Guyane ou à Mayotte ;

- Ayant des antécédents familiaux ou vivant dans une situation jugée à risque par le médecin : conditions de logement ou socioéconomiques défavorables ou précaires ou en contact régulier avec des personnes originaires d'un pays à risque.

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



**TABLEAU 14 - VACCINATIONS « À JOUR »<sup>(1)</sup> DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO SELON LEUR ÂGE, 2018.**

	≤ 15 ans		> 15 ans	
	%	n	%	n
Diphthérie/Polio	71,3	523	53,4	2841
Tétanos	71,9	528	54,3	2937
Coqueluche	62,1	358	33,2	1194
Rougeole, rubéole, oreillons	61,0	379	35,9	1430
BCG	67,5	417	54,4	2283
Hépatite B	56,1	327	31,9	1240

Taux de réponse : ROR : 30,7 % ; Tétanos : 40,9 % ; DP : 40,3 % ; BCG : 32,1 % ; Hépatite B : 29,8 % ; Coqueluche : 27,8 %.

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

Selon l'analyse multiple réalisée sur les jeunes de 15 ans et moins (tableau 15), on constate que les taux de couverture vaccinale sont fortement associés aux conditions de logement : ainsi les enfants vivant à la rue ont une probabilité plus importante de ne pas être à jour de leurs vaccinations par rapport

aux enfants ayant un domicile personnel. Les faibles taux de couverture vaccinale dans ces populations imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. Il s'agit alors d'informer et de faciliter l'accès des publics concernés aux services publics par des démarches de médiation adaptées et des actions de proximité, (telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie). Alors que l'objectif de réduction des inégalités de santé est inscrit dans la stratégie nationale de santé, rien n'est dit dans la Loi de santé<sup>63</sup> adoptée en janvier 2016 sur les dispositifs de prévention pour les plus précaires. À titre d'exemple, les centres de PMI, qui jouent un rôle central en matière de prévention auprès des mères et des enfants, parviennent aujourd'hui difficilement à répondre aux besoins et sont fragilisés voire menacés, faute de moyens suffisants. Ainsi, plusieurs départements ont fermé des centres ou les ont réduits à de simples permanences.

**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 femmes et les enfants et dont il convient de réaffirmer les missions, valoriser les atouts et sécuriser l'avenir.**

**TABLEAU 15 : FACTEURS ASSOCIÉS À LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS DE 15 ANS ET MOINS CONSULTANT DANS LES CASO, 2018.**

	DTP			Coqueluche			ROR			BCG			Hépatite B		
	%	n	OR <sup>1</sup>	%	n	OR <sup>1</sup>	%	n	OR <sup>1</sup>	%	n	OR <sup>1</sup>	%	n	OR <sup>1</sup>
<b>15 ans et moins</b>	<b>71,1</b>	<b>520</b>		<b>62,1</b>	<b>358</b>		<b>61,0</b>	<b>379</b>		<b>67,5</b>	<b>417</b>		<b>56,1</b>	<b>327</b>	
<b>Sexe</b>															
- Garçon	64,1	295	réf	55,2	206	réf	54,7	217	réf	60,9	238	réf	49,1	187	réf
- Fille	83,0	225	2,0**	74,5	152	1,6 <sup>ns</sup>	72,3	162	1,9**	78,9	179	2,2**	69,3	140	1,7*
<b>Âge</b>															
- Moins de 7 ans	81,8	270	réf	73,1	193	Réf	66,8	190	réf	77,3	214	réf	69,8	180	Réf
- 7-10 ans	92,3	96	2,3 <sup>ns</sup>	88,0	66	2,2 <sup>ns</sup>	88,8	79	3,9**	89,2	74	2,6*	82,9	58	2,2 <sup>ns</sup>
- 11-15 ans	51,9	154	0,2***	41,6	99	0,3***	43,0	110	0,4***	50,0	129	0,4***	34,9	89	0,2***
<b>Logement</b>															
- Personnel	96,3	52	réf	90,5	38	Réf	87,2	41	réf	94,2	49	Réf	86,1	37	Réf
- Hébergé	64,1	166	0,1**	52,4	109	0,2**	52,8	121	0,2**	60,5	138	0,1**	46,5	99	0,3**
- Sans domicile fixe	62,2	89	0,1**	55,1	59	0,2**	54,5	61	0,3**	61,2	71	0,1**	50,0	57	0,3*
- Squat, campement, autre	63,6	42	0,1**	56,1	32	0,2**	49,1	28	0,2**	58,6	34	0,1***	44,4	24	0,2*

\*\*\* 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, les enfants de 15 ans ou moins ont plus de risque de ne pas avoir fait le vaccin DTP s'ils vivent à la rue que s'ils vivent dans un logement personnel (OR : 0,1 ; p<0,01).

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

# 5. LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES B ET C, DE LA TUBERCULOSE ET DES IST

## LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 28 % des patients reçus dans les Caso connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH lors de leur première consultation, 22 % pour l'hépatite C et 19 % pour l'hépatite B.

→ Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, d'Océanie et d'Amérique connaissent mieux leurs statuts sérologiques vis-à-vis de ces infections.

## MÉCONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES ET RADIOLOGIQUE

Les populations accueillies dans les Caso sont souvent originaires de zones de fortes endémies des maladies infectieuses, telles que les hépatites B et C, la tuberculose, ou le VIH, et plus globalement les infections sexuellement transmissibles (IST). Leur passage dans les Caso est donc une opportunité de faire un bilan sur leur santé et d'aborder, au même titre que leur situation vis-à-vis des vaccinations, la question du dépistage des IST afin de les orienter le cas échéant vers un dépistage. Ces questions sont particulièrement importantes à aborder d'autant plus que pour de nombreux patients la consultation au Caso est souvent une occasion rare d'accéder à la prévention et aux soins.

Parmi les personnes reçues en consultation de médecine générale, seules 34 % ont été interrogées sur les dépistages sérologiques pour les hépatites et le VIH au cours de leur vie. Parmi elles, 41,4 % connaissait son statut sérologique pour les hépatites et 27,9 % pour le VIH. Ces résultats mettent en évidence **une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso** (tableau 16).

**TABLEAU 16 - CONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES (VHB, VHC, VIH) DES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2018 (% EN LIGNE).**

% en ligne	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
<b>Ensemble des patients</b>						
Statut sérologique connu lors de la 1 <sup>ère</sup> visite en Caso	19,0	958	22,4	1 138	27,9	1 423

Taux de réponse : Ensemble : VHB : 33,5 % ; VHC : 33,8 % ; VIH : 34,0 %.

**La littérature a montré que le défaut de connaissance des statuts sérologiques était plus important parmi les ressortissants étrangers que parmi les Français.** Ainsi, seul un quart des adultes étrangers connaît son statut sérologique pour le VIH contre 44,4 % des Français et moins de 20 % connaissent leur statut vis-à-vis des hépatites contre plus de 40 % des Français. C'est parmi les ressortissants originaires d'Asie, d'Europe (hors UE) et du Maghreb que les niveaux de connaissances sont les plus faibles. Ces résultats ont déjà été mis en évidence dans des études récentes qui révèlent une moindre connaissance sur le VIH et les hépatites des populations migrantes ainsi qu'une plus faible perception des risques liés au VIH [Pauti 2016, Sahajian 2005, Lopez-Quintero 2005, Prost 2008, Carnicer-Pont 2009].

On peut faire le même constat chez les personnes reçues par MdM et pour lesquels les personnes de nationalité française déclarent davantage connaître leurs statuts sérologiques que les personnes étrangères. En effet, les français sont 35,8 % à connaître leur statut vis-à-vis du VIH, 26,3 % pour l'hépatite B et 35,7 % pour l'hépatite C, contre respectivement 27,8 %, 18,9 % et 22,2 % des étrangers. L'absence de mesure d'accompagnement à l'accessibilité à la prévention pourrait expliquer ce décalage.

**Au-delà de la nationalité, la connaissance du statut sérologique parmi les patients n'est pas homogène et varie selon leurs caractéristiques.**

**Les femmes reçues dans les Caso ont une meilleure connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH que les hommes.** Ce résultat est probablement lié aux opportunités de dépistage plus nombreuses lors des grossesses. Par ailleurs, la connaissance du statut sérologique VIH est particulièrement faible parmi les mineurs.

**La durée de séjour en France est un élément déterminant pour l'accès au dépistage du VIH chez les ressortissants étrangers,** avec une augmentation significative du nombre d'étrangers connaissant leur statut sérologique au-delà d'une année passée 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 CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH PARMIS LES ÉTRANGERS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2018 (% EN LIGNE).**

	VIH		
	%	n	OR <sup>1</sup>
<b>Ensemble des patients étrangers</b>	<b>27,8</b>	<b>1 394</b>	
<b>Sexe</b>			
- Homme	25,8	868	Réf
- Femme	31,8	526	1,3**
<b>Âge</b>			
- < 18 ans	7,3	49	0,2***
- 18-29 ans	30,8	502	Réf
- 30-39 ans	34,3	523	1,2*
- 40-59 ans	29,7	280	1,1 <sup>ns</sup>
- 60 ans et plus	16,1	40	0,4***
<b>Groupe continental</b>			
- Union européenne (hors France)	18,1	54	Réf
- Europe (hors UE)	21,3	43	1,2 <sup>ns</sup>
- Afrique subsaharienne	32,4	1049	2,5***
- Maghreb	17,2	143	0,9 <sup>ns</sup>
- Proche et Moyen-Orient	21,5	41	1,1 <sup>ns</sup>
- Asie	21,1	46	0,9 <sup>ns</sup>
- Océanie et Amériques	45,0	18	4,1***
<b>Droits ouverts à la couverture maladie</b>			
- Non	27,0	1159	Réf
- Oui	37,0	98	1,4**
<b>Durée de résidence en France</b>			
- < 1 an	26,8	963	Réf
- Entre 1 et 3 ans	29,4	217	1,2 <sup>ns</sup>
- 3 ans et plus	33,6	193	1,7***

Modèle multivarié réalisé sur 4494 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 connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH est plus élevée pour les femmes par rapport aux hommes (OR : 1,3 ; p<0,001).

Le dépistage de la tuberculose est particulièrement important au vu de la région de provenance des personnes reçues dans les Casos (régions d'endémie moyenne à forte) et de leurs conditions de vie actuelles. La radiographie thoracique reste l'outil classique pour le dépistage de l'infection. Depuis 2016, la région Île-de-France a vu une augmentation des cas de tuberculose [Antoun, 2018]. Ainsi, les questions en lien avec le dépistage ont essentiellement été demandées dans le Caso de Saint-Denis. En effet, une intervention spécifique est réalisée dans ce Caso. Les résultats montrent que 79,1 % des personnes reçues en consultation souhaitent être dépistées pour la tuberculose mais que seulement 14,3 % avaient pu réaliser ce dépistage.

## TUBERCULOSE : MARQUEUR MAJEUR DES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ

Même si la France figure depuis de nombreuses années parmi les pays à faible incidence avec un taux national moyen inférieur à 10 cas pour 100 000 habitants/an depuis plus de dix ans (2017)<sup>64</sup>, il subsiste, cependant, d'importantes disparités géographiques et populationnelles.

L'Île-de-France, Mayotte et la Guyane sont les trois régions présentant les plus forts taux d'incidence dont certains semblent continuer à augmenter notamment en région parisienne. Sur ces territoires, mais également d'autres comme le Nord-littoral, les équipes de MdM relèvent que les conditions de vie déplorables d'un certain nombre de personnes exilées constituent le terreau permanent du développement de la tuberculose. Ainsi, le Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) a constaté en 2018, 7 cas de tuberculose diagnostiqués à Calais, dont 4 appartenaient à la même communauté érythréenne vivant dans un campement. Le suivi des patients et les enquêtes autour des cas contacts ont été difficiles à assurer par le CLAT alors même que des ruptures de traitement ont été constatées, au vu des conditions de vie des exilés (expulsions répétées, personnes en transit donc très mobiles, barrières de la langue). Par ailleurs, nous avons noté la réticence des instances hospitalières à prendre en charge des cas avérés de tuberculose pour cause de non-stabilisation des personnes, ce qui constitue un vrai danger de dissémination.

Les populations les plus touchées sont donc celles souffrant le plus de précarité et de promiscuité, notamment les personnes nées à l'étranger (originaires d'Afrique subsaharienne ou d'Asie) et celles arrivées récemment en France (primo-arrivants de moins de 2 ans), en hébergement collectif ou sans domicile fixe. La superposition de vulnérabilités, telles le fait d'être à la rue et d'être originaire d'un pays de forte endémie, concerne un nombre croissant de personnes accueillies par les programmes de MdM. Ces situations ont donné lieu à un état d'alerte sanitaire selon une étude du CLAT en 2018 et incitent à poursuivre et renforcer l'adaptation du dépistage des populations les plus exposées [Bernard, 2019].

Les taux d'incidence d'infection tuberculeuse latente (ITL) et de tuberculose maladie sont élevés chez les populations à risque citées plus haut. On note, de plus, l'émergence de souches multi-résistantes en provenance d'Europe de l'Est. La lutte antituberculeuse passe tout d'abord par le dépistage rapide, l'isolement et le traitement bien conduit des cas contagieux. L'observance thérapeutique est essentielle et pose parfois des problèmes majeurs liés aux conditions de vie des personnes. Ainsi, une étude récente sur 182 patients révèle un taux de mortalité élevé chez les personnes vivant en grande précarité (sans domicile fixe



ou en situation irrégulière) ou sujettes à l'alcoolisme [Beaumont, 2019]. Par ailleurs, le vaccin BCG n'apportant qu'une protection partielle contre la forme pulmonaire, donc contagieuse, de la maladie, l'éradication de la tuberculose nécessite d'améliorer le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente pour augmenter la prescription d'un traitement antituberculeux préventif lorsque cela est indiqué.

**MdM est mobilisé pour souligner l'importance de la prévention et de propositions adaptées de dépistage systématique des maladies infectieuses dont la tuberculose.**

**MdM rappelle que l'action sur les conditions de vie des personnes est un impératif en matière de prévention et de prise en charge de la tuberculose.**

**MdM alerte sur la vigilance particulière à avoir auprès de certaines populations : les personnes en hébergement précaire ou à la rue sujettes aux expulsions répétées, les mineurs non accompagnés et les personnes détenues.**

femmes d'origine subsaharienne. Or, au cours de la période où les personnes ignorent leur séropositivité, le risque de transmission de l'infection aux partenaires est élevé du fait de l'importance de la quantité de virus présente dans le sang en l'absence de traitement. L'étude Parcours (centrée sur le VIH et réalisée uniquement auprès des migrants subsahariens) a permis de montrer que 44 % des hommes et 30 % des femmes séropositifs pour le VIH nés dans un pays d'Afrique subsaharienne ont été infectés en France et que 39 % d'entre eux l'ont été plus de six ans après leur arrivée [Limousi 2017]. Un des principaux facteurs de risque est d'avoir vécu dans la précarité à leur arrivée en France.

## LE RÔLE CENTRAL DE LA PRÉVENTION

L'amélioration de l'accès au système de santé de droit commun et la proposition de dépistages répétés annuellement sont nécessaires pour les personnes migrantes dès leur arrivée en France.

**Ainsi, on voit bien toute la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes et de faciliter leur accès au système de soins et de prévention.**

La promotion du dépistage auprès des personnes reçues dans les programmes MdM fait l'objet d'une attention particulière par la transmission de messages adaptés de prévention et des incitations à se faire dépister précocement dans le but de faciliter la prise en charge. Les Tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) sont ainsi des outils complémentaires des outils de dépistages existants qui est particulièrement adapté aux personnes les plus exposées et sans couverture maladie.

Certaines équipes proposent aux patients des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives et les orientent vers des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de biologie médicale de ville ou des Centres d'examen de santé (CES). En 2018, près de 2 000 personnes ont bénéficié de consultations individuelles dédiées de prévention et plus de 1 600 personnes ont bénéficié de séances collectives. Par ailleurs, 2 198 TroD VIH et TroD VHC ont été réalisés en 2018<sup>67</sup>.

**Le système de santé doit rester mobilisé et la lutte contre les discriminations doit être maintenue. 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.**

## DES CONDITIONS DE VIE PRÉCAIRES : OBSTACLE AU DÉPISTAGE

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, les conditions de vie et l'absence de couverture maladie constituent des premiers obstacles au dépistage pour ces populations, qui ont bien souvent d'autres priorités à gérer (trouver un logement, de quoi se nourrir, un emploi...) que leur santé [Burns 2007, Fakoya 2008, Chappuis 2015, Pauti 2016].

Par ailleurs, la méconnaissance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le fait de vivre à la rue, d'être dans une situation de grande précarité ainsi que le contexte de répression policière à l'encontre des étrangers en situation irrégulière, des usagers de drogues et des clients des travailleuses-eurs sont autant de facteurs qui renforcent les difficultés d'accès à la prévention et au dépistage et augmentent les prises de risques. Même si les préservatifs restent les remparts les plus efficaces pour lutter contre le VIH et autres IST, certains peuvent avoir des difficultés à les utiliser, à y avoir accès ou à en négocier l'utilisation.

En 2017, le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués était estimé à environ 6 400 en France<sup>65</sup>. Par ailleurs, on estime à 24 000 environ le nombre de personnes vivant avec le VIH sans le savoir, et à environ 4 600 le nombre de personnes diagnostiquées mais pas encore suivies<sup>66</sup>. Parmi celles-là, 40 % seraient des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger [Supervie 2016] dont majoritairement des

(65) <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/nouvelles-donnees-de-surveillance-du-vih-en-france>

(66) <https://vih.org/dossier/le-vih-sida-en-france-en-2018/>

(67) Les dépistages par Trods sont proposés dans les Caso et les programmes mobiles de MdM.







03

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

---

# 1. ÉTAT DES LIEUX DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PERSONNES ACCUEILLIES PAR MDM

## LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 7 personnes sur 10 reçues dans les Caso pouvaient théoriquement bénéficier d'une couverture maladie mais dans les faits seules 14 % d'entre elles en disposaient lors de leur première visite.

→ Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée puisque plus de deux tiers des étrangers résidant en France depuis plus de 10 ans ne bénéficient pas de couverture maladie lors de leur première visite au Caso.

→ Près de la moitié des patients reçus en consultation médicale présentent un retard dans leur prise en charge médicale ; près de 2 patients sur 5 nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente selon le diagnostic du médecin.

lorsqu'elles existent et sont fonctionnelles (cf. encart page 64) 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 aux seuls médecins.

**TABLEAU 18 - DROITS THÉORIQUES ET EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO\*, 2018.**

	Droits théoriques		Droits effectifs	
	%	n	%	n
Assurance maladie (PUMa)	26,4	5 308	7,7	1 614
- PUMa et CMU complémentaire	22,9	4 603	5,9	1 235
AME	44,3	8 884	4,7	986
Couverture de base européenne/VISA	1,1	222	1,8	146
Aucun droit à une couverture maladie	28,2	5 660	85,7	17 878

Taux de réponse : Droit théorique : 83,4 % ; Droits effectifs : 86,7 %.

\* Situation au jour de leur première visite.

En 2018, la très large majorité du public accueilli dans les Caso n'a pas de couverture maladie<sup>68</sup>. En effet, seules 14,2 % des personnes disposent d'une couverture maladie quelle que soit leur situation administrative, lorsqu'elles viennent pour la première fois au Caso ; alors même que 7 personnes sur 10 relèveraient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative<sup>69</sup> (tableau 18).

Enfin, 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 trois mois à démontrer<sup>70</sup> depuis 2005 pour pouvoir bénéficier de l'AME.

L'accès aux soins pour ces populations sans couverture maladie reste alors possible uniquement par le biais des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée, dans la mesure où, parmi les étrangers résidant en France depuis plus de dix ans, seuls 30 % disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent au Caso (figure 7).

(68) 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.

(69) Au jour de leur première visite, 44 % relèvent de l'AME et un peu plus d'un quart de l'assurance maladie ; moins de 2 % dépendent d'un système de protection sociale d'un autre pays européen ou d'une assurance privée souscrite lors d'une demande de visa.

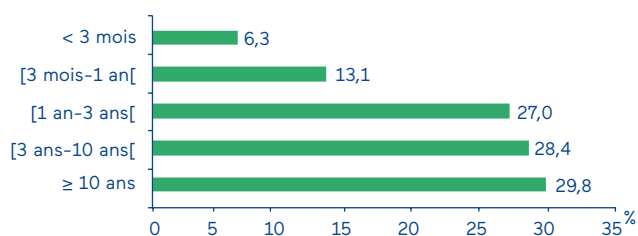
(70) Les caisses étant par ailleurs de plus en plus exigeantes dans l'examen des preuves apportées.



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, dans le temps. Ces difficultés augmentent les risques de non-recours aux droits et aux soins comme le soulignait le Défenseur des droits [DDD 2014].

L'obtention de l'AME ou de la PUMa, selon les situations individuelles, est donc cruciale pour accéder à des soins. Instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016<sup>(71)</sup>, la Protection universelle maladie (PUMa) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et remplace ainsi la CMU de base. Si cette réforme poursuivait des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime), elle a maintenu, à côté d'un droit à l'assurance maladie pour tous, un dispositif d'aide médicale à part réservé aux seuls étrangers dépourvus de droits au séjour et démunis. Les premières années de la réforme de 2016 ont confirmé les craintes exprimées par les associations qui étaient notamment celles d'un maintien « d'un dispositif dérogatoire réservé aux seuls étrangers en situation irrégulière [qui] favorise le développement de pratiques discriminatoires et s'avère in fine couteux pour la collectivité » [DDD, 2019]. Malgré la simplification de l'accès au régime général de l'assurance maladie, cette dernière n'a pas été universalisée pour autant : maintien du dispositif dérogatoire de l'AME, effets de seuils... Le non-recours au droit reste donc une réalité pour nombre des personnes que nous voyons. Ce régime dualiste s'oppose, selon MdM, au principe d'une couverture maladie véritablement universelle.

**FIGURE 7 - PART DES ÉTRANGERS DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES ET AYANT DES DROITS OUVERTS SELON LEUR DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE<sup>(1)</sup>, CASO, 2018.**



(1) Situation au jour de leur première visite au Caso.

« Nous recevons une jeune femme de 31 ans, sans hébergement depuis son arrivée en France, seule avec ses deux enfants et ayant rendez-vous un mois plus tard auprès de la Préfecture pour demander l'asile. A l'issue de la consultation médicale, elle est orientée pour un bilan sénologique : les résultats mettent en évidence un cancer du sein métastasé. Elle prend rendez-vous au centre anti-cancéreux (le CAL ayant une mission de service public pour la prise en charge du cancer du sein), voit un médecin qui lui demande de revenir; une fois qu'elle aura déposé sa demande d'asile et qu'elle aura obtenu une affiliation à la sécurité sociale et une CMU (ces démarches pouvant prendre deux mois et demi). Nous intervenons avec le médecin de la Pass pour qu'une prise en charge au titre du DSUV (Dispositif soins urgents et vitaux) soit mise en place. Malgré l'intervention de la Pass, nous nous heurtons à un refus, le médecin du centre anti-cancéreux estimant qu'il n'y a pas d'urgence. Nous faisons intervenir un praticien hospitalier, professeur en oncologie médicale à Marseille, chercheur au Centre de recherche en cancérologie de Marseille (Inserm et Curs). Ce dernier atteste de l'urgence de la situation médicale de la patiente : le délai d'attente « pourrait s'associer au développement d'une atteinte viscérale menaçante les fonctions vitales ». Malgré cet avis, le Centre anti-cancéreux continue de s'opposer à la prise en charge de cette jeune femme. Nous contactons alors les services préfectoraux qui se montrent plus compréhensifs et avancent le rendez-vous de cette jeune femme. Dès l'attestation d'asile en main, cette dame se rend de nouveau au centre anti-cancéreux et nous devons insister afin que le service social instruisse une demande d'affiliation au titre de la PUMa et une CMU. Nous intervenons auprès de la Cnam qui ouvre des droits au régime général en quelques jours. Mais madame n'ayant pas encore sa CMU, elle se heurte de nouveau à un refus de prise en charge, d'autant plus que le secrétariat du service au Centre anti-cancéreux nous informe que la demande de 100 % (affection longue durée) ne sera pas faite par leur médecin... C'est le médecin de la Pass qui fait donc le nécessaire. Madame obtient enfin son premier rendez-vous.

[Caso de Nice, 2018]

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

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constituent un dispositif créé par la loi du 29 juillet 1998<sup>72</sup> dont l'objectif est de permettre l'accès aux soins ambulatoires à toute personne démunie dans le système de droit commun. Les Pass 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 (Circulaire de 2013<sup>73</sup>). 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. »*<sup>74</sup>

Les Pass sont très diverses en termes de modalités d'organisation et de prestations. Les Pass dites « dédiées » ou « centralisées » constituent en général des lieux identifiés au sein des hôpitaux avec un emplacement et un personnel dédié, souvent médical et social. Les Pass transversales n'ont pas de locaux dédiés, les patients sont pris en charge dans les différents services de l'hôpital en bénéficiant d'une prise en charge sociale au sein du service social hospitalier. Parfois, la Pass peut renvoyer uniquement à un temps partiel d'assistante sociale.

Selon une étude de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en 2013 seulement un quart des PASS satisfaisaient aux critères d'exigence fixés (à savoir : disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, signalétique au sein de l'établissement, protocoles entre les services de l'établissement...) [Helfer 2014].

Les équipes de MdM font le constat d'une mise en place des Pass inégalement effective selon les régions et les villes, avec pour certaines des dysfonctionnements persistants.

Malgré une augmentation du personnel médical et paramédical au sein des Pass, nombre d'entre elles sont saturées ; certaines proposent des plages horaires trop restreintes pour les populations concernées, entraînant des risques de retard, voire de

renoncement aux soins des personnes en situation de précarité. Dans certaines Pass, les délais pour une prise de rendez-vous peuvent aller jusqu'à cinq semaines. Elles peuvent en outre être assez méconnues au sein de l'hôpital et sous-utilisées.

La question de l'interprétariat professionnel par téléphone est centrale dans les Pass. Les professionnels y ont rarement recours pour diverses raisons (coût de la prestation, disponibilité des interprètes, difficultés à assurer les consultations avec une tierce personne au téléphone, etc.). Le recours à l'interprétariat « de fortune », souvent endossé par un proche des patients, ou via des sites de traductions sur internet est alors fréquent. Ces situations peuvent générer des difficultés de compréhension, des malentendus et des problèmes de confidentialité (cf. page 74).

Selon les territoires et les hôpitaux, des Pass ne reçoivent pas certaines catégories de personnes, notamment les étrangers sans droits potentiels. De plus l'absence quasi-générale de Pass dentaires, psychiatriques et pédiatriques reste une véritable carence.

D'un point de vue financier, le budget des Pass est défini par les lois de financement de la sécurité sociale. Les budgets attribués à chaque Pass sont répartis par les ARS en fonction de la taille de leur file active et des caractéristiques des territoires qu'elles couvrent. Intégrés dans les budgets des établissements de santé, ils peuvent parfois servir de variable d'ajustement pour combler des déficits au sein des hôpitaux et ne pas être affectés aux PASS [Geeraert 2014]. Les équipes des Pass n'ont pas forcément 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.

Par ailleurs, dans certains territoires, la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie du dispositif semble complexe à cause des difficultés pour les personnels des Pass à pouvoir relayer la prise en charge des patients vers la médecine de ville du fait de la désertification médicale, cumulée parfois à des refus de soins pour les publics disposant de l'AME ou de la CMU-c, ainsi qu'à la saturation de certains dispositifs de prise en charge médicale (LHSS, LAM, etc.).

En 2018, MdM a mené une enquête qualitative sur les difficultés rencontrées par des professionnels au sein de Pass. Les objectifs étaient de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels des Pass dans la prise en charge des personnes précaires ainsi que les blocages et les freins rencontrés à l'accès à l'hôpital. Les résultats de cette enquête seront diffusés prochainement.

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

(73) Circulaire DGOS/R4 no 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass).

(74) Code de la santé publique, Partie législative, Sixième partie : Établissements et services de santé, Livre 1<sup>er</sup> : Établissement de santé, Titre 1<sup>er</sup> : Organisations des activités des établissements de santé, Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé, article L6112-1.

Face à ces constats MdM appelle à poursuivre l'ouverture des PASS en France et à consolider celles existantes, notamment dans les villes où les indicateurs de précarité sont élevés. MdM rappelle, avec l'ODSE, que le dispositif doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits ouverts aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale ; l'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes allophones et l'accompagnement dans les démarches nécessaires à l'effectivité des droits. Les soins délivrés à l'hôpital doivent être gratuits aux points d'accès (c'est-à-dire sans facturation à l'utilisateur) pour les personnes en situation de grande précarité, avec ou sans ouverture de droits effective au jour des soins, comme prévu par la circulaire de 2013.

### LE NON-ACCÈS AUX DROITS : SOURCE DE NON-RECOURS AUX SOINS

Vingt ans après la loi instaurant la CMU, des points restent à améliorer comme l'importance du non recours à la CMU-c et à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et la persistance des refus de soins de certains professionnels de santé dénoncés par le Défenseur des droits [DDD, 2014]<sup>75</sup>. Ces pratiques sont souvent justifiées par les professionnels par les contraintes administratives, les conséquences en matière de rémunération<sup>76</sup> ou encore la difficulté de prise en charge liée à la très grande précarité des bénéficiaires (cf. encart ci-dessous).

En 2018, près de la moitié (46,5 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 40,4 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents (tableau 19). Par ailleurs, 11,5 % des patients accueillis 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.

TABLEAU 19 – RETARD ET RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2018.

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Retard de recours aux soins médicaux	46,5	2 781
Soins médicaux jugés urgents ou assez urgents	40,4	4 471
Renoncement aux soins au cours des douze derniers mois	11,5	1 562

Taux de réponse : Retard aux soins : 45,3 % ; Urgence des soins : 73,6 % ; Renoncement aux soins : 56,2 %.

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 et les difficultés financières [Masullo 2006, Desprès 2013]. «La précarité économique et la nécessité de faire face aux problèmes du quotidien entraînent des difficultés à se projeter dans l'avenir ; pourvoir aux besoins de base est souvent prioritaire par rapport à ceux liés à la santé» [Geeraert 2014]. En outre, les rapporteurs IGAS-IGF ont souligné en 2010 que la problématique centrale était bien celle «d'un risque de renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à la protection sociale» [IGF-IGAS, 2010].

Face à ces résultats, l'un des facteurs décisifs de l'accès aux soins est donc bien l'existence d'une assurance maladie et son degré de couverture. Si la loi de 1998 portant la création de la CMU<sup>77</sup> a constitué un réel progrès, notre système de protection sociale reste encore éloigné du principe d'universalité puisque des systèmes différents existent selon le statut administratif.

Pour lutter contre toutes les inégalités d'accès aux soins, MdM milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français, et ce quelle que soit leur situation administrative.

(75) Le Défenseur des droits, «Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME», Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

(76) Les patients (enfants et adultes) AME ne sont pas enregistrés dans la patientèle de leurs médecins généralistes puisqu'il n'y a pas de déclaration de médecin traitant à la Cnam. Cela a pour conséquences :

- une non-rémunération au titre de la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) pour ces médecins généralistes puisqu'ils ne touchent pas le Forfait Médecin Traitant (6 euros/enfant/an et 5 euros/adulte/an) ;
- une non-rémunération pour les pathologies chroniques (42 euros/patient/an) ;
- l'absence de la majoration pour soins aux patients CMU-c, alors que le critère de précarité est le même.

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

## DES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES DE REFUS DE SOINS QUI PERDURENT

Tous les jours, dans ses actions sur le terrain, MdM rencontre des personnes qui ont été, ou seront confrontées, dans leur parcours de santé, à des refus de soins. Les causes de ces refus sont diverses. Ils peuvent notamment être liés à l'état de santé de la personne, ou à sa situation sociale et administrative. Les refus peuvent être directs, c'est le cas du professionnel qui refuse de recevoir le patient en raison de sa couverture maladie ; ou indirects, comme en cas d'orientation systématique vers l'hôpital, de refus de dispense d'avance des frais ou de consultation si les personnes n'ont pas de carte Vitale.

En 2017, confrontés à ces signalements, la Fas, France Assos Santé et MdM ont saisi le Défenseur des droits Jacques Toubon. En décembre 2018, celui-ci a rendu deux décisions cadre venant confirmer le caractère illégal et discriminant de ces pratiques<sup>78</sup> et la responsabilité des plateformes de rendez-vous en ligne<sup>79</sup>. Le Défenseur des droits y reconnaît notamment le caractère discriminatoire du refus de soins en raison de la « précarité sociale » et réaffirme que le droit à la santé est un droit fondamental qui doit être accessible à tous, sans discriminations.

Fort de ces décisions, et confrontée à toujours plus de signalements des équipes de terrain, MdM a fait le choix de porter ce sujet dans le projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé. En partenariat avec un large front associatif intégrant Aides, l'APF France handicap, France Assos Santé, la Fédération des acteurs de la solidarité, le Planning familial, l'Unapei et l'Uniopss, des

amendements ont été proposés aux parlementaires afin de renforcer la capacité des personnes confrontées à des refus de soins à les signaler et les faire condamner. Ces amendements entendaient :

- Définir dans la loi les pratiques discriminatoires indirectes de refus de soins ;
- Aménager la charge de la preuve en imposant désormais aux professionnels de santé mis en cause de devoir prouver que le refus de soins « est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination » ;
- Associer désormais des représentants du Défenseur des droits et des associations aux procédures de conciliation ;
- Permettre aux associations d'accompagner les personnes victimes d'un refus de soin dans les procédures.

Ils ont été déposés par plusieurs groupes parlementaires. S'ils n'ont, hélas, pas été votés, ils ont cependant permis d'obtenir un engagement de la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, sur la publication d'un décret prévu par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de 2009, relatif au signalement et à la condamnation des refus de soins. La publication de ce décret ne suffira pas à véritablement constituer une politique de lutte contre ces pratiques, mais il constituera un moyen juridique supplémentaire à la disposition des associations et personnes concernées.

(78) [https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=18168](https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18168)

(79) [https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=18170](https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18170)

# 2. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES REÇUES PAR MDM

## LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2018, 28 % des personnes évoquent des difficultés administratives, 27 % la méconnaissance des droits et des structures, 16 % la barrière linguistique et 15 % les difficultés financières comme les principaux obstacles, dans l'accès aux soins.

→ Un tiers des personnes de 16 ans et plus reçues dans les Caso ont besoin d'une domiciliation administrative pour accéder à leurs droits.

→ Près de 40 % des étrangers en situation irrégulière déclarent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtés.

→ La diversité des origines des personnes accueillies dans les Caso se traduit par la nécessité d'un recours à un interprète pour plus de 3 personnes sur 10.

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

Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les obstacles les plus fréquemment cités par les patients reçus dans les Caso (28 %), suivis de la méconnaissance des droits et des structures (26,6 %) (tableau 20). Ces obstacles sont dénoncés depuis de nombreuses années par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité et ont été confirmés récemment par le Défenseur des droits qui rappelle qu'1 personne sur 5 en France éprouve des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes [DDD, 2017].

**TABLEAU 20 -- : PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2018.**

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Difficultés administratives ( <i>manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.</i> )	28,0	3 801
Méconnaissance des droits et des structures ( <i>soins, accès au droit, médecins traitant</i> )	26,6	3 608
Aucun droit possible ( <i>résidence &lt; 3 mois, visa touristique, ressource &gt; plafond, etc.</i> )	16,2	2 197
Barrière linguistique	16,1	2 190
Difficultés financières ( <i>complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, soins non pris en charge, etc.</i> )	15,0	2 031
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	7,1	965
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits ( <i>refus guichet, demande de pièces abusives, etc.</i> )	3,0	412
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	1,6	219
Droits ouverts dans un autre pays européen	0,9	121
Eloignement des structures administratives ou de soins	0,7	100

Taux de réponse : 56,4 %.

Il est difficile d'obtenir l'AME. Pour rappel, elle n'a pas toujours existé. Jusqu'en 1993, aucune condition de régularité au séjour n'était demandée pour pouvoir bénéficier de l'Assurance maladie. C'est par la volonté du ministre de l'Intérieur de l'époque, Charles Pasqua et la loi d'août 1993, que l'accès à l'Assurance maladie a été conditionné à la régularité du séjour. En 1999, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'AME sont créées, la CMU dépendant alors de l'Assurance maladie, l'AME de l'aide sociale. Par ce régime différencié, seuls les étrangers en situation irrégulière en viennent à dépendre de l'Aide sociale via l'AME.

Ainsi, à l'heure actuelle, les démarches pour obtenir l'AME sont bien souvent ignorées des bénéficiaires et les équipes de MdM constatent de nombreux obstacles à l'ouverture de ce droit spécifique comme la méconnaissance très répandue sur son existence et des difficultés à rassembler les documents nécessaires. De plus, non seulement la preuve de sa présence en France n'est pas forcément simple à prouver, mais la sécurité sociale demande des documents en principe non exigibles ce qui constitue un véritable frein à l'accès aux soins. À ces obstacles s'ajoutent, pour les étrangers en situation irrégulière, la peur d'être arrêté qui conduit plus d'un tiers (38,8 %) d'entre eux à limiter leurs déplacements.

*« Monsieur M., arrive au Caso. Il a un rendez-vous mis en place par la Pass prévu deux jours plus tard dans un service de rhumatologie de l'hôpital pour l'exploration d'une probable polyarthrite rhumatoïde débutante. Le visage déformé par la douleur, il n'arrive plus à dormir depuis trois jours et chaque mouvement de ses mains le fait souffrir, l'obligeant malgré le proche rendez-vous à venir ce jour consulter dans l'espoir qu'un nouvel antalgique lui soit délivré pour calmer ces articulations. Cependant malgré l'évidente souffrance une seule crainte semble envahir ses pensées : « Vous imaginez docteur, si je me fais arrêter par les policiers dans les deux prochains jours, je ne pourrais pas me rendre à mon rendez-vous à l'hôpital et je devrais rester avec cette douleur effroyable qui me paralyse les mains... »*

**[Caso de Bordeaux, 2018]**

Par ailleurs, les associations constatent de nombreux dysfonctionnements et des pratiques abusives fréquentes de la part des administrations (perte de dossier, demandes injustifiées de documents, refus d'accepter l'adresse déclarative, etc.). Les divergences d'interprétation des dispositions applicables par les Caisses d'assurance maladie sont nombreuses et souvent en défaveur des personnes sollicitant l'AME, notamment en ce qui concerne le contrôle d'identité et celui de la condition d'antériorité de résidence [DDD, 2019].

Enfin, on constate un désengagement des services publics, notamment de l'accueil physique des personnes. Sur de nombreux territoires les fermetures ou restrictions dans l'accueil et l'accompagnement physique des personnes, la dématérialisation de l'accès aux droits (Cpam, caisse d'allocations familiales...), deviennent des problèmes auxquels se heurtent les autres acteurs sociaux et de santé (services

sociaux de secteur, associations...). Comme l'a souligné le DDD, il y a un risque de voir s'institutionnaliser « une forme d'exclusion liée à la situation de précarité sociales et/ou économique [...] et de marginalisation de nouveaux publics [...] notamment ceux qui sont peu à l'aise avec l'écrit, ou encore éloignés de l'outil informatique » [DDD 2017]. Rappelons à ce titre que selon une étude, plus de 13 % de la population générale, soit 7 millions de personnes, se déclaraient en 2016 dans l'incapacité de remplir un formulaire en ligne ou d'obtenir des informations via Internet [Arcep 2016].

**MdM demande que des dispositifs alternatifs au « tout numérique » soient maintenus pour faciliter l'accès aux droits des publics en situation de précarité, comme le préconise le DDD dans deux avis<sup>80</sup>, et insiste sur la nécessité de maintenir des lieux d'accueil physiques de proximité qui s'articulent avec tous les canaux d'informations existants (courrier, téléphone, numérique, guichet...), afin de maintenir la mission première des services publics qui est « le service au public ».**

**MdM milite, aux côtés de nombreuses associations et depuis plus de trente ans, pour un « choc de simplification » du dispositif d'accès à la couverture maladie, permettant ainsi une protection maladie vraiment inclusive pour les personnes en précarité et regrette que ni la loi sur la modernisation de notre système de santé adoptée en janvier 2016<sup>81</sup>, ni la loi de santé de juillet 2019 ne prévoient de mesure allant dans ce sens.**

**La création d'une Complémentaire santé solidaire pour remplacer l'aide à la complémentaire santé (ACS) et la CMU-c, mesure incluse dans la stratégie pauvreté présentée en septembre 2018, est un premier pas dans la simplification des prestations. Il faut aller plus loin et mettre en œuvre une politique volontariste pour rendre réellement accessible la couverture maladie pour toutes et tous, en opérant notamment l'intégration de l'AME dans l'Assurance maladie. Cette fusion des dispositifs serait une mesure de santé publique majeure qui améliorerait la prévention et la promotion de la santé. Elle constituerait en outre une réforme pragmatique sur le plan économique, en permettant un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.**

(80) Avis du DDD (n°16-01 du 6 janvier 2016 et n°16-09 du 7 avril 2016) concernant le projet de loi pour une république numérique.

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

## METTRE FIN À L'INSTRUMENTALISATION POLITIQUE QUI MENACE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT<sup>82</sup>

L'AME fait l'objet d'attaques politiques récurrentes, ce droit est systématiquement instrumentalisé dans une rhétorique anti-migratoire hors de toute approche scientifique, de réalités statistiques et hors de toute considération de santé publique. En juillet 2019, elle est à nouveau menacée par le gouvernement qui envisage de durcir les conditions d'accès à l'AME avec l'instauration d'un ticket modérateur et la diminution du paquet de soins.

Les bénéficiaires de l'AME sont des personnes en grande précarité qui résident depuis plus de trois mois en France et dont les revenus sont inférieurs à 720 euros par mois, en 2018. Comme les autres personnes précaires, ils sont plus souvent exposés à des risques de santé en raison de leurs conditions de vie (hébergement précaire, ressources, insalubrité, vie à la rue, précarité énergétique, etc.). Or, les bénéficiaires de l'AME ont un accès plus tardif aux soins alors même qu'ils peuvent présenter des pathologies plus graves que l'ensemble des assurés sociaux<sup>83</sup>. Aujourd'hui, le budget annuel de l'AME de droit commun représente 0,47 % du total de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

L'existence du double régime AME/PUMA a des conséquences très concrètes dans l'accès à la prévention, à la vaccination et aux soins. Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des assurés sociaux, ils n'ont pas l'obligation d'avoir un médecin traitant et sont donc exclus d'emblée des programmes de prévention de la Cnam.

Alors que la prévention est aujourd'hui affichée comme un objectif majeur de la politique de santé, en exclure des personnes en précarité, donc particulièrement exposées à des problématiques de santé, est particulièrement inadapté en matière de santé publique. Rappelons que nos constats sur plusieurs années montrent que ces populations sont peu vaccinées (cf. page 54). Enfin, les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte Vitale ce qui induit des démarches administratives plus lourdes que pour ceux qui en possèdent une, parfois et encore trop souvent prétextes à des refus de soins de la part des professionnels de santé.

Faciliter l'accès aux soins par un meilleur accès aux droits permet par ailleurs d'éviter des surcoûts liés aux retards de soins protégeant ainsi les finances hospitalières. En effet, le coût de la prise en charge d'une maladie qui atteint le stade de l'urgence est beaucoup plus élevé que celui de son traitement au long cours : plus on tarde à soigner une pathologie, plus les traitements seront lourds, donc coûteux, comme le montrent plusieurs études en France et en Europe. Selon une étude menée dans trois pays européens, les économies vont de 9 à 69 % selon les pathologies et les pays [FRA, 2015]. En rendant plus simple l'accès à la couverture maladie, l'intégration de l'AME dans le régime

général favoriserait par ailleurs l'accès à la médecine de ville, essentielle pour un dépistage et un traitement précoce des maladies chroniques, et viendrait ainsi limiter la convergence vers les services d'urgence hospitaliers, souvent saturés et dont les coûts sont plus importants pour la société.

En outre, l'exemple de l'Espagne et du retour à un système de santé universel en septembre 2018 est un exemple à suivre. En 2012, le gouvernement conservateur, par un décret royal, a décidé de restreindre l'accès aux soins des personnes sans papiers aux seules urgences alors qu'elles bénéficiaient préalablement du système de droit commun à l'égal des citoyens espagnols. La justification budgétaire était avancée, mais aucune étude des coûts n'a jamais été présentée : la décision s'avèrera idéologique. Une étude épidémiologique réalisée sur 6 ans, 3 ans avant le décret et 3 ans après, a révélé une augmentation de 15 % du taux de mortalité de la population migrante sans papiers entre les deux périodes<sup>84</sup>. Sur la base des constats et d'enjeux de santé publique, et convaincus par les professionnels de santé qui avaient résisté à ces restrictions en matière d'accès aux soins, le gouvernement espagnol a décidé en juin 2018 de réintégrer dans la couverture maladie universelle les personnes sans papiers.

De l'IGAS à l'Académie de médecine en passant par le Défenseur des droits, de nombreuses institutions se sont prononcées pour intégrer l'AME dans la sécurité sociale. En mars 2014, dans son rapport sur « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME », le Défenseur des droits recommandait que « la dualité des dispositifs CMU/AME - aujourd'hui PUMA/AME - soit reconsidérée de façon à simplifier les modalités d'intervention des Cnam, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME ». Il y a un an, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS pour 2018), le Défenseur des droits, en audition devant la Commission des affaires sociales, réaffirmait encore son soutien à cette réforme. Cette même Commission venait de voter à l'unanimité un amendement demandant un rapport du gouvernement au parlement sur la « mise en œuvre de l'intégration [de l'AME] dans l'assurance maladie et de l'accès pour tous à une complémentaire santé pour les plus précaires », montrant par là son intérêt pour une telle réforme. Plus récemment, l'Académie nationale de médecine, le 20 juin 2017, a dans son rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » préconisé cette même fusion des dispositifs [Académie nationale de médecine, 2017].

**Intégrer l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale leverait la menace annuelle qui pèse sur cette prestation sociale et entérinerait de manière enfin pérenne l'universalité de l'accès aux soins en France.**

(82) En novembre 2018, MdM, Fas, ODSE et l'UNIOPSS ont endossé un argumentaire commun pour combattre des idées reçues sur l'AME.

(83) <https://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

(84) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2818%2930133-6>

### UN ACCÈS AUX SOINS POUR LES RESSORTISSANTS EUROPÉENS DE PLUS EN PLUS DIFFICILE

Depuis plusieurs années, l'ouverture des droits de santé des européens inactifs est difficile et complexe, renvoyant à diverses interprétations du droit au séjour de cette catégorie spécifique d'étrangers, mais aussi du droit de la sécurité sociale, ainsi que du droit de l'Union européenne relatif à la coordination européenne des systèmes de sécurité sociale. Sans directive interne claire, les Cnam ont longtemps eu des pratiques très hétérogènes. En 2018, une lettre-réseau<sup>85</sup> de la Cnam (LR-DDGOS-16/2018) a contribué à une harmonisation des pratiques dans le sens d'un grand durcissement. Depuis, tous les dossiers des Européens sans activité rémunérée et présents depuis plus de trois mois (qui n'ont donc plus droit au séjour) doivent être envoyés par les caisses de sécurité sociale au Centre des ressortissants européens inactifs CMUistes de Nîmes (CREIC), pour une évaluation de leurs droits. Le Défenseur des droits n'a pas manqué de souligner un examen « lourd et opaque » du CREIC [DDD, 2019] et des pratiques des caisses qui tendent à retarder l'accès à la protection maladie de ceux venus en France pour s'y installer.

70

Cette réorganisation a eu des effets considérables. Plusieurs niveaux de blocage sont constatés. De très longs délais maintiennent les demandeurs sans droits pendant plusieurs mois, voire une année. De plus, les caisses exigent que les demandeurs leur fournissent un « attestation de non-droit » de leur pays d'origine, document le plus souvent impossible à obtenir.

Par ailleurs, de nombreux dossiers d'étrangers ressortissants d'États tiers à l'Union européenne (pays d'Afrique par exemple) mais étant ou ayant été titulaires d'un titre de séjour d'un État membre de l'UE sont également renvoyés vers le CREIC par des caisses 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.

MdM, l'ODSE et Romeurope ont alerté les institutions concernées sur ces blocages majeurs, facteurs de non-accès aux soins, de retard et de renoncement, pour des populations parmi lesquelles les femmes et enfants sont nombreux, avec notamment des problématiques fréquentes pour les enfants nés ou à naître. Dans l'attente de l'ouverture de leurs droits ces publics se retrouvent forcément dans les lieux de soins qui relèvent plutôt d'une logique humanitaire telles que les centres de MdM ou les PASS, pourtant souvent débordés. Toute complexification et barrière administrative nouvelle vient encore alourdir un travail social associatif déjà saturé.

### LA DOMICILIATION, UNE DES CONDITIONS INDISPENSABLES À L'ACCÈS AUX DROITS

Une des conditions indispensables à l'accès aux droits est de disposer d'une adresse postale afin de recevoir tout courrier relatif au dossier de demande de CMU-c ou d'AME. Les personnes sans domicile stable ne peuvent remplir cette condition ; ceci concerne aussi bien les personnes vivant à la rue qu'en squat ou en bidonville (cf. encart ci-contre). Celles-ci doivent se tourner vers un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou une association agréée pour obtenir une domiciliation administrative.

En 2018, 41,8 % des personnes de 16 ans ou plus se présentant pour la première fois au Caso disposaient d'une adresse personnelle pour recevoir du courrier et 25 % avaient obtenu une domiciliation administrative. Toutefois un tiers des personnes rencontrées avaient besoin d'une domiciliation administrative (tableau 21).

Parmi les personnes ayant une domiciliation, dans près de 7 cas sur 10 elle a été obtenue auprès d'une association agréée, mettant en évidence la sollicitation toujours plus importante des associations.

**TABLEAU 21 – SITUATION<sup>(1)</sup> VIS-À-VIS DE LA DOMICILIATION DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2018.**

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille/amis)	41,8	6 886
Dispose d'une domiciliation administrative	25,0	4 123
A besoin d'une adresse postale	33,2	5 467

Taux de réponse : 89,3 %.

(1) Situation au jour de leur première visite.

Si la loi<sup>86</sup> prévoit le principe déclaratif en matière de domicile, selon lequel la déclaration d'une adresse où l'on peut recevoir du courrier permet d'ouvrir des droits sans avoir à produire de pièces justificatives, il convient toutefois de rappeler que les Caisses primaires d'assurance maladie (Cnam) exigent presque toujours des pièces justificatives de domicile, alors même que la personne est en mesure de déclarer une adresse. Pour de nombreuses personnes sans domicile stable, il est impossible de produire ces pièces et ainsi faire valoir leur droit à l'élection de domicile. Ainsi, par exemple, nombre de personnes hébergées par de la famille ou des proches n'osent pas communiquer les coordonnées des personnes les hébergeant par peur d'un éventuel contrôle.

(85) Les lettres-réseau sont des instructions internes produites par l'assurance maladie (Cnam) et qui précisent les modalités de prise en charge des usagers et notamment les conditions d'ouverture des droits. Étant créatrices de droit, elles doivent être rendues publiques et accessibles à tous.

(86) Article R113-8 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA).



Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors même que les organismes domiciliaires sont saturés. Ces derniers, afin de limiter leur charge, appliquent même parfois une politique restrictive d'accès à la domiciliation, excluant ainsi de nombreuses personnes de l'accès aux droits. De plus, les équipes terrain ont observé des situations où le non-respect du principe déclaratif de l'adresse et le déficit de l'offre d'une domiciliation administrative ont même conduit à un véritable « marché noir » de l'adresse et à exposer des personnes déjà en situation de vulnérabilité à des violences notamment sexuelles.

**Parce qu'il est la première étape pour accéder à ses droits, il faut faire respecter le principe déclaratif pour l'adresse postale, sans justificatif. Par ailleurs, le droit à la domiciliation doit être garanti à toute personne. Il convient ainsi de donner les moyens humains et financiers aux organismes domiciliaires d'assurer une domiciliation administrative à tous ceux qui en ont besoin.**

## UN ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ DIFFICILE POUR LES PERSONNES VIVANT EN SQUATS ET BIDONVILLES

Selon la Dihal, plus de 16 000 personnes vivent en France en bidonvilles et grands squats<sup>87</sup>. Parmi elles, beaucoup sont des personnes Roms ou perçues comme telles, originaires de Roumanie ou de Bulgarie. Mais on trouve aussi des personnes de nationalité extra européenne, ou des ressortissants français.

Les habitants de squats et bidonvilles, quelle que soit leur origine, rencontrent des difficultés pour se soigner, alors même que leur logement et conditions de vie les exposent à des problèmes de santé. MdM, présent auprès des personnes en bidonvilles depuis le début des années 1990, a toujours témoigné des difficultés qu'elles rencontrent pour se soigner. Outre les difficultés d'accès aux soins inhérentes à une situation précaires, ces personnes sont de surcroît particulièrement victimes de discrimination alors même qu'elles sont très exposées aux risques sanitaires compte tenu de leurs conditions de vie et d'habitat.

Pour avoir accès aux soins sans avancer les dépenses, il est nécessaire d'avoir au préalable obtenu une couverture maladie. Sinon l'entrée dans le soin se fera nécessairement par la Pass ou les urgences hospitalières, ou reposera sur une structure associative comme MdM. L'obtention de l'AME ou de la PUMa, selon les situations individuelles, est donc cruciale.

L'année 2018 a été marquée par les effets de la procédure « CREIC » pour les Européens inactifs, qui a retardé très lourdement l'ouverture de droits des ressortissants européens (cf. page 70). Selon la Dihal, les bidonvilles et grands squats comptent 47 % de ressortissants de l'Union européenne, ils sont donc concernés par ces difficultés au tout premier chef.

**L'instabilité et la multiplicité des lieux de vie ne permettent pas l'inscription dans un parcours de soins et l'adoption de comportements préventifs en matière de santé.** Les personnes qui vivent en squats et bidonvilles sont sous la menace permanente de l'expulsion. Le fait de vivre dans un lieu occupé illégalement cause cette insécurité chronique, qui a des conséquences concrètes sur la santé et l'accès aux soins des personnes. L'insécurité liée à l'incertitude du lendemain maintient dans une précarité du quotidien, une difficulté à se projeter et à sortir de l'urgence. Après chaque expulsion sans logement pérenne, tout le travail d'insertion et d'accès au parcours de santé est à recommencer. Les expulsions sont très majoritairement sans solution de logement ; la recherche d'un lieu de vie prend le pas sur tout le reste. Et les liens créés avec des structures de santé, patiemment tissés, souvent grâce aux actions de médiation en santé, se distendent et disparaissent.

Une partie importante, mais difficile à chiffrer, des habitants de bidonvilles sont des ressortissants d'Europe de l'Est. Le rapport 2018 de la CNCDH sur le racisme en France, paru en avril 2019, estimait à 35 sur 100 l'indice longitudinal de tolérance à l'égard des populations Roms en France. Le même indice est de 79 pour les populations noires<sup>88</sup>. Les Roms sont la population la moins tolérée en France, ils subissent une stigmatisation massive qu'aucun autre groupe de population ne connaît.

### **Mobiliser les structures de santé du territoire : les PMI, acteurs essentiels de l'accès aux soins en bidonvilles**

On considère en général que les bidonvilles sont habités par un tiers d'enfants. Les centres de protection maternelle



(87) Recensement Dihal, juillet 2018 : [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/recensement\\_juillet\\_2018\\_vweb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/recensement_juillet_2018_vweb.pdf)  
(88) Rapport annuel sur la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie 2018, Commission nationale consultative des droits de l'homme. Paru le 23.04.2019.



et infantile (PMI) ont donc un rôle crucial pour rendre effectif l'accès au droit commun. En effet ces centres sont normalement accessibles à tous, sans condition de couverture maladie, pour tout ce qui concerne la prévention. Ils jouent souvent un rôle majeur dans les quartiers où la démographie médicale est très tendue. En 2018, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, présentée par le président de la République en septembre et pilotée par une délégation interministérielle dédiée, a souligné l'importance de ces structures et la nécessité de les renforcer. En Seine-Saint-Denis, par exemple, qui compte une proportion importante de bidonvilles (premier département concerné avec 1960 personnes, soit 12 % de la population recensée en bidonvilles et grands squats, selon le recensement de la Dihal en juillet 2018), le réseau des PMI est en manque chronique de personnel, en particulier les médecins. Un manque majeur alors que ces centres jouent un rôle si important pour ces personnes, et que la Seine-Saint-Denis est touchée par une diminution constante de sa démographie médicale (densité de médecins généralistes en 2015 : 10,1/10.000 habitants dans la communauté d'agglomération de Plaine Commune, la plus peuplée du département ; la moyenne nationale est à 29,2/10.000<sup>(89)</sup>).

72

À Bondy (93), un bidonville s'est installé au printemps 2018 sur un terrain inoccupé. Environ 250 personnes s'y sont progressivement installées. Grâce à la mobilisation des acteurs associatifs et de la municipalité, le terrain a été temporairement stabilisé et l'équipe MdM a entamé un travail de médiation avec les structures de santé du territoire. Dans cette commune on compte trois centres de PMI et un CMS (centre municipal de santé).

Dans les trois centres de PMI, les équipes ont rapidement été sensibilisées aux problématiques particulières des habitants du bidonville et ont visité directement le bidonville, pour se rendre compte des conditions de vie des personnes et gagner leur confiance. Depuis juillet 2018, des consultations dédiées ont été mises en œuvre, sans rendez-vous, pour que les familles puissent facilement avoir accès à la PMI. 35 familles ont été accompagnées dans ces consultations en une dizaine de mois.

À Lyon, la médiatrice de MdM prend systématiquement contact avec la PMI de secteur et facilite l'organisation de visites sur le terrain. En 2018, 27 orientations vers la PMI ont été réalisées.

#### Les solutions à mettre en œuvre

Les solutions pour améliorer l'accès aux soins des personnes en bidonvilles existent. Elles visent toutes à rendre les structures de droit commun plus inclusives et accessibles, et à faciliter l'insertion des personnes concernées dans le parcours de soins.

En octobre 2017, la Haute autorité de santé a validé un référentiel pour la médiation en santé. Cette pratique avait déjà été introduite dans la loi de modernisation de notre système de santé (2016). Son impact positif pour l'accès aux soins est reconnu ; elle doit être largement développée.

La commission nationale de suivi de la résorption des bidonvilles a monté un groupe de travail sur la santé qui produit des recommandations à l'intention des collectivités et représentants de l'État, afin de prendre en compte les problématiques de santé dans toute opération de résorption ou d'expulsion. MdM y participe. L'un des points soulevés régulièrement par MdM est l'importance de faire primer la résolution de problématiques de santé publique avant l'impératif d'exécuter des décisions d'expulsion. Ces dernières années, des progrès ont pu être observés dans cette prise en compte, même si cette situation reste fragile. L'ensemble des acteurs mobilisés pour la santé des personnes en bidonvilles plaide pour la mise en œuvre d'actions de médiation en santé. Des Agences régionales de santé dégagent des financements dans ce sens, comme par exemple en région Aquitaine où une plateforme régionale est à l'étude. Cependant, la médiation en santé ne peut être considérée comme une fin en soi. Elle n'est pas la seule solution et ne peut résoudre seule un problème plus complexe. Les structures de droit commun doivent être plus inclusives, même en l'absence de médiation : celle-ci ne peut être une condition nécessaire à l'accès à une consultation. Elle doit être une action transitoire visant *in fine* à l'autonomie de la personne concernée.

D'autres actions complémentaires peuvent être mises en œuvre : visites des équipes de santé sur le terrain (comme le font de nombreuses PMI), mise en place d'interprétariat en santé, formation/sensibilisation des soignants...

## DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES D'ACCÈS AUX SOINS ÉVOQUÉES PAR PRÈS DE 1 PATIENT SUR 5

Parmi les personnes reçues au Caso, 15 % d'entre elles évoquent les difficultés financières dans l'accès aux soins.

Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais ou de souscrire à une complémentaire santé. En effet, l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) doit, en principe, assurer une couverture à l'ensemble de la population en situation régulière ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé ; cependant, la réalité est plus complexe et le taux de non-recours à l'ACS reste élevé, entre 41 % et 59 % en 2017 selon les estimations du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [Comte, 2018]. Si neuf personnes sur dix bénéficient aujourd'hui d'une couverture maladie complémentaire en France (contre sept sur dix en 1981), « les plus pauvres restent moins couverts, ce qui n'est pas sans lien avec le recours aux soins puisque les individus non couverts sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois ». [Verniolle 2016].

Comme précédemment cité, la fusion des dispositifs CMU-c et ACS est l'une des mesures annoncées dans le plan pauvreté de septembre 2018 qui permettra de lutter contre ce non-recours aux droits. Cette mesure se traduit par deux avancées dans la loi de Finance de la sécurité sociale (LFSS) de 2019 :

une Complémentaire santé solidaire qui va remplacer l'ACS et la CMU-c à partir de novembre 2019 et un renouvellement automatique de la CMU-c à l'issue d'un délai d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle, de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et du minimum vieillesse.

**La demande de Complémentaire santé solidaire se fera dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui pour la CMU-c et l'ACS et MdM maintient sa demande d'augmentation du seuil d'attribution de la Complémentaire santé solidaire<sup>90</sup> au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.**

Par ailleurs, MdM se mobilise pour éviter que de nouvelles barrières financières apparaissent. Ainsi, l'association travaille depuis 2014 sur les prix des nouveaux médicaments qui ne cessent d'augmenter. En 2014, les traitements antiviraux à action directe contre l'hépatite C coûtaient 41 000 euros par personne. Il n'est plus rare de voir des traitements contre le cancer coûter plusieurs dizaines, voire centaines de milliers d'euros par personne. Entre 2014 et 2017, les mesures de rationnement pour l'accès au sofosbuvir des personnes vivant avec une hépatite C ont agi comme un révélateur d'une rupture plus générale dans l'accès aux soins, souvent aux dépens de personnes en situation de précarité ou marginalisées. De même, les évolutions actuelles sur les prix des traitements anticancéreux laissent craindre la définition de nouveaux critères d'accès qui ne seraient plus fondés exclusivement sur des enjeux médicaux.

73

## PRIX ET ACCÈS AUX MÉDICAMENTS : CONTRE LES ABUS DE BREVETS ET POUR UN ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS

En 2014, l'arrivée de nouveaux traitements contre l'hépatite C à des prix exorbitants, dont le sofosbuvir à 41000€ par patient, s'est traduite de manière inédite en Europe par un rationnement de l'accès aux médicaments et à des critères de sélection des patients. Les difficultés d'accès aux soins, en raison des prix des traitements, sont devenues un problème qui concerne également les pays les plus riches.

Alors que ces prix exorbitants sont permis par des brevets comme monopoles, MdM a introduit au sein d'un collectif associatif deux oppositions contre les brevets du sofosbuvir. En effet, pour les associations, ces brevets ont été accordés de manière abusive par l'Office européen des brevets (OEB). Ils présentent notamment un défaut d'inventivité. Ces deux oppositions ont contraint la firme détentrice du titre de propriété intellectuelle à les amender, démontrant par-là la faiblesse de ce qui avait été accordé par l'OEB.

Or, les prix excessifs des médicaments et les difficultés d'accès aux soins liées à ces prix ne sont hélas pas spécifiques aux traitements contre l'hépatite C. Les nouveaux traitements contre les cancers ne cessent également d'arriver sur les marchés avec des prix de plus en plus élevés, pour un intérêt thérapeutique parfois marginal. Les immunothérapies coûtent entre 40 000 et 90 000 euros par patient et par an. Et depuis août 2018, des nouvelles thérapies géniques contre les cancers sont disponibles en Europe, à des prix de 320 000 et 327 000 euros par personne. C'est un changement d'échelle radical par rapport aux traitements contre l'hépatite C, autant sur les prix que sur le nombre de personnes concernées. En France, ce sont 400 000 cancers qui sont diagnostiqués tous les ans. Là encore, une question se pose, jusqu'à quand serons-nous en capacité d'organiser l'accès aux meilleurs soins contre les cancers pour toutes et tous, sans définition de critères d'accès, et donc d'exclusion ?



(90) Le seuil d'attribution de la CMU-c était fixé à 734 euros/mois pour une personne seule au 1<sup>er</sup> avril 2018 (en métropole).



De même que pour l'hépatite C, les prix des nouveaux anticancéreux sont le fait de monopoles et de brevets rachetés pour plusieurs milliards par les grandes firmes pharmaceutiques. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé de 2018, ces prix ne représentent pas les coûts de production ou les investissements en recherche et développement, mais la propension maximale à payer des États et systèmes de santé.

C'est pourquoi, MdM a prolongé son plaidoyer sur le prix du médicament sur ces traitements anticancéreux et les enjeux de propriété intellectuelle. Le 4 février 2019, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le cancer, le réseau international de MdM (16 associations) a alerté les États et institutions internationales sur les risques que représentaient les prix exorbitants des nouveaux médicaments contre les cancers.

En juillet 2019, l'association a déposé une nouvelle opposition au brevet à l'OEB, cette fois contre un traitement anticancéreux

de Novartis à 320 000 euros. Cette opposition au brevet visait de nouveau à démontrer les abus de monopoles. Elle était également une occasion d'alerter les institutions et l'État sur la reconnaissance juridique des thérapies géniques. Aujourd'hui, celles-ci sont considérées en droit comme un médicament, et le prix est fixé comme tel. Pour autant, alors que le procédé est largement pris en charge par les hôpitaux et centres de soins, et alors que ceux-ci sont extrêmement individualisés et construits à partir des cellules mêmes des personnes malades, il est légitime de s'interroger sur la reconnaissance de ce traitement comme médicament, ou comme procédure médicale. Les conséquences en droit seraient déterminantes, en permettant aux hôpitaux de produire des copies hors brevet, et donc à moindre coût.

### LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE : UN OBSTACLE À UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

74

En 2018, 16,1 % des personnes rencontrées évoquent la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Un tiers des personnes accueillies dans les Caso ont exprimé un besoin d'interprète. Dans ces programmes, MdM fait appel à des interprètes professionnels et aux compétences de traduction des membres de ses équipes. Ces résultats soulignent, une fois encore, les besoins en matière d'interprétariat professionnel dans l'ensemble des institutions (administrations et structures médicosociales) mais également en médecine de ville afin de permettre une prise en charge optimale<sup>91</sup>.

Dans le cadre de l'amélioration des pratiques de santé au sein de nos programmes, deux enquêtes menées par MdM et basées sur la perception des personnes accueillies dans les centres d'accueil ont été menées en 2018 et 2019. Les principaux résultats révèlent la place importante accordée par les personnes accueillies à l'écoute et à la communication, parfois avant les aspects directement liés aux soins. Les conclusions de ces études mettent en exergue la place importante qu'occupe l'interprétariat professionnel à chaque étape du parcours de santé : l'accueil, les consultations socio-juridiques et les consultations de soins. Aussi, l'interprétariat devrait être proposé systématiquement à toutes les personnes peu ou pas francophones.

La Haute autorité de santé (HAS) considère que « *seul le recours à un interprète linguistique professionnel permet de garantir aux usagers les moyens de communication leur*

*permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome d'une part, et aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical d'autre part* » [HAS, 2016]. Il assure le respect des principes suivants : la restitution objective, complète et fidèle du message, la non-intervention, l'impartialité et le devoir de confidentialité [Schwarzinger 2012 ; Chambon 2016]. Il est reconnu que le recours à l'interprétariat professionnel améliore le dialogue entre le soignant et le soigné, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics [Schwarzinger 2012] et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales dont les coûts humains et financiers sont sans aucune mesure avec le coût même de la traduction. En favorisant la communication entre le patient et le personnel soignant, l'adhésion au traitement et au suivi médical, la prévention, l'information des proches éventuellement concernés par la pathologie et l'orientation vers les spécialistes appropriés sont facilités. Ainsi l'interprétariat favorise l'égalité de traitement des personnes.

Les enjeux en lien avec la mise en place pérenne de l'interprétariat professionnel au niveau des dispositifs médicosociaux sont de deux ordres. Le premier est celui de continuer la promotion de l'interprétariat professionnel auprès de tous les professionnels du médico-social. Le second est celui de la mise en place de son financement de manière pérenne, incluant également la réflexion pour sa prise en charge par l'assurance maladie. L'application de l'ensemble de ces éléments serait une plus-value certaine pour l'amélioration de la qualité des pratiques.

(91) Migrations Santé Alsace – Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel, avril 2009.

*« Lorsque à l'accueil [de la Pass], j'ai précisé que madame ne parlait que mandarin et qu'il allait falloir faire appel à un interprète, on m'a répondu que ça n'était pas possible : « Il n'y a pas la possibilité de faire appel à un interprète, ça ne se fait pas et ça ne s'est jamais fait. »*

*J'ai donc demandé à voir le docteur, responsable de la Pass, qui très aimablement m'a dit qu'en effet si cela s'avérait nécessaire, il serait tout à fait possible de faire appel à un interprète tant pour la consultation médicale que pour l'entretien avec l'assistante sociale. Elle n'a néanmoins pas rebondi sur le fait que l'on m'ait dit l'inverse à l'accueil. »*

**[Caoa de Paris, 2018]**

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

Ces obstacles à l'accès aux droits, soulignés dans de nombreux rapports institutionnels [DDD 2014 & 2016], aboutissent à un parcours du combattant pour de nombreuses personnes ; ils augmentent les délais de traitement des dossiers, les risques de rupture ou de renoncements aux droits des potentiels bénéficiaires, ce qui signifie également des risques de retard ou de renoncement aux soins.

L'inscription au code de la sécurité sociale d'un article<sup>92</sup> prévoyant l'élaboration « de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique » dans la Loi de santé<sup>93</sup> adoptée en janvier 2016 constitue une avancée pour MdM qui milite maintenant pour la promotion et surtout le financement de l'interprétariat professionnel dans tous les établissements d'accueil.

(92) Article L. 1110-13 du code de la santé publique.

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



04

## **DES POLITIQUES ATTENDUES**

POUR GARANTIR  
LE RESPECT  
DES DROITS HUMAINS

---

# 1. DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES QUI IMPACTENT LA SANTÉ

## LES POINTS ESSENTIELS

→ Face aux grandes difficultés pour joindre le 115 ou obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins, beaucoup se découragent et renoncent même à y avoir recours.

→ Les personnes à la rue et vivant en bidonville sont plus affectées de troubles d'ordre psychologique.

→ Des expulsions des lieux de vie fréquentes qui ont des conséquences importantes sur la santé des populations vivant en bidonvilles.

De plus, les associations et collectifs sur le terrain observent des politiques toujours plus répressives qui mettent tout en œuvre pour restreindre les droits des plus démunis : de leur accès à une protection sociale jusqu'à leur droit de se reposer dans un espace public<sup>95</sup> : « on prend ses repères, car la rue, on l'habite. Du moins, c'était vrai jusqu'à la fin des années 1980 car le mobilier urbain le permettait ; aujourd'hui, le politique pour plaire à son électorat, exige de l'architecte et du designer qu'ils « chassent le SDF » » [Krzyzaniak, 2019].

Sans gommer les spécificités de chacun des publics qui demandent des réponses politiques ciblées, on constate que la précarité persiste en France et offre des visages différents mais avec un point commun : celui de vivre dans des conditions difficiles. Ces publics cumulent souvent des facteurs communs de vulnérabilité : vie à la rue ou dans des habitats précaires, manque de maîtrise de la langue, isolement social et familial, errance et épuisement et contrainte souvent violente de quitter les lieux où ils s'arrêtent régulièrement. Comme le dernier rapport de l'Observatoire des inégalités le souligne, « la pauvreté est l'une des inégalités les plus visibles ». Le taux de pauvreté a augmenté depuis une dizaine d'années alors qu'en même temps la richesse nationale s'est accrue de 7 %, soit de 170 milliards d'euros [Observatoire des inégalités, 2018]. **La stratégie de lutte contre la pauvreté de 2018<sup>96</sup> n'a pas conduit à la prise des mesures nécessaires pour améliorer la situation des plus démunis. L'évolution des conditions de vie dépend en grande partie des niveaux de vie, or ceux-ci ne s'améliorent plus pour la majorité de la population** [Observatoire des inégalités, 2018].

La pauvreté et les conditions de vie indignes constituent une atteinte à la dignité humaine mais ne sont pas légalement opposables à l'État français. Principes chers à MdM, le droit à un logement et à la protection de la santé sont des droits fondamentaux opposables<sup>94</sup>. Ils ont pour objet la garantie d'un "toit" et d'un accès aux soins sans discrimination. On peut constater que ces droits ne sont pas respectés compte tenu du nombre de personnes mal logées ou sans abri, ainsi que celui des personnes renonçant ou se voyant refuser des soins.

L'état des conditions de vie des personnes rencontrées est une préoccupation majeure pour les équipes de MdM qui tentent de trouver des solutions à l'absence d'éléments aussi nécessaires que la santé, l'hébergement ou la nourriture à travers des consultations socio-médicales et le travail d'orientation vers les structures adéquates. La lassitude et le découragement sont très souvent exprimés par les personnes rencontrées à MdM.

*« Là on est à la rue, on appelle le numéro de l'immigration, ça ne répond jamais, on essaye tous les jours, toute la journée, ça ne répond jamais, on nous dit de rappeler plus tard, ça raccroche... Et pendant ce temps-là on doit vivre dehors et attendre. »*

[Caoa de Paris, 2018]

(94) Notion juridique qui signifie que le droit qui a été reconnu au citoyen peut être « opposé » à une autorité chargée de le mettre en œuvre.

(95) <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/ceremonie-des-pics-dor-la-fondation-recompense-de-facon-satirique-les-pires-dispositifs-anti-sdf>

(96) <https://www.inegalites.fr/600-000-pauvres-de-plus-en-dix-ans>



## LA RÉSORPTION DES BIDONVILLES : UN PLAN NATIONAL, DES ATTENTES FORTES DES ACTEURS DE TERRAIN

En 2018, selon le CNDH Romeurope, 171 lieux de vie ont été expulsés, soit 9 688 personnes<sup>97</sup>. Par rapport à l'année précédente, cela représente une diminution de 5 % du nombre de personnes expulsées et une hausse de 45 % des opérations d'expulsion<sup>98</sup>. Ceci tend à démontrer que les lieux de vie ont eu tendance à se réduire en volume ces dernières années, à se fragmenter, sous l'effet des expulsions répétées.

Cependant, depuis le 25 janvier 2018<sup>99</sup>, une dynamique a été enclenchée sous l'effet de l'instruction interministérielle visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illégitimes et des bidonvilles.

Après la circulaire du 26 août 2012<sup>100</sup> encadrant l'anticipation des évacuations de « campements illégitimes », les habitants des bidonvilles et les acteurs de l'aide attendaient que les pouvoirs publics changent enfin de vocabulaire et de paradigme pour sortir de la logique de l'expulsion. L'instruction interministérielle du 25 janvier 2018, issue de travaux auxquels une diversité d'acteurs impliqués a pu contribuer, est apparue comme un signe positif d'évolution de l'action publique et, à ce titre, a été saluée par de nombreuses associations et collectifs de terrain dont le CNDH Romeurope :

- Parce qu'elle fixe un objectif de résorption des bidonvilles à 5 ans,
- Parce qu'elle encourage la mise en œuvre de stratégies locales, articulées à une volonté au niveau national,
- Parce que pour la première fois, le terme de "bidonvilles" est utilisé et mis en avant, signe d'une intégration des termes de la campagne inter associative « 25 ans de bidonvilles » à laquelle MdM avait activement participé.

Les effets sont longs à apparaître et la mise en œuvre de la circulaire repose encore beaucoup sur la volonté des acteurs, que ce soit les collectivités ou les préfetures, de se saisir de ces questions. La circulaire dont l'application est pilotée par la Dihal a soulevé des espoirs de changement parmi les associations et collectifs impliqués sur ces sujets.

Du discours aux actes, le changement attendu n'est pas encore là, parce qu'il manque de moyens financiers réellement conséquents et parce que la volonté des acteurs publics reste très inégale et fragile d'une région à l'autre.

L'instruction prévoit notamment la mise en œuvre de stratégies territoriales. À Marseille, deux projets de stabilisation sont soutenus par la préfeture mais ils ne concernent que quelques centaines de personnes et de nombreux autres sites restent en dehors de la dynamique portée par la préfeture. Une stratégie territoriale complète doit permettre d'englober toutes les situations sur un territoire donné. En Île-de-France, les préfetures de département peinent à se mobiliser, alors que leur implication est cruciale dans une région très concernée par le sujet. En particulier, la Seine-Saint-Denis (premier département concerné par les bidonvilles) doit faire l'objet d'une stratégie locale à la hauteur des enjeux, avec une mobilisation des acteurs et des moyens.

### **Bondy : stabilisation sous l'impulsion de la mairie**

Suite à l'installation de familles roumaines le long du chemin de halage à Bondy, et d'une décision de justice permettant aux habitants du bidonville de rester sur place quelques mois de plus, la mairie s'est engagée à ne pas expulser les personnes et à mettre en place des installations sanitaires le temps de cette stabilisation. Dès le début, la mairie de Bondy a travaillé très étroitement avec les acteurs associatifs et habitants présents sur le terrain ; cette concertation suivait bien le modèle valorisé par l'instruction du 25 janvier 2018, avec cependant une difficulté à mobiliser les services de la préfeture dans la même dynamique. Des points d'eau et des sanitaires ont été installés sur le terrain. Des actions d'insertion ont pu être menées par Acina (association intervenant dans le champ de l'insertion des publics précaires), et la scolarisation des enfants a été facilitée par l'intervention du Bus scolaire. Le terrain a finalement été stabilisé au-delà de la trêve hivernale, jusqu'à la fin de l'année scolaire, et des discussions sont en cours pour réfléchir à un projet d'insertion.

Une telle stabilisation temporaire ne constitue pas une solution à long terme. Cependant, elle est une étape dans un parcours d'insertion, car cette période de stabilisation permet aux personnes de se projeter sur les quelques mois à venir et de sortir de la survie.

(97) Ce chiffre prend en compte les personnes qui ont quitté d'elles-mêmes leur lieu de vie sous la menace d'une expulsion imminente.

(98) Entre janvier et décembre 2017, 11 309 personnes de la communauté Rom (ou désignées comme telles) ont fait l'objet d'expulsions de 130 lieux de vie, bidonvilles et squats en France.

(99) [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir\\_42949.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42949.pdf)

(100) Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illégitimes.

### HÉBERGEMENT D'URGENCE : LA CRISE PERDURE

En 2017, la crise de l'hébergement d'urgence était déjà profonde. En 2018, elle s'est aggravée, et les associations n'ont cessé d'alerter sur la situation catastrophique des personnes qu'elles accompagnent. Il y a une dizaine d'années, le recours à l'hébergement d'urgence concernait essentiellement des hommes seuls. Aujourd'hui, les hôtels de mise à l'abri d'urgence sont surtout destinés à des familles. Le nombre de demandes auprès du 115 a augmenté de manière exponentielle, et le système saturé ne parvient pas à y répondre.

*«Ma petite sœur a 7 ans et moi j'aurai bientôt 18 ans. Pour l'instant ce qu'on voudrait c'est de ne plus dormir dehors. Dans tous les autres pays où l'on est passé, on a été logé dans des camps ou des hôtels car on est une famille avec des enfants. Ici en France on appelle le 115, ça ne répond jamais ou alors on nous dit d'attendre un message. Ma mère est très malade (...). Tout le monde nous dit la même chose, «appelez le 115 (...)», on te dit d'aller voir une association, qui te renvoie vers une autre, puis une autre et au final il ne se passe rien, on reste dehors. C'est ça notre vie pour l'instant.»*

[CAOA de Paris, 2018]

Les délais d'attente du 115 sont très longs au téléphone et la forte proportion de réponses négatives découragent beaucoup de demandeurs<sup>101</sup>. Aussi, les équipes de MdM ont constaté une recrudescence de violence dans le cadre de maraudes et des accueils de jour dont l'une des raisons évoquées est les tensions liées aux difficultés à contacter le 115 et à obtenir des places d'hébergement.

Ainsi, selon le dernier baromètre du 115 en 2017<sup>102</sup>, moins d'une demande sur deux (45 %) a donné lieu à un hébergement et de nombreuses personnes n'ont plus appelé le 115 durant l'hiver 2016-2017. Au mois de juin 2017, 53 % des demandes concernaient des familles à Paris et dans 41 départements. Le taux de réponse positive est faible, en particulier pendant la période de l'été qui est tous les ans la plus difficile dans ce domaine : ainsi entre le 10 juin et le 10 juillet 2017, seules 37 % des demandes ont donné lieu à un hébergement en province et 32 % à Paris.

Depuis la mise en œuvre par l'État d'un nouveau système de collecte d'informations dans les SIAO, il n'existe pas de données nationales en 2018. La ville de Paris et plusieurs autres communes de France (Toulouse, Grenoble, Lyon, Strasbourg, Marseille) ont alors lancé une «Nuit de la solidarité», visant à recenser le nombre de sans-abris dans ces villes. À Paris, plus

de 3 000 personnes ont été recensées à la rue, alors que cette opération se tenait en plein hiver, quand le nombre de places d'hébergement mis à disposition est à son maximum.

En hiver, des places temporaires sont ouvertes pour faire face à l'urgence. Mais cette «gestion au thermomètre» qui persiste ne représente en aucun cas une solution pérenne : en témoigne l'augmentation des demandes avant et à la fin de la période hivernale. Le Collectif des associations unies (CAU) a alerté notamment 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.)<sup>103</sup>.

La situation reste critique malgré l'augmentation du nombre de places d'hébergement pérenne atteignant environ 146 000 en 2018 (CHRS, CHU et hôtel) et des dépenses engagées en faveur du logement<sup>104</sup> en 2018 [Sénat, 2019].

La gestion cloisonnée entre le ministère du Logement (pour l'hébergement d'urgence et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)) et le ministère de l'Intérieur (pour le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile (DNA)) ne permet pas un fonctionnement fluide et alimente les difficultés liées au manque de coordination entre les services. Le manque de places en DNA renvoie des personnes qui n'en relèveraient pas vers les dispositifs de droit commun notamment l'hébergement d'urgence. Pour chaque personne c'est une «urgence qui dure» : ainsi l'hébergement d'urgence prend en charge des familles entières pendant plusieurs années (faute de *turn-over* sur d'autres dispositifs) et se trouve de ce fait constamment saturé. De surcroît en fixant des priorités iniques, les souffrances des différents publics semblent hiérarchisées et amènent les travailleurs sociaux à faire des choix impossibles pour savoir qui sera hébergé.

Le principe de l'inconditionnalité de l'accueil, pierre angulaire de l'action sociale, se retrouve durement attaqué alors même que la 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»<sup>105</sup>.

Enfin, les acteurs de l'hébergement et de la lutte contre la précarité réclament depuis longtemps la régularisation de ces «ni-ni» : ni régularisables, ni expulsables, ces familles «à droits incomplets» pourraient alors construire un projet de vie et libérer les places d'hébergement d'urgence.

(101) Voir enquête MdM, mars 2016 : «les conditions d'hébergement des personnes en situation de grande précarité – une enquête auprès des patients rencontrés par MdM en IDF».

(102) Le baromètre du 115 de 2017 : [http://federationsolidarite.org/images/stories/PDF/BAROMETRE\\_115\\_VF2.pdf](http://federationsolidarite.org/images/stories/PDF/BAROMETRE_115_VF2.pdf)

(103) <https://www.federationsolidarite.org/espace-presse-aside/espace-presse-cp-menu/9407-cp-plan-hiver-les-associations-demandent-des-solutions-dignes-et-durables-pour-les-personnes>.

(104) Le programme 177 «Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables» est exécuté sous l'autorité du ministre de l'Égalité des territoires et du logement mais a pour responsable le directeur général de la cohésion sociale qui relève du ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

(105) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000020439310&cidTexte=JORFTEXT000020438861&categorieLien=id>

Le 19 décembre 2018, le CAU a organisé une conférence de presse<sup>106</sup> pour dénoncer la situation extrêmement critique pour les personnes ayant besoin d'un hébergement. Intervenants sociaux, écoutants, acteurs de terrain intervenant auprès des migrants, tous font le même constat d'une crise qui s'installe dans le temps et à laquelle les pouvoirs publics répondent de manière parcimonieuse, en faisant le tri entre les populations. L'abandon de l'accueil inconditionnel par l'application de critères de vulnérabilité dans certains départements est un élément particulièrement inquiétant. À Marseille, à Nancy, dans le 92, de nombreux exemples alimentent ce constat.

Les travailleurs sociaux de MdM font part tous les jours de leur sentiment d'impuissance. Le logement est un déterminant de la santé, la lutte pour les droits des personnes en la matière fait partie des combats de l'association. La stratégie de lutte contre la pauvreté du gouvernement a très peu abordé l'accès à l'hébergement. C'est une occasion manquée de répondre à ce problème majeur actuellement.

*« On ne peut pas considérer que les solutions soient dignes et efficaces. Qu'il y ait plus [de places d'hébergement] que l'année dernière c'est une chose positive. Néanmoins, les flux sont connus et anticipés par les pouvoirs publics. Et force est de constater aujourd'hui que les places créées sont insuffisantes. Par ailleurs, dire que toutes les familles repérées se voient proposer une solution d'hébergement, c'est faux. »<sup>107</sup>*

**[Caso de Bordeaux, 2018]**

Les conséquences du non-hébergement (rue) ou du mal-hébergement sur la santé mentale et physique des personnes reçues sont les suivantes : stress, manque de sommeil, exposition à la violence, maladies liées au froid, maladies dermatologiques, blessures, pathologies liées au manque d'accès à l'eau et à l'hygiène, etc. En plus de rendre malade, la rue et l'habitat précaire sont des barrières à l'accès aux soins car ils entraînent des difficultés de suivi de traitement, une impossibilité d'accès à certaines structures exigeant une domiciliation, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux mais aussi une incapacité à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs.

*« Elle vit dans un hangar. Elle est mise sous traitement, et garde un suivi pluridisciplinaire (pneumologie, rhumatologie et maladies infectieuses) à l'hôpital suite à une longue hospitalisation fin 2017. Son état de santé s'est amélioré avec ce suivi mais reste fragile. Elle a perdu plusieurs consultations à l'hôpital suite à l'incendie de son précédent lieu de vie. Elle n'a aucun suivi médical de proximité. Elle évoque de grosses difficultés à suivre son traitement, être découragée, et prête à renoncer aux soins. Début mai, le 115 du 93 est sollicité avec l'aide de la médiatrice de MdM car le squat où elle habite est menacé d'expulsion. Courant juillet, le*

*hangar est expulsé par les forces de l'ordre, aucune proposition d'hébergement n'est faite à la famille. Depuis l'expulsion de l'été 2018, le contact avec la médiatrice s'est perdu. Les symptômes de sa maladie sont à nouveau prégnants. Une hospitalisation est à nouveau nécessaire. À défaut d'une relance et d'une solution du 115, Mme X. devra retourner habiter dans une cabane de jardin. »*

**[Programme Bidonville de Saint-Denis, 2018]**

Les problèmes de santé des personnes sans domicile sont relativement similaires à ceux diagnostiqués auprès des autres personnes rencontrées dans les Casos. Ils se concentrent autour des affections digestives (25,3 %), respiratoires (20 %), ostéoarticulaires (19,8 %) et cutanées (16,9 %). Seuls les troubles psychologiques apparaissent plus fréquents et concernent 11,6 % des personnes sans domicile contre 7,9 % pour les autres personnes reçues dans les Casos. Par ailleurs, 56,4 % des patients présentaient une pathologie chronique.

*« Arrivés il y a quelques jours en France, Mme C. et sa famille ont demandé l'asile le lendemain de leur arrivée. Mme C. est atteinte d'une insuffisance rénale : elle doit se rendre à l'hôpital pendant une demi-journée pour faire filtrer son sang 3 fois par semaine. En dépit des appels répétés au 115, Mme C., son mari et sa fille de 4 ans dorment à la rue. Dans ces conditions, comment assurer un respect réel du traitement ? Comment récupérer entre deux dialyses ? »*

**[Caso de Bordeaux, 2018]**

Ainsi, les conditions de vie précaires exposent ces populations à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent alors le seul recours pour les patients sans domicile souhaitant bénéficier d'une consultation médicale. Les « lits halte soins santé » (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM) sont des dispositifs destinés spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de convalescence sans pour autant justifier une hospitalisation [Guillaume, 2019]. Les équipes de MdM font ainsi face à de nombreuses situations de personnes malades à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit.

**Les dispositifs tels que LHSS, LAM et ACT doivent être renforcés pour permettre aux personnes en grande précarité d'être hébergées dans des conditions compatibles avec leur santé. Une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existerait permettrait une prise en charge des personnes mieux adaptée à leurs besoins, plus humaine et plus économique en évitant des hospitalisations plus longues faute de solution en aval.**

(106) <https://collectif-associations-unies.org/2018/12/26/conference-de-presse-du-19-12-les-personnes-sans-domicile-et-mal-logees-sans-solution/>

(107) Rue 89 : <https://rue89bordeaux.com/2019/01/associations-girondines-lancent-lappel-de-rue-abris/>

## LES EXILÉS À PARIS CONDAMNÉS À LA VIE À LA RUE

À Paris et en province, les personnes exilées sont condamnées à la vie à la rue. Ceux qui devraient avoir accès aux places en Cada (pour les seuls demandeurs d'asile) se heurtent à la fois aux difficultés d'accéder à la procédure qui déclenche cette prise en charge (via la Pada) et au manque de places. Les personnes en procédure Dublin (les dublinés) sont forcées à l'errance par un système qui soumet leur accès à l'hébergement aux démarches en préfectures qui mèneront potentiellement à leur transfert vers un autre pays d'Europe où ils ne souhaitent pas s'établir. Les personnes déboutées et sans papiers devraient avoir accès au 115, comme toute personne à la rue ; mais ce dispositif extrêmement saturé ne leur offre trop souvent pas de solution.

À Paris, la situation s'est encore dégradée en 2018 malgré la mise en place de 3 accueils de jours et de 4 Centres d'accueil et d'examen de situation (CAES) par la Préfecture d'Île-de-France. En effet, ces dispositifs ne répondent pas au problème du sans-abrisme des personnes exilées, car ils conditionnent l'hébergement à l'examen de la situation administrative des personnes. Ils ciblent ainsi les demandeurs d'asile dit « primo arrivants » et laissent sur le côté les « dublinés » et les personnes sans autorisation de séjour, malgré leur immense vulnérabilité. Ils restent également très largement sous dimensionnés par rapport au nombre d'exilés à la rue.

En parallèle, la situation à la rue s'est durcie avec la mise en place de grilles, de pierres et de barrières sur les sites habituels des campements. Ces mesures de dissuasion ont été accompagnées d'une forte présence policière, visant à disperser systématiquement les exilés et créant ainsi une véritable « politique d'invisibilisation ». Le remplacement de l'accueil physique de la Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (Pada) parisienne par une permanence téléphonique a également renforcé cette stratégie de disparition progressive des exilés dans l'espace public... Les lieux de regroupements et de campements se sont alors retrouvés dans des quartiers plus reculés, isolés, à proximité du périphérique parisien et à distance des centres-villes, sous l'emprise de passeurs et de différents trafics, comme en a attesté en 2018 le campement dit « du Millénaire ».

Ce contexte difficile a fragilisé davantage les exilés. En errance pendant la journée, ils s'installent sur les trottoirs, les entrées d'immeubles et/ou les garages pour dormir la nuit. Il a également drastiquement compliqué le travail des associations et des collectifs citoyens. C'est seulement en fin d'année, avec l'arrivée de l'hiver et une disponibilité moindre des forces de l'ordre que des campements se sont

progressivement réinstallés à Saint-Denis et autour des Portes de La Chapelle, d'Aubervilliers et de la Villette.

Cette situation a un impact très grave sur la santé des personnes concernées. Maintenues dans un état de survie, elles connaissent des troubles physiques et psychiques. L'action de veille sanitaire mobile a connu en 2018 une augmentation importante de son activité (+57 %, passant de 2209 à 3467 consultations médicales), reflétant l'accroissement des besoins des personnes en matière de santé. Elle s'est également doublée de la mise en place d'une permanence d'accueil et d'écoute psychologique, liée à la spécificité d'une migration marquée d'événements à haut potentiel traumatique (signes de stress post-traumatique, de dépression profonde d'expression bruyante ou silencieuse). À la violence de l'exil, et à celle de la migration, s'ajoute en effet celle du non-accueil et de l'impasse administrative dans laquelle se retrouvent les personnes « dublinées » ou déboutées de leur demande d'asile.

Face à l'absence de réponse satisfaisante apportée par les pouvoirs publics, les associations et collectifs ont alerté la Mairie de Paris et la Préfecture d'Île-de-France en octobre 2018. Ils les ont rencontrées à plusieurs reprises pour les interpeller sur les manquements graves portant atteinte aux personnes, et sur la nécessité de leur mise à l'abri immédiate et inconditionnelle. Il était également nécessaire que soit posé le cadre d'une réflexion collective sur l'hébergement et le logement de l'ensemble des personnes à la rue.

En effet, cette problématique dépasse la question de l'accueil des étrangers en France. Elle est connectée à la problématique globale de l'hébergement d'urgence, dont l'inconditionnalité est remise en question dans les faits, et n'est plus garantie par le juge dans la jurisprudence du Conseil d'État (cf. page 84).

Ces rencontres avec les services de la Préfecture et de la Mairie n'ont apporté aucune solution concrète adaptée. Les discussions se sont enlisées, les réponses restant les mêmes et n'étant pas à la hauteur de la situation d'urgence.

En dépit d'une bonne volonté affichée chacun continue de se renvoyer la balle au point de nous enfermer dans un jeu de « ping-pong institutionnel ». Le 30 décembre, une tribune est parue dans le *Journal du Dimanche*, pointant la responsabilité première de l'État et de son représentant en région, le Préfet Michel Cadot, tout en interpellant également la Maire de Paris<sup>108</sup>.

Au début de l'année 2019, 4 campements se sont reconstitués regroupant plus de 2000 personnes à la rue. En janvier 2019, 1200 places sont finalement débloquées dans des CAES et des évacuations sont organisées sur plusieurs campements du nord de Paris et de Saint-Denis. Pour autant, cela n'a réglé que très partiellement le problème, car ces places étaient insuffisantes pour le nombre de personnes concernées, et parce qu'elles étaient toutes soumises à l'examen des situations administratives.

L'hébergement n'étant pas inconditionnel, beaucoup en sont rapidement ressortis.

Tout au long du premier semestre 2019, compte tenu de l'urgence sanitaire quotidienne, les associations n'ont cessé de demander l'installation de sanitaires, d'urinoirs et d'un accès à l'eau sur les lieux de campements. Elles ont dénoncé avec vigueur les violences policières, les confiscations et les destructions de matériel dont elles entendent trop souvent le récit par des exilés.

*« Des tentes, des gens nous en avaient données mais la police nous les a prises. Hier encore ils sont venus à 8h du matin nous réveiller. Ils ont arraché nos couvertures et les ont jetées sous la*

*pluie. Ils ne les ont pas emmenées. Ils ont attendu qu'elles soient bien mouillées puis ils nous ont laissé les récupérer. Lorsqu'on dort dans la file du camp (ndlr CPA) ils nous disent de partir, alors on va sous les ponts. Lorsqu'on dort sous les ponts, ils nous disent de partir, où est ce que l'on est censé aller ? Hors de Paris, c'est leur réponse. ».*

**[Caoa de Paris, 2018]**

La Mairie de Paris a finalement pris une position publique forte en dénonçant l'inaction de l'Etat, et en annonçant au printemps l'ouverture d'un lieu d'accueil de jour pour les exilés à la Porte de la Chapelle. Les personnes peuvent s'y rendre pendant la journée mais ce centre ne propose pas de mise à l'abri pendant la nuit. L'hébergement étant de la compétence de l'État, la Mairie a refusé de s'y substituer.

Le 9 avril 2019, les associations ont organisé une journée de mobilisation en suspendant leurs activités en signe de protestation. Un courrier a été envoyé au premier ministre, signé par une vingtaine d'associations et collectifs, rappelant à la fois la situation indigne vécue par les exilés, et plus globalement le besoin d'hébergement des personnes à la rue. Aucune réponse n'a été apportée, malgré un grand nombre de relances.

Ce durcissement des conditions d'accès à l'hébergement et aux droits fondamentaux n'est pas une fatalité. Les acteurs associatifs dont MdM ont publié, en juin 2019, un **Manifeste pour mettre fin aux situations d'errance et de campements en France<sup>109</sup> en demandant au gouvernement :**

- **Une protection et un hébergement d'urgence, immédiats et inconditionnels** des personnes en errance dans différentes villes de France, leur permettant d'accéder à leurs droits fondamentaux ;
- **Un accès rapide aux procédures de demande d'asile**, dans le respect des délais définis par les textes, y compris pour les personnes sous procédure Dublin, ainsi qu'aux conditions matérielles d'accueil *ad hoc* ;
- **L'accès aux conditions matérielles d'accueil** (hébergement, ADA, accompagnement dans les procédures et l'accès aux droits) tel que prévu par les textes européens pour tous les demandeurs d'asile ;

- **L'assurance d'une continuité de l'hébergement pour toutes les personnes sans domicile fixe**, quelle que soit leur situation administrative, dans des structures dédiées aux demandeurs d'asile ou d'hébergement généraliste. Des solutions d'accès direct au logement doivent être proposées et une mise en œuvre plus ambitieuse de la politique du logement doit s'imposer ;

- **L'établissement de conditions de vie et d'hygiène dignes ne mettant pas en danger la santé des personnes : accès à l'eau, aux sanitaires, ramassage régulier des ordures** ainsi que l'arrêt des confiscations de matériels tant que les campements perdureront ;

- **La protection des personnes vulnérables face aux réseaux de passeurs et de trafiquants.**

**Les associations demandent une réponse forte, nationale, interministérielle (Santé, Logement, Intérieur) et des mesures immédiates, en lien avec les collectivités locales pour en finir avec ces situations inhumaines.**

(109) <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/personnes-migrantes/2019/06/27/en-finir-avec-lerrance-et-les-campements>. Co-signé par la Cimade, Emmaüs Solidarité, Emmaüs France, Fédération des acteurs de la solidarité, Fondation de l'Armée du Salut, Médecins du Monde, Secours Catholique et Caritas France.

## 2. LES POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ MINÉES PAR LES LOGIQUES RÉPRESSIVES ET CIBLÉES

### LES POINTS ESSENTIELS

→ La loi Collomb, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, et des textes réglementaires mettent en péril les droits des réfugiés et des migrants en France.

→ Des associations et des personnes exilées contraintes de saisir la justice pour faire respecter leurs droits fondamentaux.

### UNE POLITIQUE DE NON-ACCUEIL DES PERSONNES EXILÉES

#### LA LOI COLLOMB, UNE RÉFORME PRÉCIPITÉE AUX EFFETS DÉLÉTÈRES

Malgré de très nombreuses alertes d'associations dont MdM, mais également d'organismes tels le Défenseur des droits (DDD) et la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH), la loi «*Asile et immigration*» (Loi Collomb)<sup>110</sup> réforme un certain nombre d'éléments relatifs au séjour des étrangers. Comme redouté par les équipes de MdM ce texte s'axe principalement sur une multiplication des mesures coercitives, une réduction des garanties procédurales, une optimisation de l'éloignement et une augmentation des dispositions restreignant l'entrée sur le territoire français et le séjour dans des conditions dignes<sup>111</sup>.

Loin de proposer une amélioration des conditions d'accueil, le texte se concentre sur le schéma national de répartition des demandeurs d'asile<sup>112</sup> et prévoit de nombreux cas de retrait des conditions matérielles d'accueil en cas de non-respect des

orientations en région proposées aux demandeurs d'asile<sup>113</sup>. Les mesures comme la revalorisation de l'allocation aux demandeurs d'asile, l'homogénéisation des structures d'hébergements (CAO, CAES, CADA, etc.) ou encore l'amélioration de la qualité dans l'accompagnement - juridico-social notamment - n'ont pas vu le jour dans la loi Collomb.

La loi introduit également une restriction à la régularisation sur d'autres fondements (notamment pour soins)<sup>114</sup> aux demandeurs d'asile qui devront désormais introduire leur demande dans les deux mois suivants la demande d'asile [DDD, 2019]<sup>115</sup>. Les demandes de régularisation en dehors de ce délai ne seront traitées qu'en cas de «*circonstances nouvelles*». L'interprétation de la notion de «*circonstances nouvelles*» est laissée, selon le décret d'application du 28 février 2019, pour appréciation aux préfetures qui pourront dans leur démonstration, conduire à une rupture du secret médical<sup>116</sup>.

#### À NANTES COMME À GRANDE-SYNTHE : LE JUGE ADMINISTRATIF, UN LEVIER POUR AMÉLIORER LE SORT DES EXILÉS ?

La mobilisation de la société civile auprès des exilés (bénévoles ou militants autonomes, associations, collectifs de citoyens, etc.) n'est pas récente et la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) recense plus de 1200 associations ou collectifs engagés dans l'accueil et la défense des droits des personnes qui demandent l'asile en décembre 2018<sup>117</sup> [CFDA, 2019]. **Le juge administratif apparaît comme l'un des leviers utilisés par les associations pour rappeler à l'État et aux collectivités leurs obligations en matière de respect des droits fondamentaux et pour dénoncer les conditions dans lesquelles les personnes exilées sont maintenues : pas d'accès à l'eau, à des sanitaires et pas d'information sur l'asile.**

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

(111) Pour aller plus loin : <https://www.gisti.org/spip.php?article5841#IV>

(112) Pour aller plus loin : <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>

(113) L'article L 744-2 du CESEDA prévoit désormais que l'OFII pourra orienter les demandeurs d'asile dans une autre région avec un bon de transport. Si la personne ne s'y est pas présentée dans un délai de cinq jours, ou si elle quitte la région sans avoir préalablement demandé l'autorisation à l'OFII, elle perd immédiatement le droit aux conditions d'accueil.

(114) Art. L 311-6 Ceseda.

(115) Rapport 2017 MdM de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, p 66.

(116) Décret d'application du 28 février 2019 : «*le préfet ne peut exiger la production directement devant lui de pièces contenant des informations relevant du secret médical, mais invite le demandeur à justifier des circonstances nouvelles par tout autre moyen. S'il ne ressort pas des éléments ainsi produits par l'étranger, le préfet pourra rejeter la demande lorsque les circonstances nouvelles ne sont pas établies ou s'il apparaît que la demande est manifestement dilatoire.*»

(117) <https://sursaut-citoyen.org/>

Chaque hiver depuis deux ans, la commune de Grande-Synthe était contrainte d'ouvrir un gymnase pour les mettre à l'abri : solution ni suffisante ni satisfaisante. De nombreuses personnes ne pouvant y avoir accès ont été donc contraintes de s'installer à ses abords ou plus loin dans le bois ; celles qui ont pu être hébergées dans le gymnase ont manqué d'un accès suffisant à des installations sanitaires et n'ont pas bénéficié d'espaces dédiés (familles, mineurs non accompagnés, femmes isolées). Une enquête menée par plusieurs associations dont MdM en mars 2019 auprès de près de 60 personnes vivant dans le bois du Puythouck à Grande-Synthe a montré que près de 80 % des personnes interrogées n'avait pas accès à une douche et près de 90 % n'avait pas accès à des toilettes. Enfin, 52 % ont indiqué ne pas bénéficier d'une prise en charge médicale.

Justifiée par l'urgence, neuf associations dont MdM et des exilés ont saisi le tribunal administratif d'un référé-liberté. Le 21 juin 2019, le Conseil d'État<sup>118</sup>, contrairement au juge de première instance, a jugé qu'il appartenait à l'État de pourvoir aux besoins minimaux des exilés, la situation excédant les capacités de la mairie (comme à Calais). Il a ainsi confirmé une carence des autorités dans l'accès à l'eau, à l'hygiène et à des sanitaires pour les exilés de Grande-Synthe et a enjoint aux autorités de mettre en place des douches, robinets et sanitaires en nombre suffisant pour la population vivant aux abords du gymnase et ce dans un délai de huit jours. Le Conseil d'État a ordonné par ailleurs le renforcement notable de maraudes devant se dérouler dans et aux abords du gymnase, et comporter une distribution de documents d'information traduits en matière d'asile, d'hébergement d'urgence et d'accès à la protection pour les mineurs isolés.

En revanche, Le Conseil d'État a considéré que l'hébergement d'urgence ne relevait pas de l'office du juge des référés et restreint par conséquent les options contentieuses à venir. De même, le Conseil d'État a fragilisé davantage l'inconditionnalité de l'accueil en affirmant à nouveau que les demandeurs d'asile déboutés et les étrangers faisant l'objet d'une obligation de quitter le territoire (OQTF) n'avaient pas vocation à bénéficier du dispositif d'hébergement d'urgence sauf en cas de circonstances exceptionnelles et pour la période strictement nécessaire à la mise en œuvre de leur départ volontaire.

Enfin, il a considéré que les opérations d'expulsions étaient légales ; s'agissant des distributions de repas, le Conseil d'État a considéré que l'État n'avait pas besoin de s'en charger puisque les associations (pourtant épuisées) s'en occupaient.

**Aujourd'hui la situation s'est améliorée mais reste encore compliquée. Si, depuis début juillet 2019, huit robinets, dix toilettes chimiques et dix douches ont été installés aux abords du gymnase, les toilettes ne sont pas éclairées et les douches ne sont pas sécurisées et ouvertes uniquement deux heures le matin et deux heures l'après-midi. Des maraudes d'informations ont également lieu au sein du gymnase mais la question de l'interprétariat limite encore leur impact.**

**À Nantes, le juge administratif a aussi rappelé à l'État ses responsabilités.** A la suite d'expulsions à répétition depuis novembre 2017, un campement de 400 puis 700 personnes s'était développé durant l'été 2018 à Nantes. Des associations et des habitants ont déposé un référé-liberté au Tribunal administratif au regard de l'urgence et des conditions de vie indignes. Le même jour, la ville de Nantes saisit le juge pour demander l'expulsion du campement. Le juge joint les deux affaires et condamne l'État français en septembre 2018 : il enjoint à la préfète de la Loire-Atlantique et à l'OFII de prendre en charge l'ensemble des personnes migrantes (...) quelle que soit leur situation administrative au regard du droit d'asile (...); il enjoint par ailleurs à l'État et à l'Office français de l'immigration et de l'intégration « d'identifier les personnes vulnérables et les mineurs non accompagnés, de mettre en place un dispositif d'accès aux soins médicaux pour les personnes qui en auraient besoin et de les accompagner dans leurs démarches administratives ». Le juge ordonne également à l'État, à l'OFII et à la commune de Nantes d'assurer la distribution quotidienne de deux repas à l'ensemble des personnes transférées ainsi que d'orienter dès que possible les personnes migrantes concernées vers des dispositifs d'accueil<sup>119</sup>.

À la suite du jugement, 700 personnes ont été mises à l'abri par la mairie dans 4 gymnases puis transférées dans des hébergements plus pérennes de la mairie.

**La situation à Nantes est encore tendue en juillet 2019. La mairie affirme ne plus tolérer aucun campement et toute installation, dans des parcs de la ville, est expulsée immédiatement. Cependant, faute d'hébergement et de solution proposée, un campement d'environ 300 personnes s'est à nouveau constitué dans un gymnase. Malgré un avis d'expulsion du Tribunal administratif, la préfecture affirme refuser d'expulser, faute de pouvoir les reloger et par crainte d'un appel d'air.**

#### LA FIN DES CENTRES DE RÉPIT ET LES EXPULSIONS : LEVIERS DE L'ÉLOIGNEMENT

Parce que le gouvernement persiste à distinguer les « bons » demandeurs d'asile des « mauvais » migrants économiques, les centres de répit ont totalement disparu du dispositif national d'accueil. Il s'agissait autrefois des Centre d'accueil

(118) Conseil d'Etat, Ordonnance n°431115, 21 juin 2019.

(119) Tribunal administratif de Nantes, 19 septembre 2018, Ordonnance de référé n° 1808527, 1808533,1808535, 1808537, 1808539, 1808540, Association de soutien au collectif enfants étrangers et autres.

et d'orientation (CAO)<sup>120</sup> et du Centre de premier accueil (CPA)<sup>121</sup> à Paris. Désormais la mise à l'abri dans les centres d'accueil et d'examen des situations (CAES)<sup>122</sup> est systématiquement conditionnée à l'évaluation de la situation administrative, excluant les très nombreuses personnes placées en procédure Dublin selon le règlement européen<sup>123</sup> et redoutant un transfert vers l'État de l'Union européenne responsable de leur demande d'asile.

*« Je viens de perdre l'ADA à cause de [la procédure] Dublin, je dois partir de France pour la Bulgarie mais je n'aurai jamais l'asile là-bas. Vous n'avez pas un plan pour me loger ? Je n'ai plus le droit à rien en France ici... Je reste à Porte de la Chapelle et je monte dans les bus quand ils viennent chercher les gens mais après un jour quand ils voient mon Dublin je dois retourner vivre à la rue, dehors. Qu'est-ce que je peux faire ? Il faut m'aider. »*

[Caoa de Paris, 2018]

**De surcroît, les dispositifs d'hébergement d'urgence sont arrivés à un niveau de saturation tel qu'il est désormais exceptionnel, même pour des familles avec enfants en bas âge par exemple, d'obtenir une mise à l'abri par ce biais.** Cette mise à l'abri sera proposée dans des dispositifs distincts en fonction du statut des personnes et pour les demandeurs d'asile en fonction de la procédure dans laquelle ils se trouvent (normale, accélérée ou de Dublin) [CFDA, 2019].

Ce sont ainsi des milliers de personnes qui sont maintenues à la rue.

Dans son rapport « *Exilés et droits fondamentaux, trois ans après le rapport Calais* » paru en décembre 2018, le Défenseur des droits (DDD) est extrêmement critique à l'égard de la politique mise en œuvre. Les constats qu'il tire de ces observations des campements parisiens et du Nord-Littoral sont sans appel : « *L'aggravation des atteintes aux droits fondamentaux des exilés apparaissent au Défenseur des droits comme un effet direct de la politique migratoire de l'Union européenne (accords de réadmission, externalisation des frontières) et du*

*Règlement « Dublin III », pleinement relayés par la France. [...] Convaincus qu'un traitement digne et respectueux des droits des exilés pourrait provoquer un risque d'« appel d'air », les pouvoirs publics cherchent à rendre le moins visible possible la présence de ces migrants et empêcher ainsi la constitution de nouveaux abris de fortune, considérés comme des « points de fixation ». Ces pratiques ont été également dénoncées par Leilani Farha, Rapporteuse spéciale sur le droit à un logement convenable dans sa déclaration<sup>124</sup> de fin de mission (du 2 au 11 avril 2019) qui a affirmé les propos suivants « Les pratiques qui m'ont été signalées par les résidents des camps dans les alentours de Calais constituent une violation systématique et flagrante du droit à un logement convenable en vertu du droit international des droits de l'homme. Elles constituent aussi des violations des droits à la santé, à l'alimentation et à l'intégrité physique. Le caractère systématique et répété de ces expulsions forcées durant la période hivernale suggère qu'elles constituent également un traitement cruel, inhumain et dégradant contre l'une des populations les plus vulnérables de France. ».*

L'équipe du programme MdM « *Migrants Nord-Littoral* » a donc pu constater les effets particulièrement néfastes de ces expulsions violentes et répétitives sur la santé physique et psychique des exilés sur Grande-Synthe. C'est à ce titre que MdM s'est associé au recours mené par deux exilés et quatre associations contre la décision<sup>125</sup> du Préfet de mener une énième expulsion. Le tribunal administratif de Lille a conclu à l'illégalité de la décision du Préfet. Cette décision intervient près d'un an et demi après l'expulsion. Elle ne servira donc pas les exilés qui l'ont subie mais conduira le Préfet, du moins nous l'espérons, à se conformer à la réglementation en vigueur.

**Grande-Synthe, Calais, Paris... le non-accueil des exilés concerne toutes les métropoles françaises.** Chacune voit campements, squats d'exilés s'organiser et se faire expulser. Des solutions pérennes en termes d'hébergement d'urgence ou dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile devront être mises en œuvre et efficacement articulées sans que les choix s'orientent vers une optimisation de l'éloignement. C'est ainsi que des ONG, des associations nationales et locales, des hébergeurs, et des collectifs citoyens se sont mobilisés pour interpeller ensemble le gouvernement par le biais d'un manifeste<sup>126</sup> qui comptait au 27 juin 2019

(120) Créés en 2015 par une circulaire interministérielle (Ministères de l'intérieur et du logement) les CAO étaient exclus du DNA et constituaient des structures d'hébergement ad hoc à destination des personnes souhaitant quitter la jungle de Calais puis plus récemment les campements parisiens. L'article 29 de la loi de finances pour 2017 du 29 décembre 2016, a intégré les CAO dans le DNA : ils sont désormais rattachés aux crédits de la mission asile et immigration, et deviennent des lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile au sens de l'article L.744-3, 2° du CESEDA (précité) gérés à présent par l'OFII. Leurs missions sont l'hébergement (avec un veilleur de nuit pour 50 personnes), l'accompagnement social (avec un intervenant pour 30 personnes) et le cas échéant, la nourriture sur un séjour entre 3 et 6 mois avant orientation vers un autre dispositif du DNA.

(121) Centre de premier accueil de février 2016 à mars 2018.

(122) « Le CAES n'est en fait que la première case du jeu de l'Oie des migrants. » expliquait le Préfet du Nord Michel Lalande. (Prévu à l'article L 744-3,2° du CESEDA et la circulaire du 4 décembre 2017). Ils ont été ouverts le 08 août 2017 par l'Etat à « proximité » (70 km) des lieux d'installation pour permettre d'accueillir dignement les migrants et « éviter l'afflux incontrôlé de migrants et la reconstitution de campements ». Leurs missions sont d'offrir une mise à l'abri dans des conditions dignes des personnes migrantes mais surtout d'évaluer sous huit jours la situation administrative des personnes grâce à la présence conjointe de la préfecture, de l'OFII et de l'opérateur.

(123) <https://www.easo.europa.eu/sites/default/files/public/Dublin-FR.pdf>

(124) <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24475&LangID=F>

(125) Elle était cette fois justifiée par un arrêté prévoyant un « contrôle d'identité » et légitimait l'usage de la force publique pour la « mise à l'abri humanitaire ». Le choix offert aux exilés était soit de monter dans les bus sans savoir vers où ils les emmèneraient, soit être placés en garde à vue ou en rétention.

(126) [https://www.humanite.fr/sites/default/files/medias/2019/06/manifeste\\_-\\_errance\\_-\\_campements\\_-\\_version\\_def.pdf](https://www.humanite.fr/sites/default/files/medias/2019/06/manifeste_-_errance_-_campements_-_version_def.pdf)



près de 57 signataires. Ils dénoncent ensemble « le manque de volonté politique et de moyens pour respecter le principe d'accueil inconditionnel, socle fondamental de solidarité vis-à-vis des personnes en situation de précarité en France ; le durcissement actuel des conditions d'accès à l'hébergement et aux droits fondamentaux dont sont victimes les familles et les personnes qui demandent protection à la France ou qui fuient des conditions de vie inhumaines » et exigent « une réponse forte, nationale, interministérielle (Santé, Logement, Intérieur) et des mesures immédiates, en lien avec les collectivités locales pour en finir avec ces situations inhumaines. »

## ENFANTS ET ADOLESCENTS NON ACCOMPAGNÉS : DES JEUNES EN DANGER ET MALTRAITÉS

### LES POINTS ESSENTIELS

→ Le nombre de mineurs non accompagnés est en augmentation mais difficile à déterminer en France : entre 17 000 et 40 000 sur le territoire selon les sources<sup>127</sup>.

→ Des pratiques d'évaluation se déroulant dans un climat de défiance et sur des éléments très subjectifs tels que l'apparence physique, la stature, l'attitude, la manière de s'exprimer ou encore l'habillement.

→ Des pratiques d'évaluation maltraitantes, sources de traumatismes additionnels.

→ Une posture politique française qui tend à les considérer d'abord comme des migrants avant d'être des enfants.

*« Je suis arrivé dans les environs de Tanger où, avec les autres, on se cachait dans la forêt : plusieurs fois, les policiers nous ont pourchassés dans la forêt et nous ont battus (j'ai encore des marques de coups dans le bas du dos). Le Maroc, c'était vraiment très dur et j'ai même parfois été obligé de fouiller la nuit dans les poubelles pour pouvoir manger... (...) On est [ensuite] arrivés à Paris. Là, j'ai erré dans les rues et je n'ai trouvé personne pour m'aider. »*

**[Programme Migrations, droits et santé de Nantes, 2018]**

Les enfants exilés sont avant tout des enfants en danger qu'il faut protéger, d'autant plus que leur parcours de vie est marqué de violence et de situations traumatisantes. La part des enfants parmi les personnes exilées dans le monde a dramatiquement augmenté depuis vingt-cinq ans : aujourd'hui, plus de la moitié des personnes exilées dans le monde sont des enfants. En Europe, les enfants représentent 1/3 des personnes exilées<sup>128</sup>. Parmi ces mineurs exilés, certains sont seuls, sans parent ou tuteur légal. **En France, le cadre législatif prévoit que tout mineur en danger, français ou étranger bénéficie des dispositifs de la protection de l'enfance.**

**De par leur isolement sur le territoire, les enfants et adolescents non accompagnés doivent être considérés comme étant en danger. Pourtant, leur accès aux dispositifs de protection de l'enfance est rendu extrêmement compliqué.** En effet, les départements, en charge de la protection de l'enfance, arguant du coût financier de la prise en charge des MNA, considèrent que ces jeunes devraient de prime abord relever de l'État au titre des politiques migratoires, afin de déterminer s'ils sont mineurs et isolés.

### DES ÉVALUATIONS TEINTÉES DE SUSPICION

Contrairement à la présomption de minorité prévue par les textes, les enfants et adolescents non accompagnés qui sollicitent une protection à ce titre sont soumis à une évaluation avant même de pouvoir accéder au premier accueil et donc avant de pouvoir être mis à l'abri et bénéficier d'un accès à leurs droits et aux soins. Si certains départements proposent systématiquement une mise à l'abri au cours de l'évaluation avec des conditions minimales d'accueil, le plus souvent, aucune protection ne leur est proposée pendant l'évaluation, qui peut durer plusieurs mois. Dans de telles conditions, il est difficile pour ces jeunes de faire valoir leur situation et les risques auxquels ils sont exposés.

En contradiction avec les textes, cette évaluation se fait le plus souvent à charge et est teintée de doute et de suspicion. Aucune évaluation des risques et dangers auxquels ils sont exposés n'est effectuée alors même que c'est le sens de l'évaluation prévue par la loi. Seule l'évaluation de l'âge et de l'isolement est prise en compte, afin de déterminer si les jeunes relèvent bien des dispositifs de protection de l'enfance. En réalité, l'évaluation vise plutôt à établir qu'ils ne seraient pas mineurs ou isolés.

L'évaluation de l'âge et de l'isolement se base, dans les textes, sur un certain nombre d'éléments : les documents d'état civil, une évaluation sociale et en dernier recours, une évaluation médicale. À l'issue de l'évaluation, si le jeune est reconnu mineur et non accompagné, il peut alors bénéficier d'une prise en charge dans les dispositifs de protection de l'enfance.

La loi prévoit une prise en compte des documents d'identité pour établir l'âge d'une personne. En réalité, peu de jeunes peuvent présenter des documents, soit qu'ils n'en possèdent tout simplement pas, soit qu'ils n'ont pu les conserver au cours de leur trajet migratoire. Lorsqu'ils peuvent les présenter, ceux-ci sont systématiquement remis en cause comme n'étant pas fiables, falsifiés ou ne leur appartenant pas.

(127) 17 022 personnes déclarées MNA portées à la connaissance de la cellule nationale de la Mission mineurs non accompagnés (MMNA) du ministère de la Justice entre le 01/01/18 et le 31/12/18 ; vs estimation de l'Assemblée des départements de France de 40 000 MNA pris en charge par les conseils départementaux en 2018. (128) Source Eurostat : En 2018, 185 000 enfants sur environ 650 000 personnes exilées entrées en Europe.

**Les adolescents non accompagnés sont donc systématiquement soumis à une évaluation dite « sociale » par le biais d'un entretien allant de 5 minutes à 2 heures.** Bien que les pratiques d'évaluation varient selon les départements, la plupart du temps, cette évaluation se déroule dans un climat de défiance et de remise en cause de la parole des jeunes, sur la base d'éléments extrêmement subjectifs tels que l'apparence physique, la stature, l'attitude, la manière de s'exprimer ou encore l'habillement.

*« L'inspecteur que j'ai eu en entretien, il m'a jugé, il m'a jugé sur mon apparence. Il a vu ma casquette, mes chaussures et mon manteau, il m'a dit que si j'étais un mineur isolé je n'aurai pas ces belles choses. Il m'a même dit que je mentais car je transpirais sur le bout du nez. Il m'a dit demandé de quelle confession j'étais, c'est la première fois qu'on me demandait cela. J'ai répondu « Musulman ». L'inspecteur répond et bien voilà, tu es musulman donc forcément tu t'es prostitué et tu as payé un passeur avec l'argent pour pouvoir traverser. Pourtant j'ai répondu à toutes ses questions, à toutes ! Mais il m'a déstabilisé, je ne savais plus quoi dire. »*

[Programme MNA de Rouen, 2018]

Les jeunes rencontrés par les équipes de MdM relatent pour la grande majorité le sentiment d'avoir fait l'objet d'un véritable interrogatoire de police, où la moindre erreur, hésitation ou même une trop grande assurance sont interprétées comme faisant la preuve d'une histoire incohérente et donc fausse, qui permettrait d'établir qu'ils seraient en réalité majeurs.

Pourtant, de nombreux psychologues et psychiatres intervenant auprès de jeunes s'accordent pour dire que leur état de santé à leur arrivée ne permet pas de recueillir un récit de vie ou des éléments permettant d'évaluer leur âge ou leur situation. Selon de nombreuses études, il est démontré que les événements vécus par ces jeunes exilés ont des répercussions sur leur santé mentale et peuvent porter atteinte à leur mémoire autobiographique et générer les troubles post-traumatiques qui en découlent. Ceux-ci entraînent notamment des phénomènes de dissociation, des symptômes d'évitement, d'amnésie ou encore de reviviscences qui peuvent mener un jeune à être incohérent, distant, à ne pas parler d'événements traumatisants, à oublier, à mentir, à affabuler. Tous ces éléments confirment qu'il est irréaliste et impossible de demander à de jeunes exilés de raconter leur récit de manière cohérente ou probante à

ce moment-là [Minassian 2017, RadJack 2012, Woestelandt 2016]. **L'évaluation est donc réalisée sur des jeunes qui pour la plupart ne sont pas en mesure, en raison de leur état de vulnérabilité et de troubles récurrents en termes de santé somatique et mentale, d'être évalués.**

*« Je n'arrive pas à dormir, je fais des cauchemars, je ressasse tout le temps ce qu'il m'est arrivé... »  
« Je me sens coupable de vivre, je n'ai pas l'impression d'être vivant, il ne reste que mon oncle et moi, je vais là où on me dit d'aller mais je ne cherche pas à comprendre pourquoi je dois y aller... Je ne comprends pas pourquoi je suis encore en vie. »*

[Programme MNA de Rouen, 2018]

**Enfin, de nombreux mineurs non accompagnés sont également soumis à une évaluation médicale consistant en un examen clinique, dentaire ou radiographique.** L'utilisation de ces examens pour déterminer l'âge civil d'un individu alors même que leur validité scientifique n'est aucunement établie est très largement remise en question par de nombreuses instances scientifiques, sociétés savantes ainsi que par les organisations de défense des droits humains. En l'état actuel de la science, aucune méthode ne permet d'établir avec certitude l'âge d'un individu. Pourtant, ce sont sur la base de ces tests largement décriés que de nombreux jeunes exilés se voient considérés comme majeurs et ainsi exclus de toute forme de protection.

MdM plaide depuis de nombreuses années pour l'abandon d'une telle évaluation inadaptée, indigne et génératrice de violences. Avec d'autres organisations<sup>129</sup>, elle a notamment mené en 2019 un contentieux devant le Conseil constitutionnel pour faire reconnaître l'atteinte faite aux droits de l'enfant par l'utilisation de tels procédés. **Le Conseil constitutionnel, dans une décision du 21 mars 2019<sup>130</sup> a reconnu que les tests osseux pouvaient comporter « une marge d'erreur significative » et que « les règles relatives à la détermination de l'âge devaient être entourées des garanties nécessaires pour que des personnes mineures ne soient pas indûment considérées comme majeures ».** Il en déduit toutefois que les tests osseux, tels que prévus par la loi française ne constituent pas une atteinte aux droits de l'enfant dans la mesure où la loi prévoit ces garanties suffisantes. Celles-ci ne sont pourtant pas respectées dans la mise en œuvre de ces tests osseux, comme cela a été démontré devant le Conseil constitutionnel, qui s'est déclaré incompétent pour vérifier l'application de la loi.

(129) Gisti (groupe d'information et de soutien aux immigrés), Cimade, ANAFE (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers), ASF (Avocats sans frontières), SCCF (Secours catholique-Caritas France), SAF (Syndicat des avocats de France), SM (Syndicat de la magistrature), ADDE (Association des avocats pour la défense des étrangers), LDH (Ligue des droits de l'homme).

(130) Conseil constitutionnel, décision n°2018-768, QPC du 21 mars 2019 : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2019/2018768QPC.htm>

Enfin, depuis la loi « asile et immigration » du 10 septembre 2018, les personnes sollicitant une protection en tant que mineurs non accompagnés doivent soumettre leurs empreintes, photos d'identité et autres informations personnelles qui seront conservées dans un fichier dit d'« appui à l'évaluation de la minorité » (AEM) (cf. encart ci-contre). Le relevé d'empreintes se fait avec le concours de la préfecture, mettant encore à mal l'objectif de protection de l'enfance pour ces jeunes. Depuis son entrée en vigueur, le nombre d'enfants et adolescents non accompagnés sollicitant une protection a drastiquement chuté, les jeunes craignant le fichage par les autorités.

Tout semble ainsi mis en œuvre pour limiter le nombre de jeunes reconnus comme étant mineurs et non accompagnés et ainsi le nombre d'enfants et adolescents exilés pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance. Ainsi, très peu de jeunes non accompagnés sont finalement reconnus comme tels et bénéficient de cette prise en charge : environ 65 % des jeunes sollicitant une protection ne sont pas reconnus comme mineurs non accompagnés.

**Ce refus de reconnaissance entraîne un refus d'accès aux dispositifs de protection de l'enfance et laisse les jeunes dans une situation administrative kafkaïenne : non reconnus mineurs par l'aide sociale à l'enfance mais ne devenant pour autant soudainement pas majeurs, ils se trouvent également exclus des dispositifs de prise en charge pour adultes.**

La plupart des jeunes rencontrés sur nos programmes se trouvent ainsi dans une grande précarité pendant de longs mois : non hébergés, non pris en charge et non accompagnés, leur état de santé physique et mentale se dégrade rapidement.

*« M. revient à MdM, en larmes, et nous explique que la structure en charge du recueil provisoire et de l'évaluation de la minorité et de l'isolement des MNA pour le Département lui a demandé de revenir le lendemain pour être évalué sans lui avoir proposé d'hébergement. Étant mineur, il ne peut pas être hébergé par le 115 et se retrouve sans aucune possibilité d'être hébergé. L'équipe de MdM fait un signalement au procureur à 17h qui restera sans réponse. Après avoir passé 2 nuits dans un squat, M. sera finalement reçu pour un entretien d'évaluation à l'issue duquel il ne sera pas reconnu mineur. Il retournera au squat dans lequel il avait été hébergé les nuits précédentes et s'y installera tout le temps de son recours devant le juge des enfants. »*

**[Programme Migrations, droits et santé de Nantes, 2018]**

En effet, compte tenu de leur vécu, dans le pays d'origine mais également au cours d'un parcours migratoire long, dangereux et traumatique, au cours duquel ils ont été forcés de survivre dans des conditions de grande précarité à leur arrivée en Europe et en France, les enfants et adolescents non accompagnés constituent un public particulièrement vulnérable, fragilisé et exposé aux risques. Leur état de santé tant physique que psychique apparaît particulièrement inquiétant. Ainsi, les MNA reçus en consultation médicale dans les Casos présentent selon l'avis du médecin un retard de recours aux soins pour plus de la moitié d'entre eux et 45 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente. Enfin, 12 % présentent des troubles psychologiques ou psychiatriques. De plus, plus d'un quart (26,5 %) ont déclaré avoir déjà été victimes de violences tout au long du parcours migratoire et en France.

**Le système actuel dit « d'accueil » de ces jeunes remet en cause les exigences de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant, tels que portés dans de nombreux engagements internationaux.**

**Médecins du Monde plaide depuis plusieurs années pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil pour permettre à tous ceux qui sollicitent une protection en tant que mineurs non accompagnés de bénéficier d'une protection immédiate, d'un hébergement digne, en sécurité, d'un temps de répit dans un environnement protecteur, bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène suffisante, d'une information sur leurs droits et d'un accès à la santé immédiat. L'évaluation de la situation doit être faite de la manière la plus objective possible, en respectant la présomption de minorité et l'intérêt supérieur de l'enfant.**

## LE FICHAGE : UNE ATTEINTE AUX DROITS DE L'ENFANT

La loi « Asile et immigration » du 10 septembre 2018 prévoit la possibilité de créer un fichier biométrique pour les enfants et adolescents non accompagnés « afin de mieux garantir la protection de l'enfance et de lutter contre l'entrée et le séjour irréguliers des étrangers en France ». L'article L611-6-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) prévoit donc que « les empreintes digitales et la photographie des étrangers se déclarant mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille peuvent être relevées, mémorisées et faire l'objet d'un traitement automatisé ».

Un décret précisant l'application de ce fichier dit « d'appui à l'évaluation de la minorité » (AEM) a été pris par le ministère de l'Intérieur le 30 janvier.

Celui-ci vise en premier lieu à empêcher les enfants et adolescents non accompagnés de solliciter plusieurs départements pour une prise en charge. Or, ce que les autorités appellent « le nomadisme » des MNA s'explique principalement par le fait que les conditions de l'évaluation ainsi que le taux de reconnaissance varient énormément d'un département à l'autre : un rapport gouvernemental<sup>131</sup> relève « une grande hétérogénéité de l'évaluation d'un département à l'autre », avec une « dispersion du taux de reconnaissance de minorité » variant de 9 % à 100 % selon les départements, et ce, malgré le cadre de référence de l'évaluation existant<sup>132</sup>. De même, il relève « une prise en charge variable selon les territoires ». Dans ces conditions, il apparaît légitime que les enfants et adolescents non accompagnés, livrés à eux-mêmes ou refoulés à la suite d'une évaluation sommaire, tentent d'obtenir une protection dans un autre département. La mise en place d'un fichier empêchant les mineurs de le faire ne s'attaque aucunement aux causes du problème qui repose sur l'inégalité de traitement dont ils font l'objet.

Ce décret durcit les conditions de prise en charge des enfants et adolescents non accompagnés en modifiant les modalités d'évaluation de leur minorité. En effet, il prévoit que les préfectures soient plus étroitement associées à cette évaluation. Elles sont désormais chargées de relever les empreintes et collecter la photo, l'état civil et les coordonnées de toute personne sollicitant une protection en tant que MNA, avant une évaluation de la situation de danger dans laquelle elle se trouve. Ces informations sont ensuite comparées à celles figurant dans différents fichiers : le nouveau fichier AEM, afin de déterminer si le jeune a déjà été enregistré dans un département ou le fichier des visas européens (Visabio), afin de vérifier si la personne a sollicité un visa sous une autre identité.

La création d'un tel fichier est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en ce qu'il va à l'encontre de la présomption de minorité et permet un refus de reconnaissance de minorité sur la base d'éléments peu fiables. En effet, il n'est pas rare que les empreintes

des enfants et adolescents non accompagnés soient associées à une demande de visa sous une autre identité en tant que majeurs, le plus souvent fournie par les réseaux de passeurs afin de voyager légalement vers l'Europe au lieu d'entreprendre un parcours périlleux. Pour autant, cela ne signifie pas forcément que la personne soit majeure. Les données issues du fichier Visabio sont d'ailleurs très souvent écartées par les tribunaux qui considèrent qu'elles ne peuvent ni remettre en cause l'identité des mineurs ni invalider les documents qu'ils présentent à l'appui de leurs déclarations.

Enfin, le décret prévoit que les données d'un enfant ou adolescent non accompagné qui ne serait pas reconnu comme tel soient transmises aux préfectures qui pourront prendre une mesure d'éloignement à son égard en tant que majeur.

Par ailleurs, il n'appartient pas à l'autorité administrative qui effectue les évaluations de la minorité de déterminer la majorité : un refus de reconnaissance à l'issue de l'évaluation ne permet pas d'affirmer que la personne serait majeure. C'est ainsi que près de 50 % des contestations de refus de reconnaissance de la minorité devant la justice à Paris sont infirmées par le juge des enfants, à l'issue d'une procédure judiciaire<sup>133</sup>. Or, le recours auprès du juge des enfants n'est pas suspensif. Un jeune non reconnu peut donc faire l'objet d'une mesure d'éloignement sans attendre la décision du juge judiciaire. En facilitant l'information des préfectures du refus de reconnaissance de la situation de mineur non accompagné, le fichier expose encore les mineurs non accompagnés à un risque grave d'expulsion, alors même qu'il n'a pas été statué sur leur situation de manière définitive.

Ce fichier, d'abord mis en place de manière expérimentale dans 3 départements, s'étend progressivement à tout le territoire. Il a un effet dissuasif pour les jeunes sollicitant une protection car ceux-ci craignent de se présenter en préfecture et de soumettre leurs empreintes. Ainsi, de nombreux jeunes se détournent de la protection qui leur est due.

MdM, allié à 21 organisations<sup>134</sup>, conteste ce décret ainsi que l'article de loi sur lequel il est fondé devant le Conseil d'État ainsi que devant le Conseil constitutionnel. Par une décision en date du 26 juillet 2019<sup>135</sup>, le Conseil constitutionnel a estimé qu'un tel fichier ne portait pas atteinte aux droits de l'enfant.

Par la création d'un tel fichier, le gouvernement transforme la protection de l'enfance en instrument de lutte contre l'immigration irrégulière et persiste à considérer les enfants et adolescents non accompagnés comme des migrants et de potentiels fraudeurs.

MdM continue de demander le respect des droits de l'enfant, pour les enfants et adolescents non accompagnés.

(131) Rapport mission bi-partite de l'inspection générale des affaires sociales, inspection générale de l'administration, inspection générale de la justice et Assemblée des départements de France (IGAS-IGA-IGJ-ADF), 15 février 2018.

(132) Défini par l'arrêté du 17 novembre 2016.

(133) Rapport de la mission bipartite, *ibid*.

(134) Unicef France, Convention nationale des associations de protection de l'enfance (CNAPE), Défense des enfants international (DEI-France), Médecins sans frontières (MSF), le Secours catholique, la Fas, la Fondation de l'Armée du salut, la Cimade, le Groupe d'information et de soutien des immigrés (GISTI), la Fédération des associations de solidarités avec tou-te-s les immigré-es (FASTI), la Ligue des droits de l'homme, le Syndicat de la magistrature, le Syndicat des avocats de France, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs, sanitaires et sociaux (Uniopps), la Fédération de l'entraide protestante (FEP), l'Association nationale des assistants de service social (ANAS), l'Union syndicale Solidaires, l'Association des avocats pour la défense des droits des étrangers (ADDE), la Fédération hospitalière des établissements hospitaliers d'aide à la personne (FEHAP), le Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples (MRAP), la Quadrature du Net et le Conseil national des barreaux (CNB).

(135) Décision n°2019-797 QPC du 26 juillet 2019.

**TRAVAILLEUSES-EURS DU SEXE :  
QUELS CONSTATS, TROIS ANS  
APRÈS L'ADOPTION DE LA LOI DE 2016<sup>136</sup> ?**

**LES POINTS  
ESSENTIELS**

→ 42 % des travailleuses-eurs du sexe (TdS) sont davantage confronté.e.s aux violences et 38 % rencontrent davantage de difficultés pour imposer le port du préservatif depuis l'adoption de la loi<sup>137</sup>.

→ 63 % des TdS connaissent une détérioration de leurs conditions de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % sont confronté.e.s à une diminution de leurs revenus<sup>138</sup>.

→ Les associations constatent, trois ans après le vote de la loi 2016, l'impact négatif de la pénalisation des clients sur les conditions de vie et de travail, la sécurité et la santé des TdS.

conditions de vie et 78 % ont été confrontées à une baisse de leurs revenus [Le Bail 2018]. Les résultats de l'enquête qualitative de 2018 ont également mis en évidence une augmentation des violences multiformes : insultes de rue, violences physiques, violences sexuelles, vols, braquages dans les appartements. Ainsi 42 % des TdS ont déclaré être plus exposé.e.s aux violences depuis l'adoption de la loi. Par ailleurs, l'étude a montré que 38 % des TdS avait plus de mal à imposer le préservatif étant moins en capacité de négocier avec les clients depuis l'adoption de la loi [MdM, 2017].

L'ensemble de ces résultats a été confirmé un an plus tard par la même équipe de recherche qui a poursuivi, en mars 2019, ce travail d'analyse sur l'impact de la loi en incluant les associations du comité de pilotage initial de l'enquête de 2018 et 3 autres associations agréées pour les parcours de sortie de prostitution [Le Bail, 2019].

**CONDITION DE TRAVAIL ET DE VIE DES TDS :  
CONFIRMATION DES IMPACTS NÉGATIFS DE LA  
PÉNALISATION DES CLIENTS**

Les observations révélées dans l'enquête de 2018 se sont confirmées. Les associations participantes ont avancé **la tendance à la précarisation** des TdS déjà en situation de fragilités, visible par des demandes d'aide alimentaire, ce qui était extrêmement rare auparavant. Elles ont également confirmé l'augmentation de **la prise de risque, en particulier des rapports non protégés du fait d'une négociation accrue des clients, et la hausse de la violence** (vols avec violence dans la rue, braquages d'appartements). **La stigmatisation n'a pas diminué**, les TdS déclarant de nombreuses insultes dans la rue. L'enquête avait également montré que 70 % des TdS constataient une absence d'amélioration voire une détérioration de leurs relations avec la police. En mars 2019, les associations ont rapporté des opérations de police proche du harcèlement visant les TdS et non les clients.

Toujours au regard des résultats de l'enquête de 2018, deux ans après le vote de la loi, neuf associations<sup>140</sup> et cinq travailleuses-eurs ont initié une action devant le Conseil constitutionnel afin de faire déclarer la loi de 2016 contraire à la Constitution française. Au total 22 associations et 30 TdS se sont engagé.e.s dans cette procédure afin de défendre la santé et les droits des personnes. Le 22 janvier 2019, le Conseil constitutionnel s'est prononcé pour le maintien de la pénalisation des clients, ce qui constitue une atteinte à la santé, à la sécurité et aux droits des TdS, quel que soit leur degré d'autonomie dans leur activité. C'est d'ailleurs à ce titre que de nombreuses agences des Nations unies dénoncent toutes les politiques répressives

La loi du 13 avril 2016 a abrogé le délit de racolage public, mis en place un parcours de sortie de prostitution et instauré un volet répressif avec la pénalisation des clients de TdS. En amont de son adoption, de nombreuses associations dont MdM ainsi que des TdS avaient alerté sur les risques de dégradation des conditions de vie des personnes et sur les conséquences désastreuses d'une telle mesure : accès aux services de santé entravé, mise à mal des stratégies de prévention, plus forte exposition aux violences, accroissement de la précarité, de la clandestinité, de la stigmatisation et risque accru d'exploitation.

Deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, une chargée de recherche du CNRS et un chercheur en sociologie (universités de Kingston et Aix-Marseille) ont réalisé une enquête, publiée en avril 2018, en collaboration avec 11 associations dont MdM<sup>139</sup>. Elle a confirmé et démontré combien la mise en œuvre de la loi avait entraîné des conséquences particulièrement néfastes sur la santé, l'intégrité physique, les droits et les conditions de vie des TdS en France.

Selon l'enquête, la loi a non seulement eu des conséquences sur la situation sociale et économique des TdS mais aussi sur leur sécurité et leur santé. Ainsi, 63 % des personnes interrogées ont déclaré connaître une détérioration de leurs

(136) Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

(137) Ibid, [Le Bail 2018].

(138) Résultats de l'enquête menée auprès de 583 travailleuses-eurs en 2017 [Le Bail 2018].

(139) Médecins du Monde, Grisélidis, Cabiria, Paloma, Les Amis du Bus des Femmes, Collectif des femmes de Strasbourg-Saint-Denis, ACCEPTESS-T, Le planning familial, Aides, STRASS, ARCAT ; s'ajoute au comité de pilotage pour cette mise à jour l'association Autres Regards.

(140) MdM, le Strass, Aides, la Fédération parapluie rouge, les Amis du bus des femmes, Cabiria, Grisélidis, Paloma, Acceptess-T.

et c'est en cela que la décision du Conseil constitutionnel est dangereuse. Les associations regrettent que l'opportunité d'abroger cette mesure, qui avait été rejetée par le Sénat en 2016 et fermement contestée par la CNCDH, le DDD et par près de 150 professionnels de santé dans une tribune, n'ait pas été saisie (cf. encart ci-dessous).

### LE PARCOURS DE SORTIE DE LA PROSTITUTION : UN DISPOSITIF LOURD POUR PEU DE RÉSULTATS

La loi de 2016 propose un « parcours de sortie de la prostitution » qui prévoit une aide financière, une autorisation provisoire de séjour de six mois (renouvelable trois fois : 24 mois en tout) et l'accompagnement par une association agréée pour les questions de logement et de réorientation professionnelle. Pour rentrer dans ce dispositif les personnes doivent s'engager à ne plus pratiquer le travail du sexe sous peine de perdre le bénéfice de ces dispositions.

Si la validation des parcours de sortie de la prostitution apparaît comme un soulagement pour les TdS selon les associations interrogées, elles ont aussi confirmé en mars 2019 que le nombre de demandes de parcours de sortie validées était resté bas depuis l'adoption de la loi. Seules 183 personnes ont bénéficié du dispositif de sortie jusqu'à aujourd'hui<sup>141</sup>.

En outre, l'accès compliqué à un logement stable et le faible montant de l'allocation (330 euros par mois) ne permettent pas de suivre réellement un parcours d'insertion sociale et professionnelle. Par ailleurs, l'étude menée en mars 2019 a bien confirmé la lourdeur des procédures de validation des dossiers par les commissions départementales avec peu de résultats jusqu'en mars : multiplication des critères d'éligibilité pour déposer les dossiers, choix discrétionnaires des critères par les commissions, suspicion à l'égard de certains TdS accusés.e.s de vouloir profiter du « système », charge de travail importante dans le montage de dossier et délai de réponse long.

### DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ALERTENT SUR L'IMPACT NÉGATIF DE LA LOI SUR LA PÉNALISATION DES CLIENTS

« Mardi 22 janvier 2019, le Conseil constitutionnel examinera la question de la pénalisation des clients des personnes se prostituant à la suite du dépôt d'une question prioritaire de constitutionnalité par des associations présentes quotidiennement sur le terrain, et des personnes concernées.

Nous, professionnels de santé, responsables associatifs, acteurs et actrices de terrain, remettons en cause la pénalisation des clients parce qu'elle porte atteinte à la santé, à la sécurité et aux droits des personnes se prostituant, quel que soit leur degré d'autonomie dans l'activité.

A l'inverse des clichés trop fréquemment véhiculés, il est fondamental de rappeler la diversité des situations que recouvre cette activité. Si certaines personnes exercent une activité de manière consentie et assumée, d'autres sont exploitées, ou contraintes pour différentes raisons. Il existe de fait entre ces extrêmes autant de situations qu'il existe de personnes.

Les politiques publiques relatives à la protection et à la santé des personnes se prostituant doivent pouvoir appréhender la diversité des situations individuelles et y répondre de manière différenciée, ce qui n'est jamais

le cas des politiques répressives. La Haute autorité de Santé, l'ONUSIDA, le Programme des Nations unies pour le développement l'expriment sans ambages : ce n'est pas l'achat sexuel tarifé qui expose les personnes se prostituant, mais les conditions d'exercice de l'activité. En ce sens, ces institutions se sont prononcées contre toute forme de politiques répressives.

Nous dénonçons, comme tout un chacun, et avec force, toute forme d'exploitation, de contrainte, de trafic et de violence exercée à l'encontre des êtres humains. En tant que soignants intervenant sur le terrain, nous luttons contre toutes les violences exercées à l'encontre des personnes se prostituant. Ces violences sont punissables par le code pénal : le vol, les violences physiques, le harcèlement, les agressions sexuelles dont le viol, l'exploitation d'autrui, la traite des êtres humains à des fins d'exploitation, etc. Encore faut-il avoir accès à la justice, lutter contre toutes les barrières qui existent pour faire reconnaître ces violences, être en capacité de maintenir un lien avec une personne de confiance pour être accompagné dans ces démarches complexes, rompre l'isolement, s'extraire d'une éventuelle emprise.



(141) [https://www.liberation.fr/france/2019/04/25/prostitution-un-parcours-de-sortie-sans-issue\\_1723375](https://www.liberation.fr/france/2019/04/25/prostitution-un-parcours-de-sortie-sans-issue_1723375)



L'enjeu est de maintenir un lien de proximité et de confiance avec les personnes de manière à les accompagner quelles que soient les raisons ou les circonstances pour lesquelles elles exercent cette activité, et veiller à ne pas favoriser encore davantage l'isolement. C'est notamment le cas pour les personnes dépendantes d'un réseau d'exploitation. Or il est faux d'affirmer que la pénalisation des clients permet de lutter contre la traite des êtres humains par la simple élimination de la demande et offre des alternatives aux personnes qui le souhaitent. Les réseaux d'exploitation s'adaptent. Leurs victimes sont contraintes de rester dans des lieux cachés et inaccessibles tant pour les associations que pour les services de police en charge de la lutte contre la traite à des fins d'exploitation.

La pénalisation des clients n'améliore en aucun cas la situation des personnes se prostituant, elle ne les protège pas : elle isole, précarise, appauvrit, fragilise.

Ce n'est pas en pénalisant les clients que l'on luttera contre la prostitution, si tel était l'objectif de cette mesure, mais bien en offrant des alternatives aux personnes qui le

souhaitent. Donner une alternative, c'est lutter contre les inégalités sociales, c'est interroger les politiques migratoires, c'est lutter contre la précarité... Ce n'est pas condamner les personnes à se cacher ni à subir des situations de violence dans le silence.

Condamnons les auteurs de violence, accompagnons correctement les personnes en difficultés dans toutes les dimensions, sociales, juridiques et sanitaires, allouons davantage de droits aux victimes d'exploitation, quelle que soit la forme d'exploitation (sexuelle ou économique), garantissons une véritable indemnisation des victimes et transférons les moyens utilisés pour la répression des personnes se prostituant et des clients vers la lutte contre l'exploitation et les violences qui les touchent.

Mais ne faisons pas l'erreur de condamner les personnes qui se prostituent à plus d'isolement, plus de précarité et plus de violence au nom d'une idéologie. »

Tribune signée par près de 150 professionnels de santé en janvier 2018<sup>142</sup>.

**MdM rappelle qu'une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des TdS.**

**MdM, aux côtés des associations mobilisées avec et pour les droits des TdS, appelle les décideurs politiques à revenir sur ces dispositions législatives inadaptées. Il est essentiel de défendre les enjeux de santé et les droits des TdS, de lutter véritablement contre les violences, l'exploitation et la traite des êtres humains dans une approche pragmatique et non idéologique et en s'appuyant sur la parole et les besoins des personnes concernées elles-mêmes.**





# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie nationale de médecine «Précarité, pauvreté et santé», rapport, juin 2017, 24 pages.
- Antona D., Fonteneau L., et al. «Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004» BEH, 2007 ; 6 : 45-50.
- Antoun F., Charlois-Ou C., Dormant I., Hocine N., Mazelle G., Mouas H. «La tuberculose à Paris en 2016 : un tournant ?» BEH ; 2018 ;(6-7) :113-20.
- Aragona M., Pucci D et al. «Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants : a primary cas study» Italian Journal of Public Health, 2012 ; 9 : 3.
- Arcep «Le baromètre du numérique 2016», 2016 ; 72 pages.
- Arnell G., Morisset JM. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le financement public des opérateurs de l'hébergement d'urgence [Internet]. Sénat ; 2019 juin. Report No.: 614. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r18-614/r18-6141.pdf>
- 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.
- Barré S., Massetti M., et al. «Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France». BEH 2017 ; 2-3 : 39-47.
- Beaumont A., Doumbia A., Lalande V., Meynard J., Pacanowski J., Meyohas M., Girard P., Lacombe K., Surgers L. «Qui meurt de la tuberculose multi-sensible en France au XXIe siècle ?» Médecine et Maladies Infectieuses Vol. 49, Juin 2019, p. S43-S44
- Beltzer N., Hamers F., Duport N. «Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014». BEH 2017 ; 2-3 : 26-31.
- Bernard P., Couterut J., Robert C., Lefebvre M., Biron C., Blanc F. «Importance du partenariat entre un centre de lutte antituberculeuse (CLAT) et le département dans le dépistage systématique de la tuberculose chez les mineurs non accompagnés (MNA)» Médecine et Maladies Infectieuses Vol. 48, June 2018, p. S118
- Bernard P., Robert C., Lefebvre M., Lecomte R., Gaborit B., Eschapasse E., Hervé C., Gouraud M., Raffi F., Biron C. «Complexité du dépistage de la tuberculose maladie chez les migrants primo-arrivants non-stabilisés» Médecine et Maladies Infectieuses Vol. 49, June 2019, p. S45
- 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.
- Bryere J., Dejardin O., et al. «Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France.» BEH 2017 ; 4 : 68-77.
- Burns FM., Imrie JY. et al. «Why the(y) wait ? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain». AIDS Care, 2007 ; 19 : 102-8.
- Carnicer-Pont D., de Olalla PG., Cayla JA. «HIV infection late detection in AIDS patients of an European city with increased immigration since mid1990s». Curr HIV Res, 2009 ; 7 : 237-43.
- Caudrelier L., Le Grusse J. «Tuberculose en prison : incidence, caractéristiques des cas et évaluation du dépistage» Médecine et Maladies Infectieuses Vol. 49, June 2019, p. S33
- CFDA. Exilé.e.s : Quels accueils face à la crise des politiques publiques ? [Internet]. 2019 mai. Disponible sur : <https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport-cfda-weblight.pdf>
- 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.
- Centre Primo Levi, MdM «La souffrance psychique des exilés». Rapport, juin 2018.
- CESE «Parcours et politiques d'accueil des demandeurs et demandeuses d'asile dans l'Union européenne» avis ; mai 2018.
- CETAF «Score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude». Janvier 2005. Saint Etienne : Cetaf, 2005.
- Chappuis M., Pauti MD., et al. «Connaissance des statuts sérologiques VIH, VHB et VHC chez les personnes en situation de grande précarité en France, 2012». Med Mal Inf, 2015 ; 45 : 72-77.
- Choukem SP., Fabreguettes C., Akwo E., Porcher R., Nguewa JL., Bouche C., et al. «Influence of migration on characteristics of type 2 diabetes in sub-Saharan Africans.» Diabetes Metab. 2014 ;40(1):56-60
- Comte P., Donati S., Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide [Internet]. 2018 nov. Disponible sur : [https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2018-11-29\\_RapportAnnuel\\_ACS\\_2017\\_Internet.pdf](https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2018-11-29_RapportAnnuel_ACS_2017_Internet.pdf)
- CNCDDH. Rapport 2018 sur la lutte contre le racisme - Les Essentiels [Internet]. 2018 avr. Disponible sur : <https://www.cncdh.fr/fr/publications/les-essentiels-du-rapport-2018-sur-la-lutte-contre-le-racisme-sous-toutes-ses-formes-0>
- CNDH Romeurope «20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et squats.» Rapport, 2017.
- CNDH Romeurope. Expulsions de bidonvilles et squats habités par des personnes originaires d'Europe de l'Est en France métropolitaine [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2019/03/Expulsions-bidonvilles-squats-2018-Note-d%C3%A9tail%C3%A9e-VF.pdf>
- CNLE, «Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis» Avis, juin 2011.
- Pasteur, Centre National de Référence des Papillomavirus Humains (CNR HPV), Institut Pasteur. In 2018. Disponible sur : [www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-ducoluterus-papillomavirus](http://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-ducoluterus-papillomavirus).

- DDD «Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME». Rapport remis au premier ministre, 2014, 45 pages.
- DDD, «Les droits fondamentaux des étrangers en France» mai 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.
- DDD, « Exilés et droits fondamentaux, trois ans après le rapport Calais ». Décembre 2018
- DDD, Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangees-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>
- Deshingkar P., Shaheen A. «Migration and human development in India» Working Paper. Human Development Report Office, UNDP, New York. 2011.
- Deshingkar P., Farrington J. «Circular migration and multi locational livelihoods strategies in rural India» 2009, Oxford University Press, New Delhi.
- Desprès C. «Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité», Anthropologie & Santé, 2013 ; 6 pages.
- D'Halluin E. «La santé mentale des demandeurs d'asile». Hommes et migrations, 2009 ; 1982 : 66-75.
- DRC/RMMS (2017) RMMS Briefing Paper 5 : Weighing the Risks : Protection risks and human rights violations faced by migrants in and from East Africa (October 2017) at p.2
- Fakoya I., Reynolds R., Caswell G., Shiripinda I. «Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe» HIV Med, 2008 ; 9 : 23-5.
- Feldman R. «Primary health care for refugees and asylum seekers : A review of the literature and a framework for services». Public Health, 2006 ; 120 : 809-816.
- FAP, «24<sup>ème</sup> rapport sur l'État du mal-logement en France», février 2019.
- Fourrier P., Weber E., «Parcours et politiques d'accueil des demandeurs d'asile dans l'Union européenne» Avis du CESE, mai 2018.
- FRA, «Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation», 2015.
- Freedman J. «Sexual and gender-based violence against refugee women : a hidden aspect of the refugee "crisis"», Reprod Health Matters. 2016, 24 : 18-26.
- FTDA, «Les violences à l'égard des femmes demandeuses d'asile et réfugiées en France». Les cahiers du social, 2018 :40.
- Garnier A., Brindel P., Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Boulogne [Internet]. Billancourt : Institut National du Cancer ; 2013. Disponible sur : [www.ecancer.fr/publications/75-prevention/735-prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus](http://www.ecancer.fr/publications/75-prevention/735-prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus)
- Geeraert J., Rivollier E. «L'accès aux soins des personnes en situation de précarité». Soins, 2014 : 14-18.
- Globocan [Internet]. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>
- Gosselin A., Desgrées du Loû A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N. «Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ?» Populations et sociétés, 2016 ; 533 : 1-4.
- Guillaume M., «Les lits d'accueil médicalisés (LAM) : un dispositif innovant entre soins et habitat», Rhizome, 2019/1 (N° 71), p. 80-91. DOI : 10.3917/rhiz.071.0080. URL : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2019-1-page-80.htm>
- Guthmann JP., Fonteneau L., et al. «La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002». BEH 2007 ; 51-52 : 441-5.
- Guthmann JP., 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». BEH, 2015 ; 26-27 : 499-504.
- HAS, «Stratégies de prévention de la carie dentaire», Synthèse, 2010 ; 26 pages.
- HAS, «L'état de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de de vulnérabilité sanitaire», Janvier 2016.
- HAS, «La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques». Octobre 2017, 70 pages.
- HAS, «Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67» Synthèse et recommandations, 2019.
- HCE, «La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité» Bousquet D., Couraud G. et Lazimi G., Rapport n°2017-05-29-SAN-O27, mai 2017 (a).
- HCE, «Avis sur le projet de loi n°2182 relatif à la réforme de l'asile - novembre 2014 / Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile - décembre 2017» Bousquet D., Forest M., Bougeard J., Bourdin MA. Rapport n°2017-12-18-INT-030, décembre 2017 (b).
- HCSP, «Santé sexuelle et reproductive» Avis et Rapports, mars 2016.
- Helfer C. «Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital» ASH, 2014, 2851 : 32-35.
- Huaume H., Kellou N., Tomasino A., Chappuis M., Letrilliant 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.» Bull Epidémiol Hebd. 2017 ; (19-20) : 430- 6.
- IGAS/IGF «Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat». Rapport IGAS/IGF, 2010, 161 pages.
- Inca, «Les cancers en France», 2016.
- Inca, «Papillomavirus et cancer. Etat des lieux et des connaissances» ; Fiches repères, 2018.
- Jobard F., Lévy R., Lamberth J., Névanen S. «Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles» Population, 67, n°3, 2012 : pp 423-451.
- Kaoutar B., Mathieu-Zaham L., Lebas J., Chauvin P. «Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France». Bull Soc Pathol Exot 1990 ; 105 : 86-94.
- 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.
- Kherabi Y., Mollo B., Colo O., Gérard S., Lescure X., Rioux C., Yazdanpanah Y. «Evaluation des difficultés médico-psycho-sociales dans la prise en charge des patients atteints de tuberculose MDR et XDR dans un centre de référence» Médecine et Maladies Infectieuses Vol. 49, June 2019, p. S11.
- Krzyzaniak J-F., «La rue comme addiction», Rhizome, 2019/1 (N° 71), p. 22-24. DOI : 10.3917/rhiz.071.0022. URL : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2019-1-page-22.htm>

- Le Bail H., Giametta C., Rassouw N. «*Que pensent les travailleurs.se du sexe de la loi prostitution : Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le «système prostitutionnel»*». [Rapport de recherche] Médecins du Monde. 2018, pp.100. (hal-01867653)
- Le Bail H., Giamett C. «*Loi contre le «système prostitutionnel» : l'amer constat d'échec des associations. 2019*». (hal-02178073).
- Limousi F., Lydié N., «*Recours au dépistage du VIH : des leviers bien identifiés mais encore des opportunités à créer*», *Parcours. In Desgrees du Lou A, Lert F «Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*». La Découverte, 2017, pp. 173-194.
- Lopez-Quintero C., Shtarkshall R., Neumark YD. «*Barriers to HIV-testing among hispanics in the United States : analysis of the National Health Interview Survey, 2000*». *AIDS Patient Care STDs*, 2005 ; 10 : 672-83.
- Masullo A. «*Santé et recours aux soins des populations précaires*» 2006, Eris, 15 pages.
- MdM, «*Etat buccodentaire et accès aux soins des personnes en situation de précarité*». Rapport d'étude. 2016.
- MdM, «*Observatoire sur l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France*». Rapport, 2018.
- MdM, La Cimade, Drop, Refugee youth service. Rapport d'observation sur les conditions de vie des personnes exilées sur le site du «*Puythouck*» et autour de l'Espace Jeune à Grande-Synthe suite aux enquêtes menées du 18 au 22 mars 2019 [Internet]. 2019 Mar. Available from: <https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/04/Rapport-dobservation-GS-2.pdf>
- Minassian S., Touhami F., Radjack R. et al., «*Les détours du trauma lors de la prise en charge des mineurs isolés étrangers*», *Enfances & Psy*, 2017, 74 : 115-125.
- Naudion P., Jauréguiberry S. , Haddad E. , Jaffré J. , Jachym M., Lemaire B. ,Caumes E. ,Pourcher V. «*Issues de traitement des patients géorgiens présentant une tuberculose multirésistante*» *Médecine et Maladies Infectieuses* Vol. 49, June 2019, p. S10-S1.
- Observatoire du Samu social de Paris «*Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFANMS. Enfants et famille sans logement personnel en Ile de France*». Rapport, 2014 ; 359 pages.
- Observatoire des inégalités, Compass. Rapport sur la pauvreté en France 2018 [Internet]. 2018 oct. Disponible sur : [https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/web\\_rapport\\_sur\\_la\\_pauvrete\\_en\\_france\\_2018\\_observatoire\\_des\\_inegalites\\_et\\_compas.pdf](https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/web_rapport_sur_la_pauvrete_en_france_2018_observatoire_des_inegalites_et_compas.pdf)
- Odenore/Pacte/CNRS, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses primaires d'assurance maladie, 2016, p.11. arret 201-sur l'IVG.
- Ofpra. Rapport d'activité 2018 [Internet]. 2019. Disponible sur : [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_dactivite\\_2018.pdf.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2018.pdf.pdf)
- 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 [Internet]. 2018 p. 99. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
- OMS, "Global tuberculosis report 2017", 2017.
- Pannetier J., Desgrees du Lou A., Lert F. "Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression" In Desgrees du Lou A., Lert F. «*Parcours de vie et santé des africains immigrés en France*» Ed La découverte 2017 : 287-298.
- Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrees du Lou 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.
- Pauti MD., 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*». *BEH*, 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. DOI : 10.3917/spub.182.0243. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-243.htm>
- Perronne C. «*L'éradication de la tuberculose : progrès et obstacles*» *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* Vol. 200, June 2016, p. 1141-1154.
- Radjack R, Benoit de Coignac A, Sturm G et al. «*Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers ? Une approche transculturelle*», *Adolescence*, 2012 ; 80 : 421-432.
- Rilliard F, Friedlander L, et al. «*Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé buccodentaire*». *La santé de l'homme*, 2012 ; 417 : 31-33.
- Rivollier E., Piéguay E., Scanvion A. «*Exclusion. «Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ?»*» *Revue hospitalière de France*, 2013 ; 550.
- 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.
- Sahajian F., Voirin N., Vanhems P., Fabry J. «*Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C*». *RESP* 2005 ; 53 : 25-42.
- Schwarzingler M. «*Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyses des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète*», 2012.
- Supervie V. «*Données épidémiologiques VIH récentes en France*», XVIIe congrès de la Société française de lutte contre le SIDA, Montpellier, 7 octobre 2016.
- Tessier S., Cohen F., Azogui-Levy S. et al. «*Promouvoir la santé buccodentaire*». *La Santé de l'homme*, 2012 ; 417 : 4-5.
- Triandafyllidou A. «*Migration irrégulière en France - Projet de Recherche 'CLANDESTINO'. Compter l'Incomptable : Données et Tendances en Europe*», 2009.
- Unicef, Rapport «*Un enfant est un enfant : protéger les enfants en déplacement contre la violence, la maltraitance et l'exploitation*», mai 2017.
- UNHCR, «*Mixed migration trends in Libya : Changing dynamics and protection challenges*», Altaï Consulting in partnership with IMPACT Initiatives, for the UNHCR in Libya, 2017
- Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacopelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. «*Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés.*» *BEH* 2017 ; 19-20 : 405-14.
- Woestelandt L., Radjack R., Touhami F. et al. «*L'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs isolés étrangers : conséquences psychologiques* », *L'Autre*, 2016 ; 17 : 35-43.







# 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, infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie, 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 usagers au jour de leur première visite. Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des usagers 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 primaires<sup>143</sup>. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;

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

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

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

- A** Général et non spécifié<sup>144</sup>
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (**B**lood, **s**ang)
- D** Système **D**igestif
- F** Œil
- H** Oreille (**H**earing, **a**udition)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéo-articulaire (**L**ocomotion)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (**S**kin, **p**eau)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système **U**rinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, **f**emme)
- X** Système génital féminin et sein (**C**hromosome **X**)
- Y** Système génital masculin et sein (**C**hromosome **Y**)
- Z** Social<sup>145</sup>

**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**

(143) Pour plus d'informations sur la CISP se référer au site internet du CISP-Club [http://www.cisclub.org/4daction/w3\\_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7](http://www.cisclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7)

(144) 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.

(145) Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.



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 ou du test non paramétrique de Kruskal-Wallis (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées à l'aide du « p », ou degré de signification, qui exprime la probabilité d'obtenir par le hasard le résultat observé en supposant que l'hypothèse d'absence de lien entre les groupes étudiés soit vraie. Si la valeur du « p » indiqué est inférieure à 5% ( $p < 0,05$ ), on rejette l'hypothèse initiale et on conclut à une liaison statistiquement significative entre les groupes ainsi comparés. 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 %.

L'analyse de la relation entre deux variables nécessite bien souvent de contrôler l'influence de facteurs tiers (ajustement). Nous avons pour ce faire utilisé la régression logistique binaire, qui permet de créer un modèle mathématique liant une série de variables explicatives (qualitatives ou quantitatives) à une seule variable à expliquer binaire. Il est ainsi possible de mesurer l'effet individuel de chaque variable sur la variable cible indépendamment des autres. 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 2018 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année.

Dans la suite des analyses, et en particulier pour toutes celles portant sur des populations spécifiques (mineurs, SDF, demandeurs d'asile...), le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées, mais à partir du groupe de patients spécifiques venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

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

# 2. ACTIVITÉS

## PAR CASO

	Ajaccio	Besançon	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	TOTAL
<b>Nombre total de consultations</b>	155	862	5 808	2 848	3 019	2 863	2 722	2 781	2 419	6 498	960	1 538	11 026	5 516	2 051	51 066
<b>Nombre de patients différents (file active)</b>	60	509	2 185	1 205	1 659	2 112	1 255	692	1 316	3 320	510	1 278	5 924	1 066	981	24 072
<b>Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes)</b>	147	787	2 956	1 416	2 031	2 344	861	1 231	1 279	3 906	943	1 145	4 834	1 736	891	26 507
<i>Part des consultations médicales (par rapport au total)</i>	0,6%	3,0%	11,2%	5,3%	7,7%	8,8%	3,2%	4,6%	4,8%	14,7%	3,6%	4,3%	18,2%	6,5%	3,4%	100,0%
Nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale	57	473	1 512	847	1 360	1 668	667	551	695	2 298	493	837	3 190	712	619	15 979
Nombre moyen de consultations médicales par patient	2,58	1,66	1,96	1,67	1,49	1,41	1,29	2,23	1,84	1,70	1,91	1,37	1,52	2,44	1,44	1,66
<b>Nombre de consultations dentaires</b>			<b>157</b>			<b>73</b>	<b>404</b>	<b>263</b>	<b>254</b>			<b>137</b>		<b>651</b>		<b>1 939</b>
<i>Part des consultations dentaires (par rapport au total)</i>			8,1%			3,8%	20,8%	13,6%	13,1%			7,1%		33,6%		100,0%
Nombre de patients différents ayant eu une consultation dentaire			108			59	186	98	137			111		245		944
Nombre moyen de consultations dentaires par patient			1,45			1,24	2,17	2,68	1,85			1,23		2,66		2,05
<b>Nombre de consultations paramédicales<sup>1</sup></b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>193</b>	<b>942</b>	<b>261</b>	<b>250</b>	<b>647</b>	<b>6</b>	<b>48</b>	<b>712</b>	<b>16</b>	<b>243</b>	<b>2 819</b>	<b>1 536</b>	<b>44</b>	<b>7 721</b>
<i>Part des consultations paramédicales (par rapport au total)</i>	0,1%	0,0%	2,5%	12,2%	3,4%	3,2%	8,4%	0,1%	0,6%	9,2%	0,2%	3,1%	36,5%	19,9%	0,6%	100,0%
<b>Nombre de consultations sociales<sup>2</sup></b>	<b>4</b>	<b>75</b>	<b>2 414</b>	<b>486</b>	<b>629</b>	<b>175</b>	<b>810</b>	<b>1 281</b>	<b>838</b>	<b>1 698</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>3 373</b>	<b>1 592</b>	<b>1 116</b>	<b>14 499</b>
<i>Part des consultations sociales (par rapport au total)</i>	0,0%	0,5%	16,6%	3,4%	4,3%	1,2%	5,6%	8,8%	5,8%	11,7%	0,0%	0,0%	23,3%	11,0%	7,7%	100,0%

(1) Les consultations paramédicales comprennent les actes infirmiers, les consultations de kinésithérapie, de podologie et de prévention VIH-HEP-IST.

(2) Les consultations sociales comprennent les consultations sociales et DASEM et les consultations sociales MIE.

# 3. ANALYSES PAR CASO

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
60	0,2	147	0	4	4

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Ajaccio		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	18,3	11	35,9	8 615	35,8	8 626
Âge moyen (années)	50,1		32,2		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	1,7	1	14,9	3 563	14,8	3 564
18-29 ans	8,3	5	31,6	7 567	31,5	7 572
30-39 ans	16,7	10	27,5	6 580	27,4	6 590
40-49 ans	23,3	14	12,5	3 004	12,6	3 018
≥ 50 ans	50,0	30	13,5	3 242	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	73,3	44	97,3	23 373	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	65,0	39	10,1	2 414	10,2	2 453
Europe (hors UE)	0,0	0	8,3	2 003	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	1,7	1	49,9	11 979	49,8	11 980
Maghreb	30,0	18	23,4	5 621	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	1,7	1	3,9	930	3,9	931
Asie	1,7	1	3,2	770	3,2	771
Océanie et Amériques	0,0	0	1,1	273	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
France	26,7	16	2,7	639	2,7	655
Tunisie	18,3	11	3,5	844	3,6	855
Maroc	8,3	5	5,9	1 410	5,9	1 415
Roumanie	6,7	4	3,8	904	3,8	908
Pologne	6,7	4	0,2	41	0,2	45
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	85,4	35	51,3	10 132	51,4	10 167
Situation irrégulière	14,6	6	48,7	9 626	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	0,0	0	14,5	3 342	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	11,1	4	42,3	9 411	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	5,6	2	25,5	5 677	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	19,4	7	17,5	3 882	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	25,0	9	11,2	2 498	11,3	2 507
≥ 10 ans	38,9	14	3,4	767	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	20,0	7	6,2	1 200	6,3	1 207
Hébergé	25,7	9	60,3	11 604	60,3	11 613
Squat ou campement	8,6	3	5,8	1 124	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	42,9	15	26,2	5 033	26,2	5 048
Autre situation	2,9	1	1,4	272	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	8,6	3	33,5	5 989	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	69,0	20	17,0	2 204	17,1	2 224
Droits non ouverts	31,0	9	83,0	10 785	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2018

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
509	2,1	787	0	0	75

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Besançon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,8	172	35,9	8 454	35,8	8 626
Âge moyen (années)	27,4		32,4		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	34,3	174	14,4	3 390	14,8	3 564
18-29 ans	27,4	139	31,6	7 433	31,5	7 572
30-39 ans	15,0	76	27,7	6 514	27,4	6 590
40-49 ans	10,0	51	12,6	2 967	12,6	3 018
≥ 50 ans	13,4	68	13,6	3 204	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	92,1	469	97,4	22 948	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	12,8	65	10,1	2 388	10,2	2 453
Europe (hors UE)	34,6	176	7,8	1 827	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	34,0	173	50,2	11 807	49,8	11 980
Maghreb	9,0	46	23,8	5 593	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	8,6	44	3,8	887	3,9	931
Asie	0,6	3	3,3	768	3,2	771
Océanie et Amériques	0,4	2	1,2	271	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Bosnie-Herzégovine	10,8	55	0,2	40	0,4	95
Albanie	9,6	49	2,5	598	2,7	647
France	7,9	40	2,6	615	2,7	655
Guinée	7,3	37	6,6	1 555	6,6	1 592
Côte d'Ivoire	6,9	35	13,7	3 232	13,6	3 267
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	76,0	381	50,7	9 786	51,4	10 167
Situation irrégulière	24,0	120	49,3	9 512	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	33,7	155	14,1	3 187	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	65,3	301	41,8	114	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	15,0	69	25,7	5 610	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	11,3	52	17,6	3 837	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	6,1	28	11,4	2 479	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,4	11	3,5	770	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	7,0	35	6,2	1 172	6,3	1 207
Hébergé	47,1	234	60,6	11 379	60,3	11 613
Squat ou campement	0,6	3	6,0	1 124	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	43,9	218	25,7	4 830	26,2	5 048
Autre situation	1,4	7	1,4	266	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	11,0	53	34,0	5 939	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	14,9	58	17,1	2 166	17,1	2 224
Droits non ouverts	85,1	330	82,9	10 464	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>2 185</b>	<b>9,1</b>	<b>2 956</b>	<b>157</b>	<b>193</b>	<b>2 414</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, psychologie/psychiatrie, gynécologie, ophtalmologie/opticien, dentaire, prévention VIH-HEP-IST, DASEM.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Bordeaux		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	43,9	959	35,0	7 667	35,8	8 626
Âge moyen (années)		33,0		32,2		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	11,7	255	15,2	3 309	14,8	3 564
18-29 ans	33,3	727	31,4	6 845	31,5	7 572
30-39 ans	26,0	567	27,6	6 023	27,4	6 590
40-49 ans	13,5	295	12,5	2 723	12,6	3 018
≥ 50 ans	15,6	340	13,4	2 932	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	98,0	2 141	97,2	21 276	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	12,7	278	9,9	2 175	10,2	2 453
Europe (hors UE)	18,6	406	7,3	1 597	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	40,2	879	50,8	11 101	49,8	11 980
Maghreb	23,4	510	23,5	5 129	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	2,2	49	4,0	882	3,9	931
Asie	1,0	21	3,4	750	3,2	771
Océanie et Amériques	1,9	41	1,1	232	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Nigéria	12,4	270	2,2	491	3,2	761
Algérie	9,5	208	13,3	2 905	12,9	3 113
Albanie	7,1	155	2,2	492	2,7	647
Maroc	6,9	150	5,8	1 265	5,9	1 415
Bulgarie	6,1	133	0,6	122	1,1	255
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	66,3	1 140	49,9	9 027	51,4	10 167
Situation irrégulière	33,7	579	50,1	9 053	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	25,6	539	13,4	2 803	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	39,6	780	42,5	8 635	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	22,8	449	25,8	5 230	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	23,3	458	16,9	3 431	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	12,0	237	11,2	2 270	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,3	45	3,6	736	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,5	106	6,2	1 101	6,3	1 207
Hébergé	47,2	771	61,5	10 842	60,3	11 613
Squat ou campement	13,7	223	5,1	904	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	31,9	521	25,7	4 527	26,2	5 048
Autre situation	0,7	12	1,5	261	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	20,1	292	34,6	5 700	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	39,7	492	14,7	1 732	17,1	2 224
Droits non ouverts	60,3	746	85,3	10 048	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2018

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>1 205</b>	<b>5,0</b>	<b>1 416</b>	<b>0</b>	<b>942</b>	<b>486</b>

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

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Grenoble		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	41,5	500	35,5	8 126	35,8	8 626
Âge moyen (années)		28,9		32,5		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	21,0	252	14,5	3 312	14,8	3 564
18-29 ans	35,8	429	31,3	7 143	31,5	7 572
30-39 ans	21,3	256	27,8	6 334	27,4	6 590
40-49 ans	10,4	125	12,7	2 893	12,6	3 018
≥ 50 ans	11,5	138	13,7	3 134	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	96,5	1 163	97,3	22 254	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	11,5	139	10,1	2 314	10,2	2 453
Europe (hors UE)	10,4	125	8,2	1 878	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	49,7	598	49,8	11 382	49,8	11 980
Maghreb	23,4	282	23,4	5 357	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	3,6	43	3,9	888	3,9	931
Asie	1,1	13	3,3	758	3,2	771
Océanie et Amériques	0,3	4	1,2	269	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Guinée	18,1	218	6,0	1 374	6,6	1 592
Algérie	13,3	160	12,9	2 953	12,9	3 113
République démocratique du Congo	5,9	71	1,6	369	1,8	440
Tunisie	5,8	70	3,4	785	3,6	855
Roumanie	5,1	62	3,7	846	3,8	908
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	69,3	728	50,3	9 439	51,4	10 167
Situation irrégulière	30,7	322	49,7	9 310	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	28,7	328	13,7	3 014	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	45,7	496	42,1	8 919	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	22,9	248	25,6	5 431	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	15,4	167	17,6	3 722	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	13,5	147	11,1	2 360	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,5	27	3,6	754	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	9,6	97	6,1	1 110	6,3	1 207
Hébergé	54,5	552	60,6	11 061	60,3	11 613
Squat ou campement	4,0	41	5,9	1 086	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	30,4	308	26,0	4 740	26,2	5 048
Autre situation	1,5	15	1,4	258	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	27,3	240	33,7	5 752	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	19,3	145	16,9	2 079	17,1	2 224
Droits non ouverts	80,7	605	83,1	10 189	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.



**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>1 659</b>	<b>6,9</b>	<b>2 031</b>	<b>0</b>	<b>261</b>	<b>629</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, psychologie/psychiatrie.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Lyon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	37,0	614	35,7	8 012	35,8	8 626
Âge moyen (années)	27,7		32,6		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	34,3	568	13,4	2 996	14,8	3 564
18-29 ans	25,5	422	32,0	7 150	31,5	7 572
30-39 ans	20,1	333	28,0	6 257	27,4	6 590
40-49 ans	9,3	154	12,8	2 864	12,6	3 018
≥ 50 ans	10,9	180	13,8	3 092	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	97,6	1 619	97,3	21 798	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	17,4	288	9,7	2 165	10,2	2 453
Europe (hors UE)	13,2	219	8,0	1 784	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	44,4	737	50,2	11 243	49,8	11 980
Maghreb	21,0	349	23,6	5 290	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	1,4	23	4,1	908	3,9	931
Asie	1,2	20	3,4	751	3,2	771
Océanie et Amériques	1,4	23	1,1	250	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Guinée	14,7	244	6,0	1 348	6,6	1 592
Algérie	14,0	232	12,9	2 881	12,9	3 113
Roumanie	12,9	214	3,1	694	3,8	908
Albanie	6,9	114	2,4	533	2,7	647
Côte d'Ivoire	6,8	113	14,1	3 154	13,6	3 267
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	66,4	1 059	50,0	9 108	51,4	10 167
Situation irrégulière	33,6	535	50,0	9 097	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	16,2	257	14,3	3 085	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	49,9	796	41,7	8 619	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	24,3	388	25,6	5 291	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	14,1	225	17,7	3 664	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	9,5	151	11,4	2 356	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,1	34	3,6	747	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	4,5	71	6,4	1 136	6,3	1 207
Hébergé	54,6	857	60,8	10 756	60,3	11 613
Squat ou campement	11,7	184	5,3	943	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,2	442	26,0	4 606	26,2	5 048
Autre situation	1,0	15	1,5	258	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	38,9	553	32,9	5 439	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	12,3	151	17,6	2 073	17,1	2 224
Droits non ouverts	87,7	1 081	82,4	9 713	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2018

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>2 112</b>	<b>8,8</b>	<b>2 344</b>	<b>73</b>	<b>250</b>	<b>175</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, cardiologie, gynécologie, échographie, ophtalmologie/opticien.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Marseille		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	27,0	570	36,7	8 056	35,8	8 626
Âge moyen (années)		32,5		32,3		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	17,2	362	14,6	3 202	14,8	3 564
18-29 ans	30,0	633	31,7	6 939	31,5	7 572
30-39 ans	22,3	470	27,9	6 120	27,4	6 590
40-49 ans	12,9	273	12,5	2 745	12,6	3 018
≥ 50 ans	17,6	372	13,2	2 900	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	96,9	2 046	97,3	21 371	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,6	202	10,3	2 251	10,2	2 453
Europe (hors UE)	4,4	92	8,7	1 911	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	36,0	761	51,1	11 219	49,8	11 980
Maghreb	46,5	983	21,2	4 656	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	2,7	57	4,0	874	3,9	931
Asie	0,3	7	3,5	764	3,2	771
Océanie et Amériques	0,5	10	1,2	263	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Algérie	36,3	767	10,7	2 346	12,9	3 113
Comores	9,6	203	0,9	194	1,6	397
Guinée	6,8	143	6,6	1 449	6,6	1 592
Nigéria	5,8	123	2,9	638	3,2	761
Tunisie	5,4	114	3,4	741	3,6	855
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	50,0	973	51,5	9 194	51,4	10 167
Situation irrégulière	50,0	974	48,5	8 658	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	16,2	328	14,3	3 014	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	45,7	896	41,9	8 519	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	25,4	499	25,5	5 180	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	16,1	316	17,6	3 573	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	9,7	190	11,4	2 317	11,3	2 507
≥ 10 ans	3,1	61	3,5	720	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,0	111	6,3	1 096	6,3	1 207
Hébergé	62,2	1 149	60,1	10 464	60,3	11 613
Squat ou campement	3,9	72	6,1	1 055	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,4	469	26,3	4 579	26,2	5 048
Autre situation	2,5	46	1,3	227	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	38,0	702	32,9	5 290	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	7,7	94	18,1	2 130	17,1	2 224
Droits non ouverts	92,3	1 132	81,9	9 662	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>1 255</b>	<b>5,2</b>	<b>861</b>	<b>404</b>	<b>647</b>	<b>810</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, DASEM, dentaire, psychologie/psychiatrie.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Montpellier		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	36,9	463	35,8	8 163	35,8	8 626
Âge moyen (années)	33,6		32,2		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	9,9	124	15,1	3 440	14,8	3 564
18-29 ans	33,9	425	31,4	7 147	31,5	7 572
30-39 ans	27,8	348	27,4	6 242	27,4	6 590
40-49 ans	12,3	154	12,6	2 864	12,6	3 018
≥ 50 ans	16,2	203	13,5	3 069	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	94,7	1 188	97,4	22 229	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	16,8	211	9,8	2 242	10,2	2 453
Europe (hors UE)	14,0	175	8,0	1 828	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	23,4	293	51,3	11 687	49,8	11 980
Maghreb	40,1	503	22,5	5 136	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	3,5	44	3,9	887	3,9	931
Asie	1,0	12	3,3	759	3,2	771
Océanie et Amériques	1,3	16	1,1	257	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Maroc	21,8	274	5,0	1 141	5,9	1 415
Algérie	15,8	198	12,8	2 915	12,9	3 113
Guinée	6,3	79	6,6	1 513	6,6	1 592
France	5,3	67	2,6	588	2,7	655
Géorgie	4,6	58	1,4	312	1,5	370
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	58,0	645	51,0	9 522	51,4	10 167
Situation irrégulière	42,0	468	49,0	9 164	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	21,3	242	14,1	3 100	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	40,6	460	42,4	8 955	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	21,6	245	25,7	5 434	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	16,3	185	17,5	3 704	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	14,1	160	11,1	2 347	11,3	2 507
≥ 10 ans	7,2	82	3,3	699	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	8,3	93	6,1	1 114	6,3	1 207
Hébergé	54,7	609	60,6	11 004	60,3	11 613
Squat ou campement	9,3	104	5,6	1 023	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	26,6	296	26,2	4 752	26,2	5 048
Autre situation	1,1	12	1,4	261	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	28,2	292	33,7	5 700	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	24,0	200	16,6	2 024	17,1	2 224
Droits non ouverts	76,0	634	83,4	10 160	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2018

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>692</b>	<b>2,9</b>	<b>1 231</b>	<b>263</b>	<b>6</b>	<b>1 281</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, dentaire.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nancy		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	38,3	265	35,8	8 361	35,8	8 626
Âge moyen (années)		34,4		32,2		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	14,6	100	14,8	3 464	14,8	3 564
18-29 ans	28,0	192	31,6	7 380	31,5	7 572
30-39 ans	24,5	168	27,5	6 422	27,4	6 590
40-49 ans	13,3	91	12,5	2 927	12,6	3 018
≥ 50 ans	19,6	134	13,4	3 138	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	91,2	631	97,5	22 786	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	17,8	123	10,0	2 330	10,2	2 453
Europe (hors UE)	10,6	73	8,3	1 930	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	19,1	132	50,7	11 848	49,8	11 980
Maghreb	49,5	342	22,7	5 297	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	2,3	16	3,9	915	3,9	931
Asie	0,3	2	3,3	769	3,2	771
Océanie et Amériques	0,4	3	1,2	270	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Algérie	26,9	186	12,5	2 927	12,9	3 113
Maroc	21,0	145	5,4	1 270	5,9	1 415
France	8,8	61	2,5	594	2,7	655
Albanie	5,1	35	2,6	612	2,7	647
Italie	5,1	35	0,9	211	1,0	246
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	65,4	352	51,0	9 815	51,4	10 167
Situation irrégulière	34,6	186	49,0	9 446	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	7,2	44	14,7	3 298	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	36,7	200	42,4	9 215	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	25,0	136	25,5	5 543	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	20,4	111	17,4	3 778	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	16,7	91	11,1	2 416	11,3	2 507
≥ 10 ans	1,3	7	3,6	774	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	22,6	126	5,8	1 081	6,3	1 207
Hébergé	62,9	351	60,2	11 262	60,3	11 613
Squat ou campement	0,0	0	6,0	1 127	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	13,4	75	26,6	4 973	26,2	5 048
Autre situation	1,1	6	1,4	267	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	12,8	60	34,0	5 932	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	32,5	100	16,7	2 124	17,1	2 224
Droits non ouverts	67,5	208	83,3	10 586	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>1 316</b>	<b>5,5</b>	<b>1 279</b>	<b>254</b>	<b>48</b>	<b>838</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, dentaire, psychologie/psychiatrie, ophtalmologie/opticien.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Nice		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	49,2	647	35,1	7 979	35,8	8 626
Âge moyen (années)	37,9		32,0		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	7,8	103	15,2	3 461	14,8	3 564
18-29 ans	22,6	297	32,0	7 275	31,5	7 572
30-39 ans	27,8	366	27,4	6 224	27,4	6 590
40-49 ans	19,8	261	12,1	2 757	12,6	3 018
≥ 50 ans	21,9	288	13,1	2 984	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	97,8	1 287	97,2	22 130	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,4	176	10,0	2 277	10,2	2 453
Europe (hors UE)	24,8	326	7,4	1 677	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	25,5	335	51,2	11 645	49,8	11 980
Maghreb	29,1	383	23,1	5 256	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	2,0	26	4,0	905	3,9	931
Asie	3,6	47	3,2	724	3,2	771
Océanie et Amériques	1,6	21	1,1	252	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	15,8	208	2,8	647	3,6	855
Algérie	6,3	83	13,3	3 030	12,9	3 113
Maroc	6,3	83	5,9	1 332	5,9	1 415
Géorgie	6,0	79	1,3	291	1,5	370
Russie - Tchétchénie	5,6	74	0,2	40	0,5	114
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	48,8	613	51,5	9 554	51,4	10 167
Situation irrégulière	51,2	642	48,5	8 990	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	21,0	270	14,1	3 072	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	23,8	301	43,4	9 114	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	24,2	306	25,6	5 373	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	18,6	235	17,4	3 654	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	23,2	293	10,5	2 214	11,3	2 507
≥ 10 ans	10,3	130	3,1	651	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	14,3	180	5,7	1 027	6,3	1 207
Hébergé	66,6	839	59,8	10 774	60,3	11 613
Squat ou campement	2,1	26	6,1	1 101	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	16,3	205	26,9	4 843	26,2	5 048
Autre situation	0,8	10	1,5	263	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	14,1	175	34,8	5 817	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	19,3	198	16,9	2 026	17,1	2 224
Droits non ouverts	80,7	829	83,1	9 965	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2018

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>3 320</b>	<b>13,8</b>	<b>3 906</b>	<b>0</b>	<b>712</b>	<b>1 698</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, psychologie/psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Paris		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	36,5	1 212	35,7	7 414	35,8	8 626
Âge moyen (années)		32,4		32,3		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	13,8	456	15,0	3 108	14,8	3 564
18-29 ans	30,8	1 018	31,6	6 554	31,5	7 572
30-39 ans	31,3	1 036	26,8	5 554	27,4	6 590
40-49 ans	12,4	411	12,6	2 607	12,6	3 018
≥ 50 ans	11,7	387	13,9	2 885	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	99,3	3 297	97,0	20 120	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	2,4	81	11,4	2 372	10,2	2 453
Europe (hors UE)	1,3	44	9,4	1 959	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	76,1	2 522	45,6	9 458	49,8	11 980
Maghreb	12,2	404	25,2	5 235	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	3,7	123	3,9	808	3,9	931
Asie	1,4	47	3,5	724	3,2	771
Océanie et Amériques	2,8	93	0,9	180	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	23,9	794	11,9	2 473	13,6	3 267
Cameroun	15,1	500	4,5	930	5,9	1 430
Mali	13,6	450	5,1	1 054	6,2	1 504
Algérie	7,7	254	13,8	2 859	12,9	3 113
Guinée	5,8	194	6,7	1 398	6,6	1 592
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	34,4	947	54,1	9 220	51,4	10 167
Situation irrégulière	65,6	1 802	45,9	7 830	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	6,9	227	15,7	3 115	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	44,6	1 409	41,9	8 006	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	31,4	992	24,5	4 687	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	14,4	454	18,0	3 435	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	6,8	214	12,0	2 293	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,8	90	3,6	691	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	1,0	27	7,1	1 180	6,3	1 207
Hébergé	67,6	1 799	59,1	9 814	60,3	11 613
Squat ou campement	1,5	41	6,5	1 086	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,3	754	25,9	4 294	26,2	5 048
Autre situation	1,6	42	1,4	231	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	48,1	1 243	30,9	4 749	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	10,7	161	17,9	2 063	17,1	2 224
Droits non ouverts	89,3	1 348	82,1	9 446	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>510</b>	<b>2,1</b>	<b>943</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>1</b>

C Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, psychologie/psychiatrie.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Pau		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	26,7	136	36,0	8 490	35,8	8 626
Âge moyen (années)	26,5		32,4		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	32,4	165	14,5	3 399	14,8	3 564
18-29 ans	32,9	168	31,5	7 404	31,5	7 572
30-39 ans	17,3	88	27,7	6 502	27,4	6 590
40-49 ans	10,0	51	12,6	2 967	12,6	3 018
≥ 50 ans	7,5	38	13,8	3 234	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	86,5	441	97,5	22 976	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	20,0	102	10,0	2 351	10,2	2 453
Europe (hors UE)	10,2	52	8,3	1 951	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	43,4	221	50,0	11 759	49,8	11 980
Maghreb	12,4	63	23,7	5 576	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	12,0	61	3,7	870	3,9	931
Asie	1,6	8	3,2	763	3,2	771
Océanie et Amériques	0,4	2	1,2	271	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
France	13,5	69	2,5	586	2,7	655
Guinée	11,4	58	6,5	1 534	6,6	1 592
Soudan	10,8	55	0,4	92	0,6	147
Maroc	8,6	44	5,8	1 371	5,9	1 415
Afghanistan	6,9	35	1,0	225	1,1	260
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	88,2	449	50,4	9 718	51,4	10 167
Situation irrégulière	11,8	60	49,6	9 572	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	35,8	156	14,1	3 186	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	50,5	221	42,1	9 194	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	24,2	106	25,5	5 573	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	14,6	64	17,5	3 825	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	7,1	31	11,3	2 476	11,3	2 507
≥ 10 ans	3,7	16	3,5	765	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	17,8	89	6,0	1 118	6,3	1 207
Hébergé	70,3	351	60,0	11 262	60,3	11 613
Squat ou campement	0,6	3	6,0	1 124	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	11,0	55	26,6	4 993	26,2	5 048
Autre situation	0,2	1	1,4	272	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	5,3	27	34,2	5 965	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	26,9	125	16,7	2 099	17,1	2 224
Droits non ouverts	73,1	339	83,3	10 455	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

ACTIVITÉ 2018

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>1 278</b>	<b>5,3</b>	<b>1 145</b>	<b>137</b>	<b>243</b>	<b>7</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, dentaire.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Rouen		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	26,8	342	36,3	8 284	35,8	8 626
Âge moyen (années)	27,9		32,5		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	33,8	430	13,8	3 134	14,8	3 564
18-29 ans	30,3	385	31,6	7 187	31,5	7 572
30-39 ans	16,8	214	28,0	6 376	27,4	6 590
40-49 ans	7,6	96	12,8	2 922	12,6	3 018
≥ 50 ans	11,5	146	13,7	3 126	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	96,6	1 234	97,3	22 183	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	7,3	93	10,4	2 360	10,2	2 453
Europe (hors UE)	3,4	44	8,6	1 959	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	44,9	574	50,1	11 406	49,8	11 980
Maghreb	39,9	510	22,5	5 129	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	3,1	40	3,9	891	3,9	931
Asie	0,9	11	3,3	760	3,2	771
Océanie et Amériques	0,5	6	1,2	267	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Guinée	17,8	228	6,0	1 364	6,6	1 592
Algérie	17,4	222	12,7	2 891	12,9	3 113
Tunisie	13,0	166	3,0	689	3,6	855
Maroc	8,0	102	5,8	1 313	5,9	1 415
Côte d'Ivoire	4,5	57	14,1	3 210	13,6	3 267
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	74,3	817	50,0	9 350	51,4	10 167
Situation irrégulière	25,7	282	50,0	9 350	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	7,3	89	14,9	3 253	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	52,9	593	41,7	8 822	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	20,8	233	25,7	5 446	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	15,6	175	17,6	3 714	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	7,9	89	11,4	2 418	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,8	31	3,5	750	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,9	55	6,3	1 152	6,3	1 207
Hébergé	63,2	592	60,1	11 021	60,3	11 613
Squat ou campement	1,6	15	6,1	1 112	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,5	267	26,1	4 781	26,2	5 048
Autre situation	0,7	7	1,5	266	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	33,2	248	33,4	5 744	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	6,2	40	17,7	2 184	17,1	2 224
Droits non ouverts	93,8	606	82,3	10 188	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.



**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>5 924</b>	<b>24,6</b>	<b>4 834</b>	<b>0</b>	<b>2 819</b>	<b>3 373</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, DASEM, psychologie/psychiatrie, gynécologie, ophtalmologie/opticien.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Saint-Denis		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,8	2 002	36,5	6 624	35,8	8 626
Âge moyen (années)	32,4		32,2		32,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,4	380	17,6	3 184	14,8	3 564
18-29 ans	36,8	2 177	29,8	5 395	31,5	7 572
30-39 ans	35,9	2 121	24,7	4 469	27,4	6 590
40-49 ans	12,3	729	12,6	2 289	12,6	3 018
≥ 50 ans	8,6	507	15,3	2 765	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	99,7	5 908	96,5	17 509	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,9	291	11,9	2 162	10,2	2 453
Europe (hors UE)	0,8	46	10,8	1 957	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	70,3	4 166	43,1	7 814	49,8	11 980
Maghreb	8,2	488	28,4	5 151	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	6,0	353	3,2	578	3,9	931
Asie	9,3	550	1,2	221	3,2	771
Océanie et Amériques	0,5	30	1,3	243	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	33,6	1 988	7,0	1 279	13,6	3 267
Mali	13,9	822	3,8	682	6,2	1 504
Cameroun	8,3	493	5,2	937	5,9	1 430
Inde	7,5	442	0,2	38	2,0	480
Pakistan	5,1	303	0,2	44	1,4	347
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	23,6	908	58,0	9 259	51,4	10 167
Situation irrégulière	76,4	2 936	42,0	6 696	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	5,6	330	17,5	3 012	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	39,2	2 209	43,3	7 206	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	27,7	1 558	24,8	4 121	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	19,4	1 092	16,8	2 797	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	11,0	621	11,3	1 886	11,3	2 507
≥ 10 ans	2,7	153	3,8	628	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	1,9	75	7,3	1 132	6,3	1 207
Hébergé	67,2	2 598	58,5	9 015	60,3	11 613
Squat ou campement	8,4	326	5,2	801	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,1	816	27,5	4 232	26,2	5 048
Autre situation	1,3	51	1,4	222	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	45,7	1 611	30,4	4 381	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	6,7	145	19,2	2 079	17,1	2 224
Droits non ouverts	93,3	2 032	80,8	8 762	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>1 066</b>	<b>4,4</b>	<b>1 736</b>	<b>651</b>	<b>1 536</b>	<b>1 592</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, DASEM, dentaire, psychologie/psychiatrie, gynécologie, dermatologie, podologie.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Strasbourg		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,9	361	35,9	8 265	35,8	8 626
Âge moyen (années)		37,8		32,0		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	7,5	80	15,2	3 484	14,8	3 564
18-29 ans	24,9	265	31,8	7 307	31,5	7 572
30-39 ans	27,5	293	27,4	6 297	27,4	6 590
40-49 ans	15,6	166	12,4	2 852	12,6	3 018
≥ 50 ans	24,4	260	13,1	3 012	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	97,0	1 034	97,3	22 383	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	21,3	225	9,7	2 228	10,2	2 453
Europe (hors UE)	6,4	68	8,4	1 935	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	20,6	218	51,2	11 762	49,8	11 980
Maghreb	50,3	532	22,2	5 107	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	0,8	8	4,0	923	3,9	931
Asie	0,1	1	3,3	770	3,2	771
Océanie et Amériques	0,5	5	1,2	268	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Algérie	34,6	369	11,9	2 744	12,9	3 113
Maroc	13,6	145	5,5	1 270	5,9	1 415
Roumanie	5,6	60	3,7	848	3,8	908
Cameroun	5,1	54	6,0	1 376	5,9	1 430
Italie	4,8	51	0,8	195	1,0	246
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	46,8	454	51,6	9 713	51,4	10 167
Situation irrégulière	53,2	516	48,4	9 116	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	4,5	46	14,9	3 296	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	31,0	311	42,8	9 104	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	27,3	274	25,4	5 405	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	23,9	240	17,2	3 649	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	14,1	142	11,1	2 365	11,3	2 507
≥ 10 ans	3,7	37	3,5	744	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	9,0	86	6,1	1 121	6,3	1 207
Hébergé	50,9	485	60,8	11 128	60,3	11 613
Squat ou campement	2,6	25	6,0	1 102	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	33,4	318	25,8	4 730	26,2	5 048
Autre situation	4,1	39	1,3	234	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	41,6	383	33,0	5 609	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	18,1	97	17,0	2 127	17,1	2 224
Droits non ouverts	81,9	438	83,0	10 356	82,9	10 794

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Parmi les personnes disposant de droits théoriques.

**ACTIVITÉ 2018**

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
<b>981</b>	<b>4,1</b>	<b>891</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>1 116</b>

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, psychologie/psychiatrie.

**CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES**

	Toulouse		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	37,9	372	35,7	8 254	35,8	8 626
Âge moyen (années)		34,4		32,2		32,3
Classes d'âge						
< 18 ans	11,7	114	15,0	3 450	14,8	3 564
18-29 ans	29,7	290	31,6	7 282	31,5	7 572
30-39 ans	25,0	244	27,5	6 346	27,4	6 590
40-49 ans	15,1	147	12,5	2 871	12,6	3 018
≥ 50 ans	18,5	181	13,4	3 091	13,6	3 272
Ressortissants étrangers	93,3	915	97,4	22 502	97,3	23 417
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	14,3	140	10,0	2 313	10,2	2 453
Europe (hors UE)	16,0	157	8,0	1 846	8,3	2 003
Afrique subsaharienne	37,7	370	50,3	11 610	49,8	11 980
Maghreb	23,0	226	23,5	5 413	23,5	5 639
Proche et Moyen-Orient	4,4	43	3,8	888	3,9	931
Asie	2,9	28	3,2	743	3,2	771
Océanie et Amériques	1,7	17	1,1	256	1,1	273
Nationalités les plus représentées						
Algérie	14,7	144	12,9	2 969	12,9	3 113
Guinée	9,7	95	6,5	1 497	6,6	1 592
Albanie	9,2	90	2,4	557	2,7	647
France	6,7	66	2,6	589	2,7	655
Maroc	5,9	58	5,9	1 357	5,9	1 415
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	76,6	666	50,2	9 501	51,4	10 167
Situation irrégulière	23,4	204	49,8	9 428	48,7	9 632
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	38,0	331	13,5	3 011	14,5	3 342
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	50,5	438	41,9	8 977	42,3	9 415
[ 3 mois-12 mois [	20,1	174	25,7	5 505	25,5	5 679
[ 1 an-3 ans [	12,5	108	17,7	3 781	17,5	3 889
[ 3 ans-10 ans [	12,0	104	11,2	2 403	11,3	2 507
≥ 10 ans	5,0	43	3,4	738	3,5	781
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,9	49	6,3	1 158	6,3	1 207
Hébergé	50,5	417	60,7	11 196	60,3	11 613
Squat ou campement	7,4	61	5,8	1 066	5,9	1 127
Sans logement ou hébergement d'urgence	35,0	289	25,8	4 759	26,2	5 048
Autre situation	1,1	9	1,4	264	1,4	273
Besoin d'une domiciliation administrative	14,0	110	34,3	5 882	33,4	5 992
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	30,2	198	16,4	2 026	17,1	2 224
Droits non ouverts	69,8	457	83,6	10 337	82,9	10 794

(1) Parmi les 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** – Chargée de projets, service informatique, Médecins du Monde

**Adeline Beaumont** – Statisticienne, CREAI-ORS Occitanie

**Thibaud Bouillie** – Informaticien, CREAI-ORS Occitanie

## REMERCIEMENTS

### Pour leur contribution écrite

**Aboudaram I.** (Partie : « Travailleuses-eurs du sexe : quels constats, trois ans après l'adoption de la loi de 2016 ») ; **Bret C.** (Partie « Enfants et adolescents non accompagnés : des jeunes en danger et maltraités ») ; **Brigand T.** (Encarts : « « Ma santé 2022 » : pas de mesures concrètes pour les personnes précaires ou éloignées du soin », « Des pratiques discriminatoires de refus de soins qui perdurent », « Prix et accès aux médicaments : contre les abus de brevets et pour un accès à la santé pour tous ») ; **Davoudian D.** (Encart : « Penser le travail de soutien psychologique avec les contraintes législatives liées au parcours des exilés ») ; **Dofere A.** (Partie « La barrière linguistique : un obstacle à une prise en charge de qualité ») ; **Fanget D.** (Encart « Les permanences d'accès aux soins de santé : des dispositifs à harmoniser et à renforcer ») ; **Ganon-Lecomte F.** (Partie « Une politique de non-accueil des personnes exilées ») ; **Godard N.** (Encarts « Un accès au système de santé difficile pour les personnes vivant en squats et bidonvilles », « La résorption des bidonvilles : un plan national, des attentes fortes des acteurs de terrain », « Les exilés à Paris condamnés à la vie à la rue ») ; **Lahmidi N.** (Partie : « Santé sexuelle et reproductive des femmes reçues dans les Caso ») ; **Merimi H.** (Encart « Tuberculose : marqueur majeur des inégalités sociales en santé ») ; **Reques-Sastre L.** (Encarts « Améliorer l'accès au dépistage du cancer cervico-utérin des femmes en situation de précarité : étude interventionnelle d'évaluation des stratégies de dépistage chez les femmes rencontrées dans les programmes de MdM », « État des lieux des violences subies pendant le parcours migratoire par les migrants ayant transité par la Libye, l'Italie et la France »).

### Pour leur relecture

Aboudaram I., Bret C., Bouchon M., Bouffard P., Clouin L., Fanget D., Ganon-Lecomte F., Gillino A., Godard N., Jaume C., Lahmidi N., Laluque M., Laurensen C., Laurence S., Le Bihan Y., Mazardo-Lubac F., Merimi H., Rolland C., Simonnot N.

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 aux recueils 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 2019









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 :** © Olivier Papegnies – Collectif Huma

**Impression :**

Le Révérend Imprimeur  
www.lereverend.com

**EN COLLABORATION AVEC**

---

