



© Giorgos Moutafis

Mai 2014

Dr Liana Mailli vaccine un enfant à la polyclinique de Perama, MdM Grèce, 2013.

L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS PRÉCAIRES

DANS UNE EUROPE EN CRISE SOCIALE

Le cas des femmes enceintes et des enfants

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医術団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医術団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医術団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



Argentina | Belgium | Canada | France | Germany | Greece | Japan | Netherlands | Portugal | Spain | Sweden | Switzerland | United Kingdom | United States of America



© Yiannis Yannakopoulos

© Giorgos Moutafis

© Asier Alcorria Hernández

© Jérôme Sessini/Magnum Photos

/ TABLE DES MATIÈRES /

SYNTHÈSE 3

IMPACT DE LA CRISE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ 4

Les effets démontrés de la crise et de l'austérité à travers l'Europe 4

Impact sur la santé des femmes et des enfants . 4

Politiques basées sur la peur et l'intolérance au lieu de politiques basées sur les faits 5

Quelques évolutions positives des politiques nationales, d'autant plus remarquables qu'elles sont rares 5

INTRODUCTION À L'ENQUÊTE DE 2013 6

2013 EN CHIFFRES 7

MÉTHODES 8

Médecins du monde et ses actions 8

Présentation synthétique des programmes et sites d'enquête 8

Statistiques 9

Effectifs enquêtés 9

FOCUS SUR LA SITUATION DES FEMMES ENCEINTES 10

FOCUS SUR LA VACCINATION DES MINEURS 14

La connaissance des lieux de vaccination 15

LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES 16

Sexe et âge 16

Nationalités et zones géographiques d'origine . . . 17

Durées de séjour des étrangers dans le pays d'enquête 19

Raisons de migration 19

LES CONDITIONS DE VIE 20

Conditions de logement 20

Situation administrative 20

Activité et revenus 22

Soutien moral 22

LES VIOLENCES SUBIES 23

L'ACCÈS AUX SOINS 26

La couverture des dépenses de santé 26

Les obstacles à l'accès aux soins 27

Le renoncement aux soins 28

Le racisme dans les structures de santé 28

Les refus de soins 28

LES ÉTATS DE SANTÉ 29

L'état de santé ressenti 29

Maladies chroniques et traitements 30

Des patients peu suivis avant d'arriver à MdM 30

Des problèmes de santé peu connus avant la venue en Europe 30

État de santé diagnostiqué 30

ESPAGNE : BOULEVERSEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET RÉSISTANCE SOCIALE 31

La destruction d'un système de santé qui était universel 31

La réponse de Médicos del Mundo 31

GRÈCE : PEUT-ON SAUVER LA SANTÉ PUBLIQUE ? 33

Vaccination, soins prénataux et accouchement . 33

Des groupes stigmatisés déjà victimes d'exclusion avant la crise 33

Réponse de MdM Grèce face à la crise 34

LES ORGANISMES EUROPÉENS ET INTERNATIONAUX S'ENGAGENT POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ 35

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU 35

Conseil de l'Europe 35

Institutions de l'Union européenne 36

RECOMMANDATIONS AUX DÉPUTÉS EUROPÉENS 37

UNE INVITATION AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ 37

RECOMMANDATIONS AUX GOUVERNEMENTS NATIONAUX 38



SYNTHÈSE

Ce rapport de Médecins du monde (MdM) présente pour l'année 2013 nos observations sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'état de santé des personnes ayant bénéficié de l'appui de 25 de nos 160 programmes européens pour accéder aux soins.

En 2013, nous avons analysé 29 400 consultations (dont 15 445 consultations médicales) qui ont été effectuées dans 25 villes de huit pays européens au cours desquelles 16 881 patients ont été accueillis. Les analyses quantitatives sont étayées par des témoignages émanant des équipes de terrain.

Nous avons décidé, cette année, de réaffirmer la nécessité d'un accès inconditionnel au suivi prénatal des femmes enceintes et aux vaccinations essentielles des enfants qui aujourd'hui ne sont pas toujours assurés. Il s'agit là d'un déni de droit, contraire aux droits fondamentaux, aux conventions internationales et au respect des fondamentaux de la santé publique.

Les résultats de 2013 indiquent que pour les 285 femmes enceintes reçues, 65,9 % n'avaient pas eu accès aux soins prénataux avant de consulter dans nos centres et 42,8 % avaient reçu des soins trop tardivement. Lors de leur première consultation médicale, les médecins ont jugé que plus de 70 % d'entre elles nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. La mise en danger des femmes et de leurs enfants à naître concerne donc les deux tiers des femmes enceintes reçues à Médecins du monde.

En 2013, 1 703 mineurs¹ ont consulté l'un des centres européens. Seul un mineur sur deux, au mieux, est vacciné contre le tétanos, l'hépatite B, la rougeole ou la coqueluche. Dans certains pays, ce taux est inférieur à 30 %, ce qui est bien en-deçà des taux de couverture vaccinale de la population générale, qui se situent autour de 90 %.

Alors que la population générale est confrontée à une pauvreté grandissante, certains partis politiques profitent de cette situation pour accabler les migrants démunis, qui représentent des boucs émissaires faciles à trouver.

Dans le même temps, dans plusieurs pays, les groupes déjà fragilisés avant la crise - migrants sans papiers, demandeurs d'asile, usagers de drogues, travailleur(se)s du sexe, ressortissants européens démunis et sans-abris - connaissent une réduction, voire une privation des filets de sécurité et des réseaux sociaux qui leur assuraient une assistance de base. Les mécanismes de couverture santé se dégradent laissant une part grandissante à la charge de chaque patient, fut-il sans ressources financières, dans un contexte où les besoins d'un nombre de plus en plus important de personnes en situation de précarité augmentent. Cette injustice remet en cause le socle social de la solidarité en Europe et doit être combattue.

Les Organisations non gouvernementales (ONG) et les prestataires de soins font preuve de solidarité, mais *in fine* il revient aux gouvernements d'assurer la protection des populations vulnérables, ce que certains semblent oublier sous la pression de calculs économiques à court terme et de politiques d'austérité. Les personnes vulnérables ont besoin d'encre plus de protection en ces temps de crise, et non de l'inverse.

Près de la moitié des patients reçus par Médecins du monde vivent en situation régulière en Europe. La situation est encore plus dure pour les personnes sans autorisation de séjour, européens ou extra européens.

De nombreuses études ont montré l'importance de dépister les antécédents de violence chez les populations migrantes. En 2013, 76,3 % des personnes interrogées ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de violence. Il s'agit majoritairement d'immigrés du Proche et du Moyen-Orient et de demandeurs d'asile. Les violences les plus fréquentes sont d'avoir vécu dans un pays en guerre et la faim. Près de 20 % des personnes rapportent des violences subies dans le pays d'enquête.

Plus d'un quart des patients reçus par Médecins du monde déclarent un mauvais ou très mauvais état de santé général. Pourtant, la santé personnelle ne représente que 2,3 % des raisons ayant motivé la migration, dans la continuité de ce qui était observé les années précédentes. Ces chiffres démontrent une fois de plus combien les discours contre les migrants qui viendraient profiter des systèmes de santé européens sont infondés.

Près des deux tiers des patients reçus dans les centres ne bénéficient d'aucune prise en charge de leurs soins au moment où ils s'adressent à nos programmes.

Les trois obstacles à l'accès aux soins les plus fréquemment cités sont les problèmes financiers (25,0 %), les problèmes administratifs (22,8 %) et un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé (21,7 %). Ces résultats contredisent clairement le mythe qui voudrait que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des services de santé.

En tant que professionnels de santé, nous exigeons clairement le droit de dispenser des soins, conformément aux codes de déontologie des professions médicales, à tous les patients, indépendamment de leur statut administratif, de leur origine ethnique ou de leurs ressources financières.

Nous appelons à la création de systèmes de santé nationaux universels, solidaires et équitables, ouverts à toute personne vivant dans l'Union européenne (UE).

Pour les populations particulièrement vulnérables, comme les enfants et les femmes enceintes, ces systèmes doivent permettre un accès inconditionnel aux soins pré et post-nataux, aux programmes de vaccination nationaux et aux soins pédiatriques. En temps de crise, l'accès aux soins doit être renforcé.

La Commission Européenne et le Parlement Européen doivent encourager les États membres, responsables de la santé, à protéger et à consolider les systèmes de santé et les mécanismes de protection sociale en temps de crise.

L'Agence de l'Union européenne pour les droits fondamentaux (FRA) est porteuse d'espoir pour de nombreux citoyens : nous demandons aux États membres d'appliquer les opinions qu'elle exprime.

Le Conseil de l'Europe a un rôle important à jouer dans la protection des droits fondamentaux en Europe. Le Comité européen des droits sociaux a donné un signal fort en confirmant que le droit aux soins de santé décrit dans la Charte sociale européenne s'applique clairement à chaque personne, quelle que soit sa situation administrative.

¹ Il s'agit des seuls mineurs enregistrés dans la base de données.

IMPACT DE LA CRISE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les effets démontrés de la crise et de l'austérité à travers l'Europe

De plus en plus d'études scientifiques sur les effets précis de la crise économique et sociale sur la santé des populations sont menées. A l'heure actuelle, seuls les tout premiers effets ont pu être observés en raison des délais de publication des données relatives à la santé². La proportion de personnes susceptibles d'être en mauvaise santé mentale a augmenté de plus de 3 millions dans l'UE entre 2007 et 2011. La précarité du logement et du travail ont particulièrement contribué à cette augmentation³. Le nombre de suicides² chez les personnes de moins de 65 ans a augmenté dans l'UE depuis 2007⁴. La grande vulnérabilité aux problèmes de santé mentale chez les personnes les plus défavorisées peut s'expliquer par des facteurs tels que l'insécurité et le désespoir, une faible éducation, le chômage, l'endettement, l'isolement social et de mauvaises conditions de logement⁵. Les récents foyers de VIH liés à l'injection de drogues en Grèce et en Roumanie ont mis un terme à une évolution positive de baisse du nombre de nouvelles infections par le VIH en lien avec l'usage de drogues⁶. La proportion de personnes se déclarant en bonne ou très bonne santé a décliné substantiellement, en particulier chez les personnes à faible revenu⁷. Parmi les patients reçus en 2013 dans les centres gratuits de santé de Médecins du monde, 27,6 % ont déclaré une santé mentale mauvaise ou très mauvaise.

Il a été démontré que des mécanismes forts de protection sociale atténuent certains des effets négatifs d'une récession sur la santé⁵. Dans de nombreux pays, la contribution des individus à la couverture maladie ou la part des frais restant à la charge des patients ont été accrues⁸. La Bulgarie, la Grèce, le Portugal, la Roumanie et la Slovénie ont augmenté les prélèvements des employeurs et des employés destinés à l'assurance maladie. Dans de nombreux autres pays⁹, face à la crise et au déficit budgétaire des services de santé ou des régimes publics d'assurance-maladie, des frais à la charge de l'utilisateur ont été introduits dans les services de santé ou ont subi une hausse.

Les services publics de santé, en particulier les services des urgences, restent souvent la seule porte d'accès aux soins. Les individus exposés à de multiples facteurs de vulnérabilité subissaient déjà de fortes inégalités en matière de santé avant que la crise ne touche l'Europe. Pourtant, de nombreux programmes de réduction des risques chez les usagers de drogues ont subi des coupes budgétaires ces dernières années (par exemple, au Portugal¹⁰, en Grèce, en Espagne, en Roumanie et en Hongrie) et les politiques stigmatisantes de certains pays ont clairement conduit à un effet inverse « d'augmentation des risques », avec pour conséquence une plus forte prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH¹¹. Parmi ces mesures, on peut citer la pénalisation et l'incarcération des travailleur(se)s du sexe ou des usagers de drogues, ainsi que le dépistage obligatoire du VHC ou du VIH. Toutes ces mesures élèvent le seuil de dépistage et de traitement et rendent les individus plus vulnérables encore, sans améliorer en aucune manière leur santé. Des coupes ont également été opérées dans les services de réduction des risques et de santé à bas seuil pour les travailleur(se)s du sexe¹².

Le fait d'être sans domicile est de plus en plus traité comme un délit, avec des amendes pour mendicité (par ex. en Espagne, aux Pays-Bas)¹³. Des mesures discriminatoires sont parfois prises pour refuser aux personnes sans-abri l'accès aux services sociaux et à un toit¹⁴. Enfin, les personnes âgées sont elles aussi de plus en plus touchées par la crise et l'austérité.

Impact sur la santé des femmes et des enfants

En période de crise économique, les femmes enceintes et les enfants devraient faire l'objet d'une protection spécifique dans le cadre des filets de sécurité de la protection sociale. Ce n'est pas ce que nous avons observé. Selon les chiffres officiels, entre un quart et un tiers de la population grecque se trouve aujourd'hui sans aucune couverture de santé. En conséquence, les femmes enceintes sans couverture maladie doivent régler elles-mêmes tous les frais des soins prénataux et d'accouchement (environ 1 300 €), ce qui est devenu impossible pour les familles moyennes. La Grèce a connu une chute du nombre de naissances vivantes alors que la mortalité a augmenté de 21,15 % entre 2008 et 2011¹⁵.

Des obstacles financiers excluent un nombre croissant d'enfants de l'accès aux services de santé de base tels que la vaccination ; certaines législations nationales privent également d'accès à la vaccination et au suivi médical les enfants de parents sans-papiers.

2 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323–31.

3 Voir *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin : Eurofound, 2013

4 Sources : WHO Mortality Database and Eurostat, 2013. Impact of economic crises on mental health. Copenhague : WHO Europe, 2011

5 Stuckler D, Basu S. *The Body Economic: Why Austerity Kills*. New York : Basic Books, 2013.

6 Collectif. *European Drug Report. Trends and developments*. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013

7 Collectif. *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin : Eurofound, 2013.

8 Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. [Health policy responses to the financial crisis in Europe](#).

Genève : WHO and European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, Policy Summary n. 5.

9 Arménie, République Tchèque, Danemark, Estonie, France, Grèce, Irlande, Italie, Lettonie, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Fédération

de Russie, Slovénie, Suisse et Turquie.

10 Voir, par exemple, EATG (2014), *The impact of economic austerity on the HIV response in Portugal: a community perspective*.

11 Collectif. *Who is paying the price for austerity?* Amsterdam : Correlation Network (Policy paper), newsletter 03/2013

12 Jakobsson P. *Sex work in Europe: the legal landscape and a rights-based way forward*. Amsterdam : Correlation Network, 2013.

13 Collectif. *On the Way Home? Monitoring Report on Homelessness and Homeless Policies in Europe*. Bruxelles : FEANTSA, 2012

14 Résolution du Parlement européen du 16 janvier 2014 sur une stratégie de l'UE pour les personnes sans-abri ([2013/2994\(RSP\)](#))

15 Simou E, Stavrou M, Kanavou E, Koutsogeorgou E, Roumeliotou A. *Association between birth rates and selected socio-economic indicators in a time of economic crisis: the case of Greece*. Athènes : Department of Epidemiology and Biostatistics, National School of Public Health, sous presse.

Politiques basées sur la peur et l'intolérance au lieu de politiques basées sur des faits

Les systèmes de santé doivent être efficaces et financièrement viables. Afin d'être efficaces, ils doivent englober la population dans son ensemble, sans lacunes, et en particulier sans laisser de côté les personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. En temps de crise, surtout lorsque celle-ci frappe aussi fort qu'en Espagne et en Grèce, la plupart des gens commencent à craindre pour eux-mêmes, leur famille, leur avenir. Une période comme celle-ci est propice à la manipulation politique par certains acteurs et groupes extrémistes profitant de ces peurs. La solidarité fait vite place à l'exclusion et au rejet. Désigner des boucs émissaires devient la norme, en raison des peurs, du reste légitimes, des peuples d'Europe confrontés à un présent sombre caractérisé par de forts taux de chômage, des baisses de salaires et peu d'espoir d'amélioration.

Par exemple, en [Espagne](#), les immigrés adultes sans papiers ont été exclus des soins depuis le Décret-loi royal 16/2012, entré en vigueur en septembre 2012. Les femmes enceintes sans papiers et les enfants des sans-papiers ont été explicitement exempts des dispositions de cette nouvelle loi. Néanmoins, les services de santé leur ont été refusés en de nombreuses occasions depuis l'entrée en vigueur du décret¹⁶ : le message politique d'exclusion des immigrés sans papiers s'est avéré plus fort que la loi même.

Lors des débats au sujet de la libre circulation des personnes dans l'UE, certaines personnalités politiques du Royaume-Uni invoquent le danger d'un « tourisme de prestations ». En réalité, les ressortissants européens mobiles sont des contributeurs nets aux systèmes nationaux de protection sociale et les dépenses en lien avec leur prise en charge sont très faibles par rapport aux dépenses de santé totales des pays d'accueil¹⁷. Le ministère britannique de la Santé prévoit néanmoins d'augmenter et de créer de nouvelles contributions au système de santé pour les immigrés et les visiteurs. Les mesures proposées comptent des frais supplémentaires d'ordonnance, la facturation des soins d'urgence et des hausses de tarifs pour les consultations chez les opticiens et les dentistes à partir de mars 2015. Ces changements devraient selon toute vraisemblance rendre plus difficile encore l'accès aux soins pour les immigrés. Avant même l'entrée en vigueur de ces mesures, le message politique de restriction de l'accès aux soins pour les immigrés a engendré une confusion accrue parmi les professionnels de santé, des refus de soins même primaires et une incompréhension générale parmi les étrangers, qui ne savent plus à quels soins ils ont accès.

En [Belgique](#), l'aide médicale urgente permet en théorie aux immigrés en situation irrégulière d'avoir accès aux services de santé (préventifs comme curatifs). Mais à Anvers, deuxième ville du pays, le centre public d'action sociale entretient depuis de nombreuses années une conception extrêmement restrictive de la législation nationale. Les pouvoirs publics locaux sont convaincus qu'une restriction de l'accès aux soins permet de réguler les flux migratoires, mesure dont le manque d'éthique et l'inefficacité ont été démontrés.

En [Grèce](#), les agressions brutales et les crimes de haine contre les minorités ethniques que nous avons rapportés l'année dernière sont loin d'avoir disparu. En 2013, MdM Grèce a été confronté à plusieurs mineurs qui avaient été témoins d'actes de violence raciste envers leurs parents ou en avaient été eux-mêmes les victimes.

Quelques évolutions positives des politiques nationales, d'autant plus remarquables qu'elles sont rares

En 2013, certains gouvernements ont par ailleurs pris des mesures positives pour protéger les plus vulnérables.

En [Suède](#), les immigrés sans autorisation de séjour et leurs enfants n'avaient accès qu'aux soins d'urgence, qui leur étaient ensuite facturés. En juillet 2013, une nouvelle loi est entrée en vigueur qui permet l'accès aux soins de tous les enfants, sans paiement, dans les structures publiques de soins. Les sans-papiers adultes ont obtenu les mêmes droits que les demandeurs d'asile : l'accès aux soins « qui ne peuvent pas être remis à plus tard », les soins pré et postnataux, le planning familial, l'interruption de grossesse et les soins dentaires « qui ne peuvent pas être remis à plus tard » à condition de régler le forfait de 6 € pour chaque consultation auprès d'un médecin ou d'un dentiste. De nombreux professionnels de santé ignorent encore ce changement. En outre, la loi n'est pas toujours correctement appliquée : on demande parfois aux immigrés de payer plus qu'ils ne le doivent ou on leur refuse l'accès aux soins. Le principal problème est que les immigrés ne savent pas d'eux-mêmes quels sont les soins « qui ne peuvent pas être remis à plus tard » d'autant que chaque médecin peut avoir sa propre interprétation de ce critère. Il reste que la nouvelle loi est un important pas en avant quant à l'accès aux soins médicaux dont ont besoin les plus vulnérables.

En [France](#), le seuil de revenu pour accéder à la gratuité des soins a été relevé, ce qui se traduit par une couverture médicale totale pour 600 000 patients supplémentaires. Le même seuil s'applique aux immigrés sans papiers pour l'Aide médicale d'État. En outre, le forfait d'accès à l'aide médicale de l'État de 30 € pour les immigrés sans papiers, introduit par le précédent gouvernement, a été retiré en 2012.

En [Allemagne](#), depuis 2007, les personnes ayant perdu leur couverture santé devaient s'acquitter d'une dette majorée d'intérêts à hauteur de 5 % si elles souhaitaient en bénéficier à nouveau. Depuis la loi d'août 2013, ces intérêts s'élèvent « seulement » à 1 % et il existe une possibilité d'être exempté de sa dette.

16 Collectif. [Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia](#). Madrid : Yo Sí Sanidad Universal, Campaña de desobediencia al Real Decreto-Ley 16/2012, 2013.

17 Juravle C, Weber T, Canetta E, Fries Tersch E, Kadunc M. [Fact finding analysis on the impact on Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence](#). Rapport final remis par ICF GHK en association avec Millieu Ltd. Bruxelles : Commission européenne, Direction-Générale pour l'emploi, les affaires sociales et l'inclusion, 2013.



Des membres de MdM Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, France, Grèce, Japon, Pays-Bas, Portugal, Royaume Uni, Suède, Suisse et Etats-Unis montrent leur solidarité avec les personnes sans couverture maladie en Grèce : des femmes enceintes, des enfants et des médecins tentent de se rejoindre, bloqués par une barrière financière. Flashmob MdM, Place Monastiraki, Athènes, le 21 février 2014.

INTRODUCTION À L'ENQUÊTE DE 2013

En 2006 et 2008, l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde¹⁸ (MdM) a mené une enquête portant spécifiquement sur les personnes sans papiers, réalisée auprès d'échantillons de consultants dans différents pays européens. En 2012, l'Observatoire du réseau international présentait les données recueillies auprès de l'ensemble des personnes – et plus seulement les sans-papiers - dans cinq villes d'Europe (Amsterdam, Bruxelles, Londres, Munich et Nice).

Tous les rapports de l'Observatoire du réseau international de Médecins du monde sont disponibles sur :

www.mdmeuroblog.wordpress.com

L'année dernière, le rapport 2013 (basé sur les données 2012 de 14 villes de sept pays européens) mettait l'accent sur les obstacles dans l'accès aux soins et les conditions de vie des personnes en situation d'exclusion en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie en Europe.

Cette année, nous sommes heureux de présenter dans ce document les analyses de données collectées en routine dans 25 villes de huit pays européens : Anvers et Bruxelles en Belgique, le canton de Neuchâtel dont La Chaux-de-Fonds en Suisse, Munich en Allemagne, Athènes, Mytilène, Patras, Perama et Thessalonique en Grèce, 11 villes en Espagne (Almeria, Malaga, Séville, Bilbao, Madrid, Palma de Majorque, Saragosse, Tolède, Tenerife, Valence et Alicante), Amsterdam et La Haye aux Pays-Bas, Nice et Saint-Denis en France, Londres au Royaume-Uni.

18 L'observatoire européen a été renommé « Observatoire du réseau international » en 2011.

/ 2013 EN CHIFFRES /

16 881 patients reçus dans 25 villes de 8 pays européens

29 400 consultations, dont :
15 445 consultations médicales
21 913 diagnostics

285 femmes enceintes

52,5 % vivent dans un logement dégradé
89,1 % vivent en dessous du seuil de pauvreté
36,2 % déclarent un faible niveau de soutien moral
63,7 % n'ont pas d'autorisation de séjour
83,5 % ne disposent d'aucune couverture maladie

1 703 mineurs

35 % sont vaccinés contre l'hépatite B (sauf en Grèce où ils sont 58 %)
Au mieux, 50 % sont vaccinés contre la coqueluche ou la rougeole

→ Parmi l'ensemble des personnes rencontrées

43,7 % sont des femmes

L'âge médian est de 32 ans

95,0 % sont des étrangers

93,0 % vivent sous le seuil de pauvreté

11,4 % sont sans domicile fixe

51,1 % migrent pour des raisons économiques

31,1 % pour des raisons politiques

23,1 % pour des raisons familiales

45,5 % ont le droit de résider en Europe

38,0 % sont ou ont été concernés par une demande d'asile

Obstacles dans l'accès aux soins :

25,0 % difficultés financières

22,8 % difficultés administratives

21,7 % manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et des droits

22,1 % ont renoncé à des soins ou des traitements médicaux au cours de l'année

16,8 % se sont vus opposer au moins un refus de soin dans l'année

5,4 % ont été confrontés au racisme dans des structures de santé au cours de l'année

60,7 % des personnes sans autorisation de séjour déclarent limiter leur déplacement ou activité par peur d'être arrêtées

63,1 % ont un état de santé dégradé

26,1 % se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé

27,6 % déclarent une mauvaise ou très mauvaise santé mentale

34,3 % ont au moins une maladie chronique

30,0 % ont au moins un problème de santé qui nécessite un traitement selon les médecins mais qui n'ont jamais été suivis ou traités avant la consultation à MdM

77,3 % des hommes et 42,4% des femmes ont vécu dans un pays en guerre

47,0 % des hommes et 26,8% des femmes ont souffert de la faim

10,0 % des femmes rapportent des agressions et 6 % un viol

20,0 % des violences ont été commises depuis l'arrivée dans le pays d'enquête

Chiffres-clés

Parmi les personnes rencontrées

15,6 % sont complètement isolées et ne peuvent jamais compter sur quelqu'un

34,8 % jugent que leur logement est néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants

2,3 % migrent pour des raisons de santé

64,5 % ne bénéficient d'aucune prise en charge des soins

76,3 % rapportent avoir vécu au moins une expérience de violence

27,6 % déclarent une santé mentale mauvaise ou très mauvaise

Parmi les femmes enceintes

65,9 % n'ont pas accès aux soins prénataux

42,8 % ont reçu des soins trop tardivement

70,0 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents selon les médecins

Parmi les mineurs

Seuls 50 % en moyenne sont vaccinés contre le tétanos

70,0 % en moyenne ne sont pas vaccinés, ou ne savent pas qu'ils sont vaccinés, contre l'hépatite B, la rougeole ou la coqueluche

MÉTHODES

Chaque patient consultant en 2013 l'un des programmes de MdM associé à l'Observatoire du réseau international a été interrogé en utilisant au moins l'un des trois questionnaires standardisés, multilingues et communs mis en place (questionnaire social, questionnaire médical, questionnaire(s) de reconsultation médicale).

Tout au long de ce document, nous utiliserons les abréviations suivantes :

- **BE** (Belgique) pour Anvers et Bruxelles
- **CH** (Confédération Helvétique – Suisse) pour le canton de Neuchâtel dont La Chaux-de-Fonds
- **DE** (Allemagne – Deutschland) pour Munich
- **EL** (Grèce – Ellada) pour Athènes, Mytilène, Patras, Perama et Thessalonique
- **ES** (Espagne – España) pour Almeria, Malaga, Séville, Bilbao, Madrid, Palma de Majorque, Saragosse, Tolède, Tenerife, Valence et Alicante
- **FR** (France) pour Saint-Denis (en banlieue parisienne) et Nice
- **NL** (Pays-Bas – the Netherlands) pour Amsterdam et La Haye
- **UK** (United Kingdom) pour Londres

Médecins du monde et ses actions

MdM agit pour améliorer l'accès aux soins et la protection des droits humains depuis 1980. Nous sommes une organisation internationale humanitaire qui fournit des soins médicaux et contribue à l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les personnes qui font face à divers facteurs de vulnérabilité à travers le monde. Dans les 171 programmes nationaux, nous travaillons principalement auprès des sans-abris, des usagers de drogues, des ressortissants européens démunis, des prestataires de services sexuels tarifés, des migrants sans papiers, des demandeurs d'asile, des communautés Roms, etc. Nous travaillons principalement avec des professionnels de santé bénévoles. [Lors des consultations médicales et sociales, nous recueillons des données sur les principaux déterminants sociaux de la santé et sur l'état de santé des patients afin de mettre en lumière les difficultés qu'ils rencontrent.](#) Nous informons les patients sur les systèmes de santé et leurs droits à l'accès aux soins.

Nos programmes visent à l'autonomisation grâce à la participation active des groupes bénéficiaires, ce qui est un moyen d'identifier des solutions de santé et de combattre la stigmatisation et l'exclusion de ces groupes. MdM soutient la création de groupes d'auto-support afin de renforcer la société civile et de reconnaître l'expertise basée sur l'expérience. Ainsi, nos actions peuvent conduire au progrès social : en modifiant les lois et les pratiques, mais aussi en renforçant l'équité et la solidarité.

Présentation synthétique des programmes et sites d'enquête

En **Belgique**, les données de routine sont recueillies lors des consultations médicales, sociales et psychologiques, qui ont lieu en journée dans les deux Centres d'accueil de soins et d'orientation de Bruxelles et Anvers. Ces consultations gratuites permettent un accès aux soins à toute personne en situation précaire, quel que soit son statut administratif. Il s'agit aussi de réintégrer les personnes dans le système de soins de droit commun, via l'information sur leurs droits, et l'accompagnement vers l'ouverture de leurs droits.

En **Suisse**, dans le Canton de Neuchâtel, MdM organise des consultations sociales et infirmières : dans le cadre du projet Réseau Santé Migrations, à la Chaux-de-Fonds, MdM s'adresse principalement aux migrants. Par ailleurs MdM fait des consultations infirmières dans les centres pour les requérants d'asile.

En **Allemagne**, open.med propose - en partenariat avec une association¹⁹ dans le centre de Munich - des consultations médicales et sociales gratuites aux personnes sans couverture maladie, dont les citoyens européens en situation précaire (y compris les Allemands) et les sans-papiers (l'obligation de la part des fonctionnaires de dénoncer toute personne sans-papier au Ministère de l'immigration leur rend, de fait, inaccessible le système de soins et leur seul recours aux soins possible reste les services d'urgences).

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Gisela, 55 ans, Allemande. « *La première fois que j'ai entendu parler de Médecins du monde, c'était à la télévision. J'ai été très étonnée de réaliser qu'il y avait plein d'autres personnes sans couverture maladie* ». En mai 2013, Gisela est venue à MdM. Elle n'avait pas vu de médecin depuis quatre ans. C'est après avoir perdu son emploi qu'elle est tombée dans une grave dépression. « *J'étais toujours effrayée, notamment par le fait de perdre mon appartement. Je n'arrive même plus à payer mon assurance maladie de 500 euros par mois* ». Le médecin de MdM l'a examinée et a prescrit une analyse de sang, qui a révélé une forte anémie. Lors de son rendez-vous suivant, le médecin l'a envoyée, pour un soupçon de maladie auto-immune, à l'hôpital, qui lui a refusé l'accès car elle n'avait pas d'assurance maladie. L'hôpital demandait une garantie de paiement de 200 euros. Finalement, après un appel de MdM, elle a été hospitalisée pendant deux semaines. Son suivi, à la sortie de l'hôpital, a été assuré gratuitement par un médecin bénévole de MdM. Aujourd'hui, elle a fait une demande de réactivation de son assurance maladie après avoir été informée par MdM de la nouvelle loi (août 2013)²⁰ en Allemagne. Si rien n'avance, l'équipe de MdM l'aidera à récupérer une couverture maladie.

MdM Allemagne – Munich – Janvier 2014

19 Café 104 : cafe104.maxverein.de

20 Avant la loi d'août 2013, les personnes qui avaient perdu leur couverture maladie devaient payer 5 % par mois d'intérêts en plus de leur dette (contributions) remontant jusqu'à 2007. Désormais, il faut payer 1 % d'intérêt par mois.

En Grèce, MdM multiplie ses activités dans le pays afin de répondre aux besoins massifs des personnes les plus précaires et les plus éloignées des professionnels et structures de santé, dans les villages et les îles. En 2013, une partie des données médicales et sociales des cinq polycliniques²¹ d'Athènes, Patras, Perama, Thessalonique et Mytilène (île de Lesbos) ont été analysées. Ces dispositifs proposent des soins de santé primaires et un soutien psychologique à toute personne qui n'a pas accès au système national de santé. A Mytilène, une assistance médicale, psychologique et juridique est proposée aux migrants qui arrivent par bateau sur l'île et qui ont besoin d'une protection internationale. Patras reçoit aussi très majoritairement des migrants.

En Espagne, MdM gère des centres socio-sanitaires pour les immigrants (CASSIM), dont l'objectif principal est l'intégration des personnes vers les dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun. Pour cela, les équipes mènent des actions de sensibilisation, de promotion de la santé, de formation et d'information auprès des professionnels des centres de santé publics, ainsi que des actions de formation avec et pour des médiateurs interculturels. Pour le rapport de l'Observatoire 2013, le questionnaire a été passé à 130 patients pendant trois semaines de décembre dans les CASSIM de Tenerife²², Saragosse, Bilbao, Séville, Malaga, Madrid, Alicante et Valence mais aussi à Majorque, Almeria et Tolède. Ces 130 dossiers ont été intégrés à l'analyse bien qu'il ne s'agisse pas d'un recueil de routine sur toute l'année comme dans les autres pays.

En France, pour répondre aux besoins des populations les plus exclues (notamment sans couverture maladie effective et/ou aux très faibles ressources), MdM a mis en place les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO). En 2013, 20 CASO sont implantés sur le territoire français. Ils proposent des consultations sociales et médicales, avec un accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun. Pour le rapport de l'Observatoire du réseau international, les données des CASO de Saint-Denis et de Nice ont été analysées.

Aux Pays-Bas, MdM propose aux migrants sans papiers des consultations hebdomadaires d'aide à Amsterdam et à La Haye. Les personnes sont informées de leurs droits. Grâce à la médiation, elles sont orientées vers les professionnels de santé dans le système de droit commun, en particulier les médecins généralistes afin de garantir une continuité dans le suivi médical.

Au Royaume-Uni, MdM gère un centre d'accueil, de soins et d'orientation à l'est de Londres, où interviennent des bénévoles, médecins, infirmiers, accueillants et travailleurs sociaux qui proposent des soins de santé primaires aux personnes exclues, en particulier les migrants et les prestataires de services sexuels tarifés. Une grosse partie du travail consiste à obtenir l'inscription des patients sur la liste d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de soins.

Statistiques

Trois types de proportion sont donnés dans ce rapport.

Les proportions par pays sont toutes des *proportions brutes*, tous sites d'enquête considérés (quel que soit le nombre de villes ou de programmes²³).

Des proportions totales ont été calculées et sont – pour la plupart d'entre elles et sauf indication contraire – des *proportions totales moyennes* (WAP pour *weighted average proportion*) entre tous les pays ; ce qui permet de corriger les différences d'effectifs entre les pays, qui comptent ainsi pour le même poids dans le total. Quand des différences importantes existent entre cette *proportion totale moyenne* (WAP) et la *proportion totale brute* (CAP pour *crude average proportion*), cette dernière (qui « écrase » la contribution des pays aux faibles effectifs) est parfois également donnée à titre d'information.

Effectifs enquêtés

Ce rapport se base sur l'analyse des données concernant 16 881 personnes, dont 1 703 mineurs et 285 femmes enceintes. On compte 43,7 % de femmes.

Pays	Nb de patients	% du total	Période d'enquête
BE (2 villes)	2 382	13,2	01/01/2013-31/12/2013
CH (1 ville)	237	1,3	03/01/2013-30/12/2013
DE (1 ville)	520	2,9	04/01/2013-27/12/2013
EL (5 villes)*	3 430	19,0	01/01/2013-31/12/2013
ES (11 villes)**	130	0,7	02/12/2013-26/12/2013
FR (2 villes)	9 002	49,7	01/01/2013-26/12/2013
NL (2 villes)	133	0,7	03/01/2013-19/12/2013
UK (1 ville)***	1 047	5,8	01/01/2013-20/12/2013
Total (25 villes)	16 881	100	

→ NOMBRE
DE PATIENTS ET
PÉRIODES D'ENQUÊTE
PAR PAYS

* En Grèce, dans au moins deux des cinq villes, une très faible proportion de patients ont été enregistrés dans la base de données (16 % des patients enregistrés au total).

**En Espagne, 105 dossiers concernent 3 semaines d'activité dans 10 des 11 villes et 25 cas ont été inclus au cours de l'année 2013 aux Canaries.

***A Londres, les consultations médicales ont été interrompues 5 mois du 14/05 au 21/10/2013.

21 En 2013, à Athènes, seuls environ 3 % des patients ont été inclus dans la base de données analysée dans ce rapport, à Thessalonique environ 13%, à Patras 50%, à Perama 57% et à Mytilène 91%.

22 A Tenerife, 25 questionnaires ont été passés tout au long de l'année 2013.

23 Dans un même pays, si un programme d'une ville voit 10 fois moins de patients qu'un autre programme dans une autre ville, il comptera pour 1/10^{ème} de l'autre.



Grèce, 2014

FOCUS SUR LA SITUATION DES FEMMES ENCEINTES

Au total, 285 femmes enceintes ont été vues en consultation (principalement en Belgique, en Allemagne et en France), représentant 6,2 % des consultant. L'âge moyen des femmes enceintes est de 27,6 ans. Parmi elles, 3,2 % sont mineures et la plus jeune est âgée de 14 ans. Concernant leurs conditions de logement, 52,5 % des femmes enceintes reçues en consultation vivent dans un logement instable ; un tiers (32,3 %) d'entre elles vivent dans des conditions qu'elles considèrent néfastes pour leur santé et 4,8 % sont sans domicile fixe. Leur immense majorité (89,1 %) vivent en dessous du seuil de pauvreté²⁴.

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Anthéa, femme grecque âgée de 34 ans, a été hospitalisée dans une maternité publique après la naissance de son enfant. Elle n'a ni couverture maladie ni revenu. Son mari et elle sont sans emploi. Elle nous a informés que le personnel de la clinique a refusé de délivrer le certificat de naissance « tant que la facture d'hospitalisation était impayée ». Cette action est contraire à la loi. MdM est intervenu afin de s'assurer que la famille allait recevoir le document, conformément à la loi qui assure le droit à tout enfant d'avoir une existence juridique.

MdM Grèce – Athènes – 2013

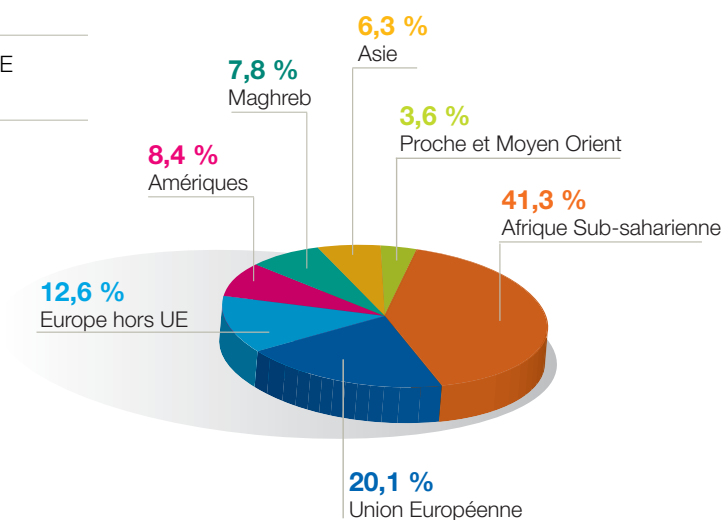
→ EFFECTIFS DES FEMMES ENCEINTES PAR PAYS ET PROPORTION PARMIS L'ENSEMBLE DES FEMMES

	Nb de femmes enceintes	% du total
BE	94	33,0
CH	6	2,1
DE	57	20,0
EL	17	6,0
ES	5	1,8
FR	65	22,8
NL	14	4,9
UK	27	9,5
Total	285	100,0

²⁴ Le seuil de pauvreté retenu est celui du pays d'enquête. Notons que les ressources indiquées par les personnes ne prennent pas en compte le nombre de personnes qui vivent avec elles : si nous le leur demandions, un taux encore plus élevé de personnes vivant sous le seuil de pauvreté apparaîtrait, et sans doute même, la totalité.

La quasi-totalité des femmes enceintes reçues (94,7 %) sont de nationalité étrangère, originaires principalement d'Afrique subsaharienne (41,3 %), de l'UE (20,1 %) et de pays européens hors UE (12,6 %).

→ ORIGINE GÉOGRAPHIQUE
DES FEMMES ENCEINTES



TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Adjoua, 28 ans, béninoise, est enceinte de trois mois quand elle se présente pour la première fois au CASO. Elle est alors en rupture d'hébergement et ne bénéficie d'aucun suivi de grossesse. Nous contactons le Samu Social afin qu'une chambre dans un hôtel lui soit attribuée. Durant sa grossesse, elle est hébergée dans deux hôtels différents, l'obligeant ainsi à changer de maternité. A la naissance de sa fille, elle réintègre sa chambre d'hôtel malgré un important problème d'humidité. En effet, les murs de la chambre sont recouverts de moisissure, de l'eau s'écoule et il est très difficile de respirer. Sa fille, âgée de trois semaines est hospitalisée en urgence durant une semaine. Une autre chambre d'hôtel ne leur est proposée que trois semaines après.

MdM France – Saint-Denis – Juin 2013

Elles sont 41,8 % à indiquer avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Parmi elles, 44,3 % vivent séparées d'un ou plusieurs de leurs enfants mineurs (38,5 % étant séparées de tous leurs enfants mineurs).

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Macire, âgée de 28 ans, est originaire du Kenya : « Je suis arrivée en Allemagne il y a un an. Je suis venue ici avec mes deux enfants (âgés de 7 et 3 ans) pour suivre mon ami qui est citoyen allemand. Peu après mon arrivée en Allemagne, j'ai réalisé que j'étais enceinte, je ne savais pas quoi faire avec cette grossesse : nos revenus étaient très faibles et je n'avais pas de couverture maladie. Malheureusement, nous n'avions pas les moyens de m'en payer une. Comme je ne travaille pas, je dois payer la totalité des contributions mensuelles. A open.med, j'ai eu ma première consultation et depuis, je reviens tous les mois pour la consultation femmes enceintes. Ils m'ont donné un livret avec toutes les informations sur ma grossesse. Actuellement, ils tentent de me trouver une assurance maladie abordable. Open.med m'a vraiment aidée à réaliser que je pouvais être mère à nouveau. Bien que l'avenir soit incertain, maintenant j'ai de l'espoir. J'espère que je vais obtenir ma propre assurance maladie avant la date d'accouchement. J'ai peur que la facture pour l'accouchement soit très élevée ».

MdM Allemagne – Munich – Janvier 2014

Il est important de souligner que 36,2 % des femmes enceintes déclarent un faible niveau de soutien moral et, parmi elles, près de 10 % en sont totalement privées²⁵. Ces femmes enceintes sont aussi isolées que les autres femmes de la population enquêtée.

L'analyse de la situation administrative des 285 femmes enceintes reçues en consultation montre que 63,7 % n'ont pas d'autorisation de séjour : parmi elles, 15,8 % sont des ressortissantes de l'UE et 47,9 % sont des citoyennes extracommunautaires.

25 Seules 94 femmes (un tiers) ont été interrogées sur le soutien moral.

→ SITUATION ADMINISTRATIVE DES FEMMES ENCEINTES

	n	%
N'a pas besoin de titre de séjour (nationaux)	16	6,0
<i>Pour les ressortissantes de l'UE</i>		
Pas autorisée à rester*	42	15,8
Pas besoin de titre de séjour (dans le pays depuis moins de 3 mois)	14	5,3
Autorisée à rester (ressources officielles suffisantes et couverture maladie valable)	6	2,3
<i>Pour les citoyennes hors UE</i>		
Sans autorisation de séjour	127	47,9
Demandeuse d'asile	20	7,5
Visa tourisme, court séjour, étudiant	16	6,0
Titre de séjour valide	14	5,3
Titre de séjour dans un autre pays européen	5	1,9
Visa de travail	3	1,1
Protection à titre humanitaire	2	0,8

* dans le pays depuis plus de 3 mois, sans ressources financières suffisantes et/ou sans couverture maladie

Elles sont 7,5 % à être en procédure de demande d'asile, 34 % sont ou ont été concernées à un moment ou un autre par une demande d'asile et, parmi elles, la moitié a été déboutée du droit d'asile.

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Lisa, originaire de Mongolie, est âgée de 33 ans. Elle vient d'être déboutée de sa demande d'asile et est maintenant considérée comme sans-papiers. Jusqu'à cette réponse négative, elle pouvait recevoir des soins dans le système de santé public. Après deux avortements médicamenteux qui ont échoué, elle se rend une troisième fois dans l'hôpital où ils ont été réalisés. Elle souffre de douleurs costales et de vomissements.

Chez le gynécologue, ils ne veulent pas la recevoir si elle ne paie pas plusieurs centaines d'euros. Lisa et son ami font appel à MdM qui les informe de la nouvelle loi pour les sans-papiers qui comprend le droit aux soins obstétricaux et à l'interruption de grossesse.

Deux semaines plus tard, l'ami de Lisa est retourné à l'hôpital avec les informations sur la nouvelle loi pour les sans-papiers. A l'accueil, personne ne connaissait cette loi. Finalement, Lisa a reçu une facture d'un montant de 45 euros pour la visite et la prise en charge de l'interruption de grossesse.

MdM Suède – Stockholm – 2013

En corollaire de leur situation administrative, **près d'une femme enceinte sur deux (45,1 %) limite ses déplacements de peur d'être arrêtée** : parfois (18,3 %), souvent (18,3 %) ou très souvent (8,5 %). Cela représente une barrière supplémentaire non négligeable dans l'accès au suivi de grossesse.

Quelle que soit leur situation administrative, **83,5 % des femmes enceintes reçues à MdM ne disposent d'aucune couverture maladie²⁶**, ce qui signifie qu'elles doivent payer leurs soins dans la plupart des pays (sauf par exemple en France où le suivi de grossesse peut être gratuit pour toutes les femmes quelles que soient leur couverture maladie et, théoriquement, leur situation administrative ; et en Espagne, où les femmes enceintes en situation irrégulière sont supposées être prises en charge pour les soins pré et postnataux, ainsi que l'accouchement, de la même façon que toutes les autres femmes).

→ PRISE EN CHARGE DES SOINS MÉDICAUX CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

	n	% chez les femmes enceintes
Aucune prise en charge/ doit tout payer	156	65,8
Accès seulement aux urgences	42	17,7
Droits ouverts dans un autre pays européen	15	6,3
A une couverture maladie totale	11	4,6
A une couverture maladie partielle	9	3,8
Accès soin par soin	4	1,7

²⁶ Nous cumulons les femmes sans aucune couverture maladie et celles qui ne peuvent aller qu'aux urgences, ce qui indique bien qu'elles n'ont pas accès aux soins et n'ont pas de couverture maladie.

2013/14		Total to be charged
		€
Non complex pregnancy (normal or assisted delivery without complications, up to 2 days stay, 2 scans, 4 outpatients appointments)		5,170
Complex pregnancy (normal or assisted delivery with complications, up to 5 days stay, 2 scans, 4 outpatients appointments)		9,233
Booking visit only - no scan		771
Out patients visit only - no scan		402
Per Scan		180
Less than 12 hours admission (non-delivery stay)		953
Less than 24 hours admission (non-delivery stay)		1,139
Non complex delivery - includes up to 3 nights stay		4,079
Complex delivery - includes up to 4 nights stay		8,135
Per night in addition to any of the above (delivery or non-delivery)		559
Caesarian delivery with complications - includes 4 nights stay		9,793

2013/14		Total to be charged
		€
Neonatal Intensive Care Unit - Level 1		2,478
Neonatal Intensive Care Unit - Level 2		1,559
Special Care Baby Unit		1,010

Devis de 4 930 à 11 720 euros pour accoucher à l'hôpital, MdM UK, Londres 2014.

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Nina, femme marocaine enceinte de 7 mois a demandé son permis de séjour en avril 2013. Elle s'est alors rendue à la sécurité sociale pour demander une carte d'assurance maladie. Sans numéro d'identification des étrangers (NIE) en cours de validité, sans travail et sans pouvoir s'inscrire en tant qu'ayant droit (elle n'est pas mariée), on lui a refusé sa carte sous prétexte que son permis de séjour avait été demandé après le 24 février 2012. Plus tard, le service administratif du centre de santé l'a de nouveau renvoyée au centre de sécurité sociale pour « régler le problème de la carte ». Un jour, Nina se sent mal et se rend aux urgences. Une médecin s'inquiète de sa situation. Ne sachant que faire, elle l'envoie à MdM. C'est là que Nina et la médecin apprennent que les femmes enceintes ont droit à un accès aux soins quelle que soit leur situation administrative. La médecin s'informe sur les procédures auprès de MdM et affirme qu'elle les transmettra au personnel de l'administration du centre. Nina peut alors présenter les documents requis et obtenir « l'assistance sanitaire pour situations spéciales ».

MdM Espagne – Castilla La Mancha – Juin 2013

Les femmes enceintes sont **65,8 % à ne pas avoir accès aux soins prénataux lorsqu'elles viennent dans nos centres de soins et**, selon les médecins, **42,8 % ont reçu des soins trop tardivement, c'est-à-dire après leur douzième semaine de grossesse.**

Quand elles se présentent en consultation médicale la première fois, **les médecins ont jugé que plus de 70 % des femmes enceintes nécessitaient des soins urgents (35,6 %) ou assez urgents (36,7 %).**

Le refus de donner des certificats de naissance aux bébés de femmes qui n'ont pas pu payer.

Les équipes de MdM assistent désormais à des refus de délivrance de certificats de naissance, en dépit du droit fondamental de tout être humain à avoir une reconnaissance de son existence. Des témoignages de Belgique et de Grèce démontrent la spirale infernale enclenchée par l'obsession du recouvrement des coûts, fût-elle en allant à l'encontre des droits fondamentaux.

Ainsi des enfants, parce qu'ils sont nés de parents trop pauvres pour payer l'accouchement, n'auraient aucune existence, en Europe ? Comment peut-on tolérer une telle dérive ? Nous demandons aux Institutions Européennes et aux gouvernements de garantir à chaque enfant une existence légale.

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Maritza, femme arménienne âgée de 33 ans, vit en Belgique depuis 7 ans. Au début, elle survivait en faisant des petits boulots. Mais elle a commencé à souffrir de problèmes psychiatriques (troubles anxieux). Sur la base de sa demande de séjour pour raisons médicales, elle a reçu une prestation minimale et l'aide médicale du Centre public d'aide sociale (CPAS) pendant quelques mois. Lorsque sa demande de séjour pour raisons médicales a finalement été rejetée, les aides se sont arrêtées. Maritza est venue au centre de MdM alors qu'elle était enceinte de six mois. Elle venait consulter pour le suivi de grossesse et pour l'accouchement, et a également demandé à voir un psychiatre, pour son anxiété. Elle devrait pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale Urgente spécifique pour les sans-papiers (AMU, accordée par le CPAS). Maritza, qui n'était plus en mesure de travailler et donc de se payer une chambre, a été hébergée par des compagnons arméniens. Le CPAS demande des déclarations écrites d'hébergement, une pièce d'identité et la preuve des revenus des hébergeants, qui sont toujours très réticents à fournir ce type de documents. Le CPAS a alors considéré qu'il s'agissait d'un refus de collaborer. La demande d'AMU a été rejetée, l'enquête sociale ne pouvant être effectuée. Pour le suivi prénatal, Maritza a pu être immédiatement référée à « Kind en Gezin » (Enfant et famille). Maritza a accouché au début du printemps. L'hôpital l'a admise, mais comme elle ne bénéficiait toujours pas de l'AMU, et malgré les 21 heures de travail, elle a été obligée de partir dès le lendemain de la naissance. En plus, l'hôpital a refusé de lui fournir le certificat de naissance, nécessaire pour la déclaration de l'enfant à la municipalité. L'intervention du service social de MdM a permis que ce certificat lui soit délivré.

MdM Belgique – Anvers – 2013



Consultation pédiatrique à MdM Espagne.

FOCUS SUR LA VACCINATION DES MINEURS

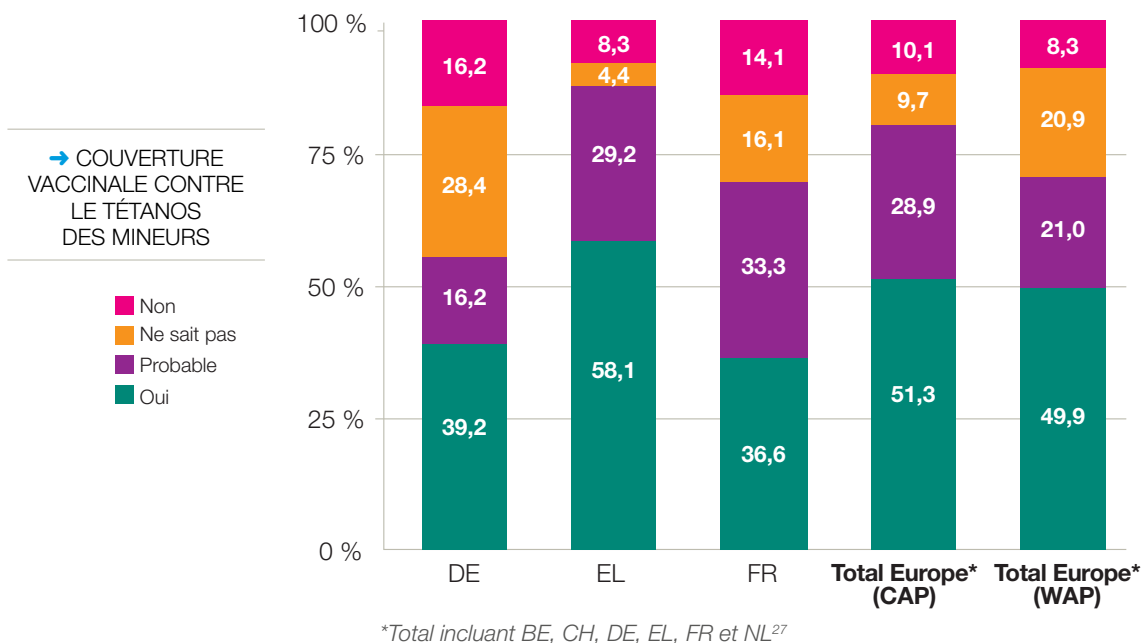
Au total, 1 703 patients mineurs ont consulté l'un des centres associés à l'enquête, soit 10,4 % des patients pour lesquels un âge est renseigné.

Dans les six pays européens pour lesquels nous avons des données sur les vaccinations, (l'Espagne ne reçoit pas de mineurs et à Londres la question n'a pas été posée), **seul un mineur sur deux est vacciné contre le tétanos** (49,9 % proportion totale moyenne). Au pire, seuls 36,6 % des enfants sont vaccinés contre le tétanos... Un tiers des mineurs ne sont certainement pas vaccinés ou ne le savent pas (ce qui revient au même en termes d'indication vaccinale formelle) et 21% le sont probablement mais sans certitude (ce qui nécessiterait également de les revacciner vue la gravité potentielle de la maladie).

→ EFFECTIFS DES MINEURS PAR PAYS

	Nombre de mineurs	% du total
BE	257	15,1
CH	23	1,4
DE	79	4,6
EL*	713	41,9
FR	608	35,7
NL	5	0,3
UK	40	2,3
Total	1703	100

* Seuls environ 13 % des enfants qui ont consulté dans les cinq polycliniques grecques ont été enregistrés dans la base de données analysée ici.



Soulignons que, pour autant, l'activité vaccinale (en interne) des programmes de MdM reste exceptionnelle : seuls les centres grecs et celui de Munich ont vacciné des enfants²⁸.

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, les taux sont moins bons encore : à l'exception de la Grèce (où 58,7 % des mineurs sont vaccinés), ils ne dépassent pas 35 % dans les autres pays où la question a été posée.

Rappelons que la plupart des pays européens ont suivi la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé²⁹(OMS) d'intégrer ce vaccin dans les programmes nationaux de vaccination. Dans ces pays, la couverture vaccinale en population générale atteint environ 93 %³⁰.

Concernant la vaccination contre la coqueluche ou par le vaccin Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR), les taux sont sensiblement les mêmes que pour l'hépatite B. Au mieux, un mineur sur deux est vacciné contre la coqueluche (au pire 33,3 %) et une même proportion est vaccinée par le ROR (au pire 25,7 %) quand, dans la plupart des pays d'enquête, les couvertures vaccinales contre la coqueluche et la rougeole à l'âge de 2 ans atteignent (et dépassent souvent) les 90 %³⁰.

TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

Anton, 5 ans, et sa famille ont quitté la Bulgarie en 2013. Ils ont emménagé à Munich. « Au début toute la famille avait une assurance maladie grâce à mon travail. Mais j'ai perdu mon travail et depuis nous n'avons plus de couverture maladie. Quand Anton a eu de la fièvre, nous l'avons amené pour la première fois à open.med. Nous étions aussi préoccupés par un problème de pigmentation de peau et ses mains gonflées » dit sa mère. L'équipe d'open.med lui a donné un rendez-vous avec un dermatologue. Le médecin a diagnostiqué une « dysmorphie génétique » et a prescrit un test génétique. Ni les parents ni MdM ne peuvent payer ce test, extrêmement coûteux. Le pédiatre de MdM a demandé le carnet de vaccination d'Anton, mais ses parents, qui n'avaient jamais vu un tel livret, ne pouvaient pas dire quels vaccins Anton avait déjà reçus. MdM les a également interrogés au sujet de leur couverture maladie en Bulgarie. Même si Anton pouvait obtenir des soins médicaux en Bulgarie, ses parents n'ont pas la carte européenne de couverture maladie. « J'espère qu'open.med va pouvoir nous aider à obtenir une couverture maladie en Allemagne pour pouvoir emmener Anton faire ce test génétique. »

MdM Allemagne – Munich – Janvier 2014

La connaissance des lieux de vaccination

Les patients interrogés sur la vaccination de leurs enfants ont aussi été questionnés sur leur connaissance des lieux de vaccination. Près de 40 % (39 %) ignorent où aller pour faire vacciner leur enfant. Après la Suisse (où pratiquement la totalité des personnes savent où aller se faire vacciner), c'est en France que les personnes étaient les mieux informées sur les lieux de vaccination.

²⁷ Pour la comparaison entre pays, nous ne retenons que ceux pour lesquels nous avons des réponses pour plus de 75 mineurs.

²⁸ Précisons que 5 596 enfants ont été vus dans les cinq polycliniques grecques où 5 327 vaccinations ont été effectuées. Nous n'avons dans la base de données qu'environ 13 % des enfants vus en Grèce. Sans compter les 7 654 enfants vus dans les antennes mobiles où 3 261 vaccinations ont été faites.

²⁹ De Franchis R, Marcellin P, et al. EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. *J Hepatol* 2003 ; 39: S3-25.

³⁰ OCDE. Programmes de vaccination des enfants. In : *Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Éditions OCDE, 2011. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-50-fr

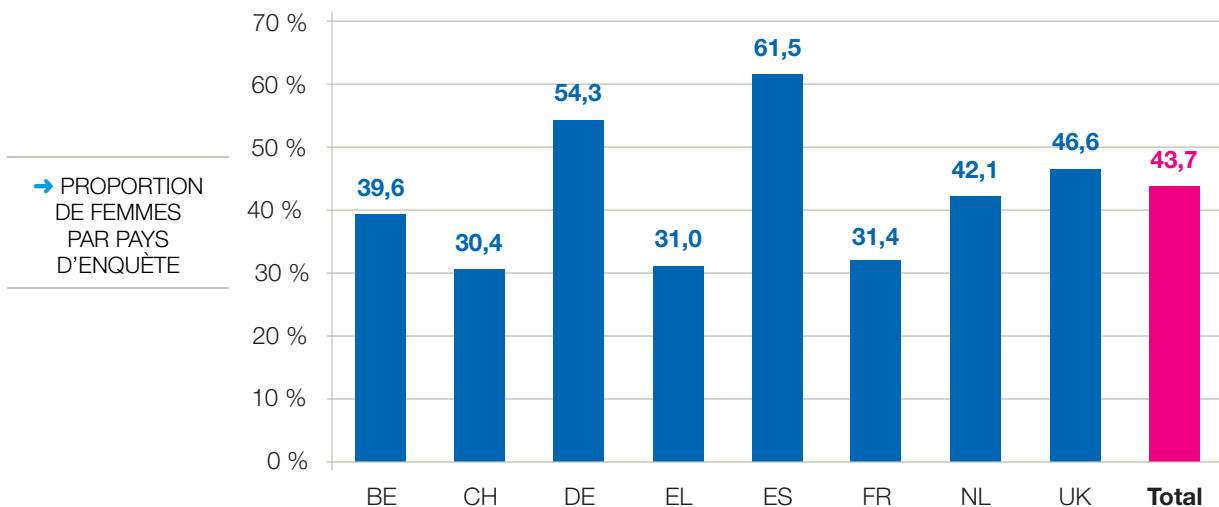


Centre d'accueil, de soins et d'orientation, Marseille, France, 2013.

LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Sexe et âge

Parmi l'ensemble des patients reçus en 2013 à MdM, 43,7 % sont des femmes.
L'âge moyen des patients reçus est de 33,1 ans (médiane = 32). La moitié des patients ont entre 24 et 42 ans.

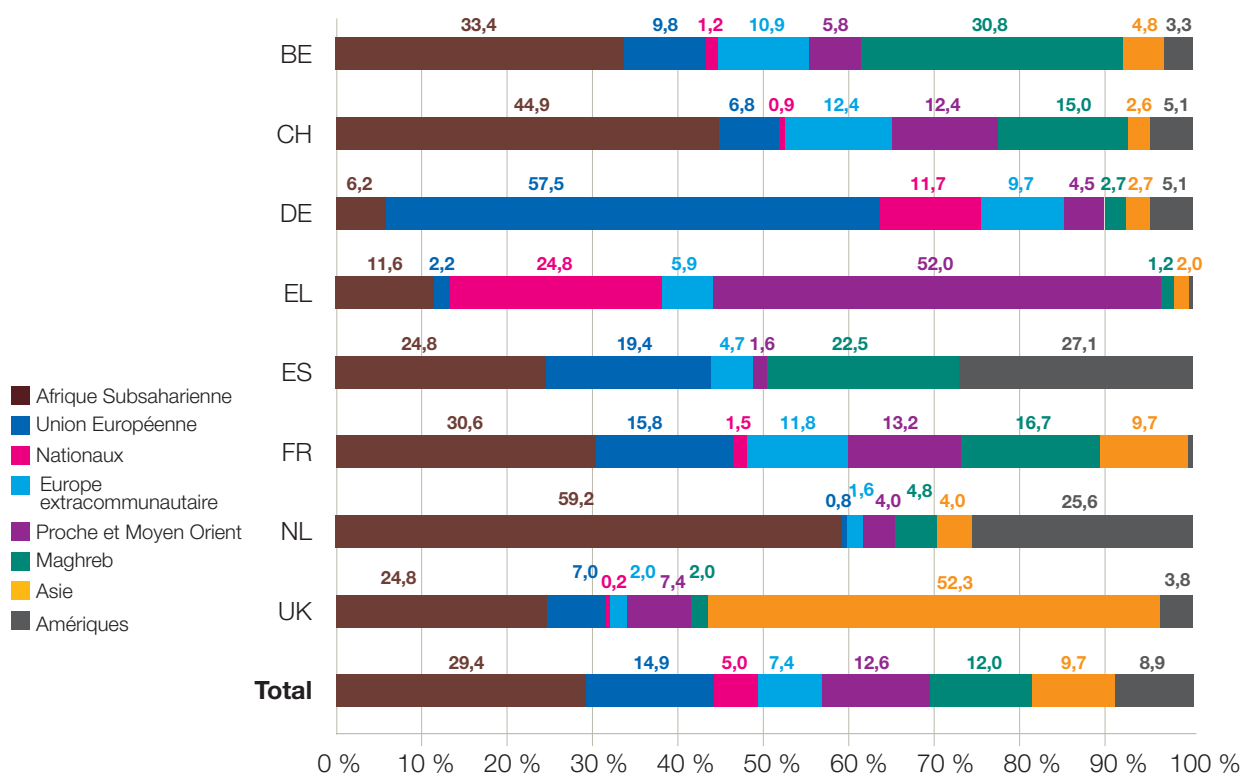


Nationalités et zones géographiques d'origine

La grande majorité des patients reçus dans les centres et programmes de MdM sont immigrés (95 %). Les régions d'origine des patients sont l'Afrique Sub-saharienne (29,4 %), l'Europe (UE : 14,9 % et hors UE : 7,4 %), le Proche et le Moyen Orient³¹ (12,6 %), le Maghreb (12,0 %), l'Asie (au sens large, 9,7 %), les Amériques (essentiellement l'Amérique latine : 8,9 %).

Les citoyens de l'Union Européenne arrivent donc en deuxième position.

→ RÉGIONS DU MONDE D'ORIGINE DES PATIENTS PAR PAYS D'ENQUÊTE



En **France**, dans le centre de Saint-Denis, les trois nationalités les plus fréquemment rencontrées sont les Roumains, les Pakistanais et les Indiens ; à Nice, il s'agit essentiellement de ressortissants du Maghreb et d'Afrique subsaharienne.

En **Belgique**, les personnes fréquentant les centres de MdM sont majoritairement originaires du Maroc, de la Guinée et de la République démocratique du Congo.

Aux **Pays-Bas**, les Nigériens et les Ghanéens sont plus nombreux que les Surinamiens.

A **Londres**, les ressortissants du sous-continent indien (Bangladesh et Inde) restent les plus nombreux, suivis par les Philippins.

A **Munich**, les Bulgares sont les plus nombreux suivis par les Allemands et les Roumains.

En **Grèce**, les patients les plus nombreux sont Afghans, suivis par les Grecs et les Syriens qui apparaissent fortement cette année (10^{ème} nationalité l'an passé).

³¹ Pour ce rapport, le terme « Moyen Orient » comprend l'Afghanistan, les Emirats arabes unis, l'Egypte, l'Iran, l'Irak, le Kazakhstan, le Koweït, le Kurdistan, la Jordanie, le Liban, le Pakistan, la Palestine, la Syrie et le Yémen.

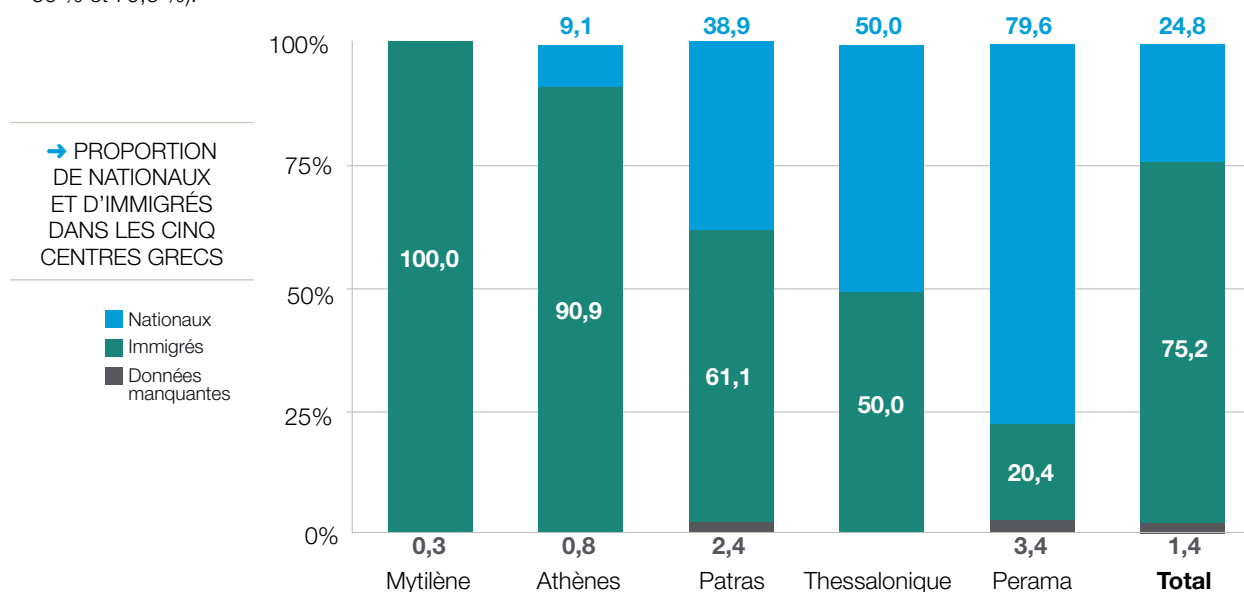
→ DIX PREMIÈRES NATIONALITÉS LES PLUS FRÉQUEMMENT RELEVÉES, PAR PAYS

Belgique	Suisse	Allemagne	Grèce	Espagne	France	Pays-Bas	Royaume-Uni
Maroc (545)	Nigeria (26)	Bulgarie (190)	Afghanistan (1151)	Maroc (24)	Roumanie (1031)	Nigeria (35)	Bangladesh (165)
Guinée (137)	Érythrée (17)	Allemagne (60)	Grèce (838)	Roumanie (19)	Pakistan (873)	Ghana (22)	Inde (117)
RD Congo (137)	Afghanistan (15)	Roumanie (59)	Syrie (530)	Nigeria (8)	Inde (575)	Surinam (13)	Philippine (108)
Algérie (123)	Algérie (14)	Serbie (22)	Albanie (173)	Cuba (6)	Tunisie (514)	Brésil (5)	Ouganda (99)
Cameroun (113)	Maroc (13)	Pologne (14)	Somalie (170)	Guinée (6)	Cote d'Ivoire (512)	Colombie (3)	Chine (76)
Nigeria (65)	Gambie (10)	Hongrie (10)	Soudan (64)	Sénégal (5)	Mali (470)	Égypte (3)	Nigeria (63)
Roumanie (63)	Guinée-Bissau (8)	Mongolie (10)	Bangladesh (59)	Honduras (4)	Maroc (417)	Équateur (3)	Vietnam (43)
Afghanistan (62)	Géorgie (6)	Afghanistan (8)	Érythrée (57)	Nicaragua (4)	Algérie (370)		Roumanie (39)
Sénégal (62)	Portugal (6)	Croatie (8)	Bulgarie (52)	Venezuela (4)	Moldavie (351)	-	Pakistan (30)
Bulgarie (46)	Tunisie (6)	Irak (8)	Pakistan (51)		Cap vert (254)		Afghanistan (28)

La proportion de patients originaires du Proche et du Moyen-Orient³² s'est considérablement accrue entre 2012 et 2013, en lien avec les troubles politiques dans cette région du monde. Elle atteint, en 2013, 30,8 % en Belgique, 22,5 % en Espagne, 16,7 % en France et 15,0 % en Suisse. En Grèce, les Syriens constituent, en 2013, la troisième nationalité la plus fréquente (15,5 %).

En France, l'inclusion d'un second centre (Saint-Denis en région parisienne), en plus de celui de Nice, explique l'inversion du rapport Maghrébins/Africains subsahariens entre 2012 et 2013. En effet, en 2012, on comptait 36 % de Maghrébins contre 19,9 % d'Africains subsahariens à Nice. Cette année, le cumul des deux centres conduit à ce que les Africains subsahariens soient les plus nombreux (31 %), loin devant les Maghrébins (17 %).

En Grèce, la proportion de nationaux reste la plus importante parmi tous les pays de l'enquête : un quart des patients vus en Grèce sont des Grecs. Cette diminution apparente entre 2012 (où on comptait la moitié de patients grecs) et 2013 s'explique par la participation à l'enquête d'un nouveau centre exclusivement fréquenté par des immigrés (Mytilène ouvert en 2013). A Thessalonique³³ et à Perama, la majorité des patients vus en consultation sont toujours des nationaux (respectivement 50 % et 79,6 %).



32 Cela comprend AF, EG, IQ, IR, PS, SY, YE.

33 Seuls 13 % des patients vus à Thessalonique ont été enregistrés dans la base de données et 57 % pour Perama, ce qui explique largement la baisse de la proportion des grecs dans la population reçue.

Durées de séjour des étrangers dans le pays d'enquête

Pour les patients non nationaux, la dernière date d'entrée dans le pays d'enquête permet dans certains pays de déterminer leur situation administrative vis-à-vis de l'accès aux soins. En moyenne, ils résident dans le pays depuis près de 3 ans (32,5 mois) ; 50 % d'entre eux sont là depuis 4 mois à 3 ans. Les anciennetés d'installation sont notoirement plus longues en Espagne et à Londres (moyenne = 64 mois, soit un peu plus de 5 ans), aux Pays-Bas (moyenne = 87,8 mois, soit un peu plus de 7 ans) et en Belgique (moyenne = 40,8 mois, soit près de 3,5 ans) que dans les autres pays (où les moyennes tournent autour d'une vingtaine de mois).

Cela démontre à nouveau combien la migration pour soins est un mythe puisque les patients vus ne consultent qu'après de longues périodes passées sur le territoire européen.

Raisons de migration

Comme chaque année, les migrants ont été interrogés sur les raisons qui ont motivé leur choix de migrer (sauf en Belgique et en France). Plusieurs réponses étaient possibles.

→ RAISONS DE MIGRATION PAR PAYS

	CH	DE	EL	ES	NL	UK	Total (CAP)	Total (WAP)
Pour des raisons économiques, ne pouvait pas gagner sa vie dans son pays	28,2	65,9	69,9	60,0	41,9	38,1	48,1	47,2
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle	23,6	4,6	40,2	4,8	31,0	28,5	23,7	24,2
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	18,2	31,8	3,8	22,4	14,0	10,7	15,2	14,6
A cause de conflits familiaux	10,0	3,5	2,9	5,6	13,2	7,2	6,7	8,5
Pour fuir la guerre	16,4	5,8	8,4	5,6	6,2	4,7	6,0	6,9
Pour assurer l'avenir de vos enfants	0,0	4,6	2,1	10,4	2,3	2,1	3,1	3,9
Pour faire des études	1,8	3,5	0,8	1,6	1,6	4,9	3,6	2,6
Pour des raisons personnelles de santé	3,6	4,1	2,5	6,4	0,8	0,9	2,3	3,0
Autre	9,1	11,3	2,5	4,0	2,3	15,6	11,2	7,8
Total*	110,9	135,0	133,1	120,8	113,2	112,8	119,9	118,8
Taux de réponse	46,8	94,3	9,2	96,2	97,0	95,0		

* Plusieurs réponses possibles - En France la question n'a pas été posée, en Belgique, elle devait l'être pour un patient sur sept, en Grèce le taux de réponse (9,2 %) est très faible.

Comme en 2012, les raisons les plus fréquentes parmi celles exprimées sont – et de loin – des raisons économiques (48,1 %), politiques (en tout, 23,7 % + 6,0 % « pour fuir la guerre ») et familiales (soit pour un regroupement familial : 15,2 %, soit pour fuir des conflits familiaux : 6,7 %)³⁴.

Les raisons de santé sont extrêmement rares (2,3 %, du même ordre de grandeur que ce qui était observé en 2008 et en 2012³⁵). Dans des pays où l'accès aux soins est particulièrement difficile pour les personnes en situation précaire de séjour (Allemagne et Suisse), les raisons de migration pour raisons de santé, toujours infimes, sont parmi les plus fréquentes³⁶ (respectivement 4,1 % et 3,6 %). Londres ne comptabilise que 0,9 % de personnes citant des raisons de santé, ce qui démontre une fois de plus combien les discours contre les migrants qui viendraient soi-disant profiter du système de santé britannique sont infondés.

TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

Victor, 56 ans est roumain : « Je suis né en 1958 et j'ai grandi à B., Roumanie. J'étais marié et j'avais deux enfants. Parce que dans mon pays, je n'étais plus en mesure de trouver un emploi, j'ai décidé de venir en Allemagne pour travailler. Je suis arrivé en mai 2008 et j'ai trouvé du travail dans le bâtiment. J'ai travaillé tous les jours pendant plusieurs heures, mais je ne savais pas que mon employeur était légalement tenu de payer mon assurance maladie. En 2012, j'ai eu souvent des douleurs musculaires. J'ai donc décidé de me rendre à MdM. Peu de temps après, la douleur s'est amplifiée surtout dans ma jambe. J'ai pourtant continué à aller travailler, c'était difficile parce j'étais très fatigué physiquement. En mai 2013, je suis retourné à open.med. Le médecin m'a dit qu'il s'agissait d'une urgence et m'a envoyé à l'hôpital. On m'a diagnostiqué une hernie discale lombaire et j'ai été opéré immédiatement. Après 11 jours passés à l'hôpital, je redoutais le montant de la facture : 4000 euros. J'ai demandé de l'aide à MdM. Ils ont parlé avec plusieurs institutions sociales et m'ont envoyé vers un organisme qui aide les gens (Caritas). J'ai été très soulagé d'apprendre que je n'aurais pas à payer les coûts de l'opération. Le médecin de l'hôpital m'a dit que normalement après la chirurgie, les patients doivent faire des séances de physiothérapie. Sans assurance, ce n'était pas une possibilité pour moi. Heureusement, open.med a pu organiser quelques séances de physiothérapie durant lesquelles j'ai appris des exercices à pratiquer à la maison, et lentement j'ai commencé à récupérer ».

MdM Allemagne – Munich – Janvier 2014

34 Il s'agit là de proportions moyennes brutes (CAP) (afin de pouvoir comparer avec les données de 2012).

35 En 2008 et en 2012, ce sont respectivement 6 % et 1,6 % des enquêtés qui déclarent la santé comme une des raisons de migration.

36 Nous ne tenons pas compte du chiffre en Espagne où la migration est la plus ancienne parmi les patients vus en 2013, ce qui veut dire que les immigrés de plus longue date pouvaient à l'époque accéder aux soins ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, s'ils sont sans papiers.



Bidonvilles en France, 2013.

LES CONDITIONS DE VIE

Conditions de logement

Au total, dans les sept pays ayant posé la question, 62,4 % des patients vivent dans un logement instable ou temporaire³⁷ (particulièrement fréquent en Suisse et aux Pays-Bas).

Un tiers (34,8 %) des personnes interrogées jugent que leur logement est néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants.

C'est à Munich et à Londres que les logements semblent les moins néfastes.

Parmi les patients reçus par les programmes de MdM, 11 % sont sans domicile fixe (20 % des hommes) et 7 % sont hébergés par un organisme ou une association (15 % des femmes), tandis que 5 % habitent un bidonville et 3 % un squat.

TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

Christian, 47 ans, belge, a vécu un an dans les rues de Bruxelles. Il est atteint d'un diabète de type I de forme sévère. « Comment je me suis soigné à la rue ? Je faisais mes pansements moi-même dans les toilettes pour handicapés car il y a de la place. Je pouvais m'asseoir, enlever les pansements et en remettre des nouveaux, ou bien nettoyer le premier. Je le faisais sécher au séchoir à mains. Mon sucre était stable. Quand tu n'as rien à manger ou que tu manges moins qu'avant, ton sucre se porte bien. Ma glycémie était parfaite, rien à redire, et je faisais rien pour ça, pour une fois (rires). Pour la santé, MdM m'a écouté et m'a soutenu. Un jour, je suis allé à l'hôpital, j'ai fait un malaise à cause de mon diabète et de ma douleur aux pieds. J'avais déjà une dette de 250 euros. Quand j'y suis allé, on m'a mis dehors et j'ai marché, marché pour faire passer la douleur, toute la nuit. »

MdM Belgique – Bruxelles – Janvier 2014

Situation administrative

Une majorité (56,5 %) des personnes reçues dans les centres de MdM n'ont pas d'autorisation de séjour : 48,6 % sont des citoyens extra-européens et 7,9 % sont des ressortissants de l'UE (présents depuis plus de trois mois, sans ressources officielles suffisantes et/ou couverture maladie valide) ; il s'agit principalement de Roumains, de Bulgares de Polonais et de Slovaques mais on compte aussi des Hollandais, Espagnols, Portugais, Italiens, etc.

³⁷ La question n'a pas été posée en Grèce. Ici, la notion de logement instable est donnée par les patients lorsqu'ils ne peuvent pas être sûrs de s'y maintenir, c'est leur propre perception de la précarité de leur logement qui importe.

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total
Sans autorisation de séjour	63,2	15,4	8,5	23,8	53,5	67,8	90,2	61,5	48,6
R ressortissant UE non autorisé à rester ¹	15,9	2,1	30,9	2,4	8,5	5,7	2,3	1,1	7,9
<i>Total sans autorisation de séjour</i>	<i>79,1</i>	<i>17,5</i>	<i>39,4</i>	<i>26,2</i>	<i>62,0</i>	<i>71,9</i>	<i>92,4</i>	<i>62,7</i>	<i>56,5</i>
N'a pas besoin de titre de séjour (ressortissants nationaux) ²	1,8	0,9	12,4	47,1	3,1	5,1	0,8	0,5	8,8
Demandeur d'asile (demande ou recours en cours)	6,3	69,7	3,0	13,0	1,6	7,5	5,3	16,7	15,5
Titre de séjour valide	3,5	7,3	4,7	5,6	19,4	5,7	0,8	2,3	6,2
R ressortissant UE présent depuis moins de 3 mois (pas besoin de titre de séjour)	2,3	1,3	20,1	2,8	1,6	2,5	0,0	0,7	3,9
Visa de tous types ³	2,5	1,3	10,2	0,4	5,4	2,5	0,0	6,2	3,6
R ressortissant UE autorisé à rester ⁴	1,8	0,9	6,5	4,3	6,2	1,1	0,0	1,8	2,8
Titre de séjour dans un autre pays européen	1,8	0,4	1,8	0,0	0,0	2,2	0,0	0,1	0,8
Situations spécifiques donnant un droit au séjour	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,7
Protection subsidiaire / humanitaire	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
<i>Total avec autorisation de séjour</i>	<i>20,1</i>	<i>81,6</i>	<i>60,4</i>	<i>73,2</i>	<i>37,2</i>	<i>28,1</i>	<i>6,8</i>	<i>33,1</i>	<i>42,5</i>
Ne sait pas	0,8	0,9	0,2	0,6	0,8	0,0	0,8	4,2	1,0
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Données manquantes	6,5	1,3	5,4	86,5 ⁵	0,8	28,7	0,8	7,4	
Nb répondants	2227	234	492	463	129	6057	132	969	

¹Sans ressources suffisantes et/ou assurance maladie.

² Les mineurs étrangers en France et en Grèce n'ont pas à détenir de carte de séjour et font donc partie de cette catégorie.

³ Tourisme, court séjour, étudiant, travail.

⁴ Ressources suffisantes et une assurance maladie valable.

⁵ Il y a trop de données manquantes en Grèce pour les analyser.

En Allemagne, 30,9 % des patients sont des ressortissants de l'UE non autorisés à rester faute de ressources suffisantes ou d'assurance maladie valable (contre 7,9 % en moyenne dans les autres pays), 20,1 % des patients sont des ressortissants européens arrivés depuis moins de trois mois (contre moins de 3 % dans les autres pays) et 6,5 % des ressortissants européens autorisés à rester. C'est dans ce pays que les ressortissants européens (hors nationaux) sont de loin les plus nombreux.

En Espagne, 19,4 % des patients sont des ressortissants extra-européens avec un titre de séjour valide (contre moins de 7 % dans les autres pays), une conséquence du chômage de masse et des difficultés économiques du pays (qui ont touché en premier les immigrés).

En Suisse, la grande majorité des patients sont des demandeurs d'asile (69,7 %), contrairement aux autres pays (ils sont 16,7 % à Londres et moins de 10 % dans les autres pays). En effet, un des deux programmes est destiné aux requérants d'asile hébergés dans trois structures d'accueil du canton de Neuchâtel et compte pour 68 % du total des patients.

A Londres, 61,5 % des consultants sont des étrangers sans autorisation de séjour et 16,7 % des demandeurs d'asile.

TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

Muenda, 35 ans, Ougandais, a fui au Kenya en 2005. Impliqué dans le soutien d'un parti politique d'opposition et craignant pour sa vie, il a demandé l'asile au Kenya, mais a été renvoyé en Ouganda puis mis en prison. Il a finalement réussi à s'échapper et à rejoindre le Royaume-Uni. En 2011, il est tombé malade. « J'avais eu un problème quand j'étais en prison en Ouganda, une prostatite chronique. Ici, je n'avais pas d'argent pour voir un médecin privé. Je suis donc allé à l'hôpital, j'allais mal, j'étais faible, j'arrivais à peine à marcher. Quand je suis arrivé, ils m'ont demandé le nom de mon généraliste... et m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider : ils m'ont seulement donné du paracétamol. J'ai alors emprunté de l'argent à mon ami. Avec l'argent, j'ai vu un médecin privé, qui m'a renvoyé à l'hôpital pour un scanner de la prostate, du foie, des reins et de la vessie ainsi qu'un test sanguin. Le coût total des tests s'élevait à environ 454 euros mais je n'avais pas assez d'argent. J'ai demandé au médecin de supprimer un test. J'ai eu une infection et j'ai dû aller à l'hôpital. Puis le médecin privé m'a prescrit des médicaments que je n'ai pas pu payer. Vivre sans les médicaments, en sachant que j'avais une ordonnance qui me permettrait de me sentir mieux était comme un enfer vivant. En 2012, je suis allé à MdM. Je perdais du sang et j'avais maigri. Le médecin de MdM m'a donné une ordonnance et des médicaments gratuitement. Je me suis senti beaucoup mieux. J'ai pris le médicament pendant 21 jours. L'infection s'était propagée. MdM a mis un an à m'inscrire chez un médecin généraliste, après deux refus... Mon père et mon frère sont morts et je n'ai pas pu aller aux enterrements. Quand ils m'ont renvoyé des urgences, alors que j'allais si mal, c'était comme s'ils m'avaient dit, va-t'en et meurs ».

MdM Royaume-Uni – Londres – Septembre 2013

En Grèce, un quart des patients sont grecs³⁸.

Au total, dans les six pays où la question a été posée avec une fréquence suffisante³⁹, 38,0% des patients sont ou ont été concernés par une demande d'asile.

Seuls une infime minorité des demandeurs d'asile ont obtenu le statut de réfugiés (entre 2,1 % et 4,1 % selon qu'on estime une proportion moyenne brute ou pondérée) tandis que 4 sur 10 ont d'ores et déjà été déboutés (43,9 %).

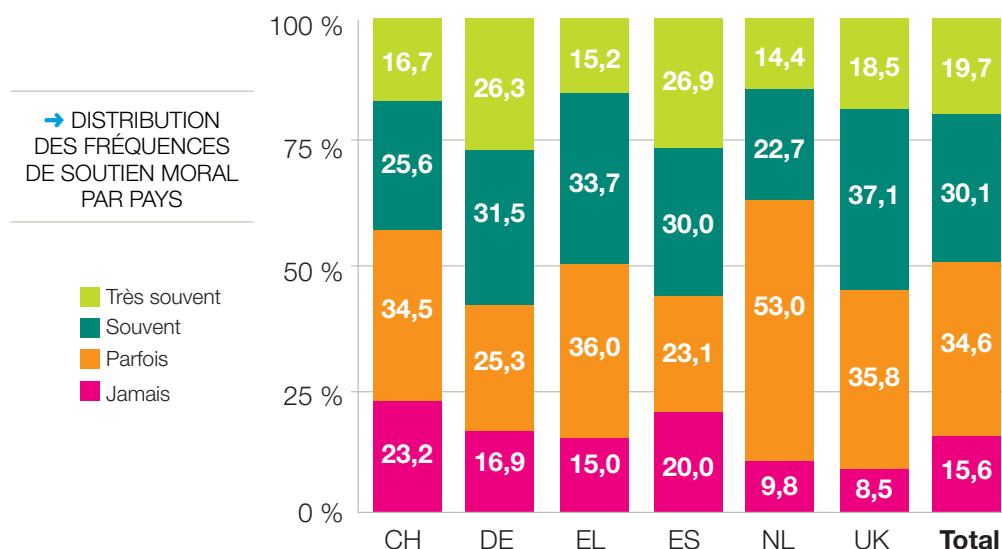
Activité et revenus

Une petite majorité de personnes rencontrées dans les centres de MdM sont sans autorisation de séjour et donc sans autorisation de travailler. Il n'est donc pas étonnant que seuls 21 % des consultants indiquent exercer une activité pour gagner leur vie.

La quasi-totalité (93 %) des personnes interrogées vivent sous le seuil de pauvreté⁴⁰ (en moyenne sur les trois derniers mois, toutes sources de revenus confondues).

Soutien moral

Lorsque la question du soutien moral a été posée⁴¹, 15,6 % des patients répondent ne jamais pouvoir compter sur quelqu'un pour les soutenir moralement ou les reconforter en cas de besoin. Un tiers (34,6 %) ne peuvent que parfois compter sur quelqu'un. Au total une personne sur deux ne peut que rarement ou jamais compter sur de l'aide en cas de besoin.



Dans tous les pays (sauf à Londres), les hommes sont significativement plus isolés que les femmes. Globalement, 56,9 % des hommes n'ont que parfois voire jamais un tel soutien, contre 41,3 % des femmes ($p < 10^{-6}$).

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Hélène, belge « Pour m'en sortir, j'acceptais plusieurs petits boulots et il m'arrivait de travailler jusqu'à 15 heures par jour. Je m'endormais d'épuisement au travail. J'ai commencé à perdre mes forces... J'ai eu des gros problèmes de santé et j'ai dû petit à petit arrêter de travailler. J'ai dû gaspiller toutes mes économies pour survivre. J'étais tellement épuisée que je n'avais même plus les ressorts pour faire les démarches nécessaires... Heureusement j'ai rencontré quelqu'un qui m'a aidée à recréer un tissu social, administratif et médical. Cette personne m'a aidée à trouver l'aide à laquelle j'avais droit. Moi, je n'avais plus l'énergie de m'informer, de demander, le chômage, la mutuelle tout ça ... »

MdM Belgique – Bruxelles – Janvier 2014

38 Rappelons encore que seuls 13 % et 57 % des patients ont été enregistrés dans les deux polycliniques qui reçoivent le plus de Grecs, ce qui baisse considérablement le taux.

39 Les taux de réponse en Allemagne (DE=14,0 %) et en Grèce (EL=4,6 %) empêchent une exploitation spécifique mais les données ont été comptées dans les totaux.

40 Nous ne calculons pas le nombre de personnes vivant avec les ressources financières de la personne interrogée : si nous le faisons, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est encore beaucoup plus élevé, voire représente la quasi-totalité des patients reçus par MdM.

41 La question n'a pas été posée en Belgique et en France. Le taux de réponse en Grèce est très faible : 14,3 %.



Patient après une attaque xénophobe, Grèce 2013.

LES VIOLENCES SUBIES

De nombreuses études montrent l'utilité de dépister les antécédents de violence chez les populations migrantes, compte-tenu de leur fréquence⁴² et l'importance de leurs conséquences pour la santé mentale et somatique des victimes, y compris à long terme, des années après l'épisode.

Dans un contexte où la stigmatisation de l'« étranger » constitue l'un des freins principaux à une meilleure prise en compte des exilés fuyant la torture et les violences politiques⁴³, mais aussi lorsque l'on connaît les pays d'origine et les conditions des voyages migratoires, il faut savoir écouter les antécédents de violence vécue. Sinon, on prend le risque de passer à côté de troubles psychologiques (dépression, syndromes post-traumatiques⁴⁴), d'infections sexuellement transmissibles, de mutilations génitales féminines mais aussi, évidemment et si souvent, de violences familiales.

En 2013, 76,3 % des personnes interrogées à ce sujet ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de violence. En fait, la grande majorité des personnes interrogées sur les violences l'ont été en Grèce et – en conséquence – près de 80 % des cas rapportés proviennent de patients vus dans les programmes grecs.

Les immigrés du Proche et du Moyen-Orient sont très nettement surreprésentés parmi les victimes de violence : 72 % des victimes d'au moins une forme de violence viennent de cette région⁴⁵ contre 3,6 % de l'ensemble des patients venant des autres régions.

Les demandeurs d'asile sont – comme on pouvait s'y attendre – surreprésentés parmi les victimes de violence (24,1 % versus 15,5 % dans la population totale, $p < 0.001$).

42 Baker R. Psychological consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu M, ed. *Torture and its consequences*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 83-106.

43 Collectif. *Soigner les victimes de torture exilées en France. Livre blanc*. Paris, Centre Primo Levi, mai 2012, p.9.

44 Loutan L, Berens de Haan D, Subilia L. La santé des demandeurs d'asile : du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques. *Bull Soc Pathol Exotique* 1997; 90: 233-7. Vannotti M, Bodenmann P. Migration et violence. *Med Hyg* 2003; 61: 2034-8.

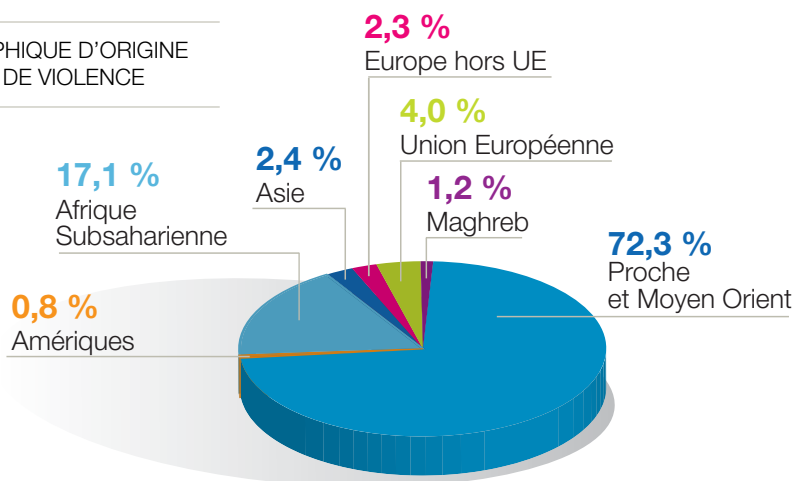
45 Il s'agit d'Afghans (65,5 %), de Syriens (29,9 %), d'Iraqiens (0,8 %), d'Iraniens (0,5 %), de Palestiniens (0,5 %), d'Égyptiens (0,1 %) et de Yéménites (0,1 %).

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Aicha, femme camerounaise de 35 ans, sans-papiers, se présente à la permanence du Réseau Santé Migrations pour des problèmes dentaires, gynécologiques et des douleurs au niveau du ventre. Après deux semaines d'exams, elle apprend qu'elle est enceinte et séropositive. Le père de l'enfant ne veut plus d'elle, sa sœur la met à la porte, elle se retrouve donc sans logement et sans ressources. Nous l'accompagnons au Centre d'aide aux victimes d'infractions. Suite à de longues discussions, elle explique avoir été victime de la traite d'êtres humains et avoir été séquestrée dans une chambre durant quatre mois. Elle a pu s'enfuir grâce à l'aide d'un client. Dans l'urgence, elle est accueillie dans un foyer et décide d'entamer une démarche de dépôt de plainte pénale. Les services sociaux de la ville prennent alors en charge ses traitements et son hébergement. Elle a un suivi à l'hôpital pour sa grossesse et est mise sous traitement antirétroviral. Elle a également été orientée vers un psychiatre pour un soutien psychologique.

MdM Suisse – Neuchâtel – Septembre 2013

→ ZONE GÉOGRAPHIQUE D'ORIGINE DES VICTIMES DE VIOLENCE



Les violences les plus fréquemment rapportées sont d'avoir vécu dans un pays en guerre (cité par 77,3 % des hommes interrogés et 42,4 % des femmes) et la faim (47,0 % des hommes et 26,8 % des femmes).

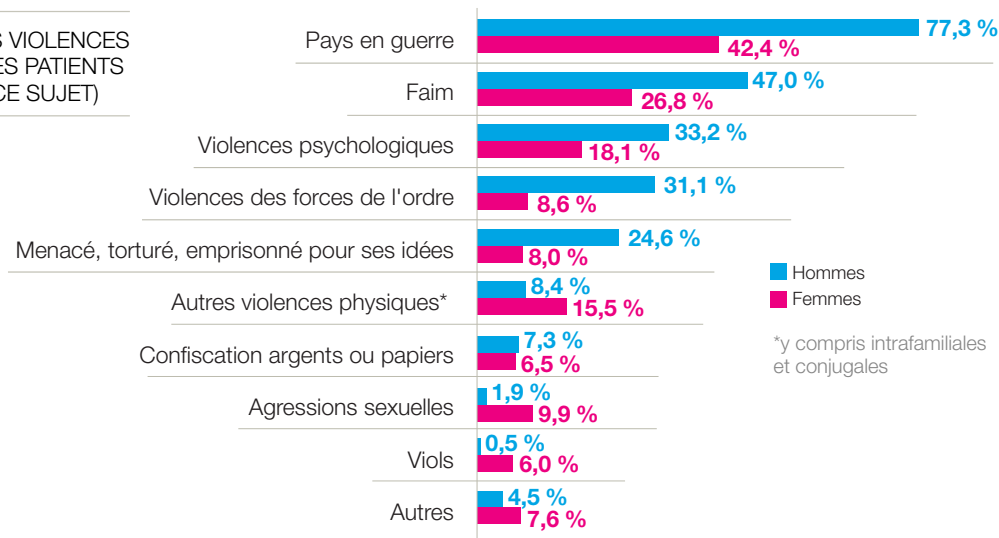
Entre un quart et un tiers des hommes interrogés sur les violences rapportent des violences des forces de l'ordre, des violences psychologiques et/ou avoir été menacé, torturé ou emprisonné pour leurs idées. Près d'une femme sur cinq rapporte des violences psychologiques.

Les agressions sexuelles sont rapportées par 10 % des femmes (contre 2 % des hommes) et les viols par 6 % des femmes. Les plus jeunes sont des enfants de 8 ans.

Un tiers des agressions sexuelles ou des viols concernent des hommes.

Les victimes (des deux sexes confondus) ne proviennent pas des mêmes zones géographiques que les victimes des violences en général. L'Afrique subsaharienne (38,5 %), le Proche et le Moyen-Orient (25,3 %) et l'Europe – extra ou intracommunautaire confondue – (22 %) sont les trois principales zones géographiques de provenance des cas d'agressions sexuelles et de viols alors que le Proche et le Moyen-Orient concentrent à eux seuls 72 % des cas de violence en général.

→ FRÉQUENCE DES VIOLENCES PAR SEXE (CHEZ LES PATIENTS INTERROGÉS À CE SUJET)





Séance de prévention des mutilations génitales féminines à MdM Espagne.

Les violences vécues ne sont pas exceptionnelles après l'arrivée dans le pays de l'enquête : près de 20 % des expériences de viols, d'agressions sexuelles, d'autres agressions physiques ou de confiscation d'argent ou de papiers sont rapportées depuis l'arrivée dans le pays d'enquête. Un quart des personnes ayant souffert de la faim en ont souffert dans le pays hôte.

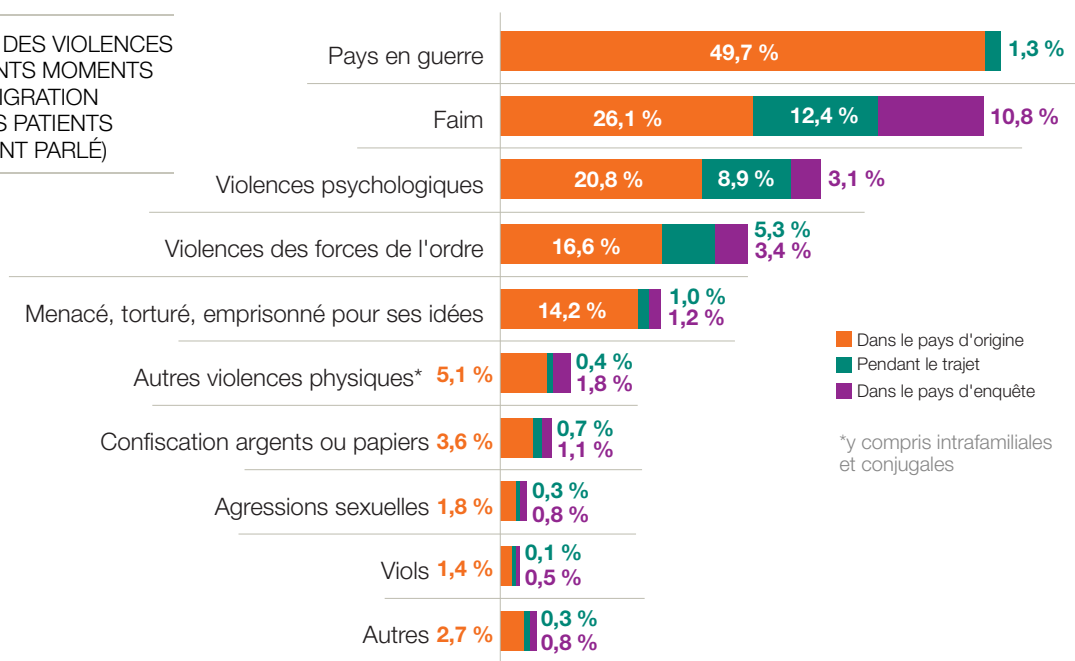
Au total, dans le pays d'accueil, 11 % des personnes interrogées à ce sujet ont souffert de la faim, 3 % de violences des forces de l'ordre et 3 % de violences psychologiques.

TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

Shaid est un immigré iranien qui a été attaqué sur la place Metaxourgiou à Athènes. « Je marchais dans la rue tout en parlant au téléphone, lorsque trois hommes habillés en noir m'ont attaqué. Ils m'ont battu. Puis, l'un d'eux m'a immobilisé par le cou avec son bras et m'a arraché l'oreille avec les dents. Je saignais, mon oreille est tombée. Je ne m'en suis pas rendu compte. Un ami m'a vu et est venu me relever. Il a trouvé mon oreille amputée et m'a emmené à l'hôpital. Ils ont tenté de recoller mon oreille, mais ça n'a pas marché, alors ils l'ont amputée. L'hôpital m'a fait sortir deux semaines plus tard. Je me suis rendu à Médecins du monde pour qu'ils m'aident à changer mes pansements. Je souhaite dire aux migrants qui quittent leur pays que c'est peut-être mieux chez eux. Je n'ai vu aucune civilisation en Europe. Aucune civilisation, aucun amour. »

MdM Grèce – Athènes

→ FRÉQUENCE DES VIOLENCES AUX DIFFÉRENTS MOMENTS DE LA MIGRATION (CHEZ LES PATIENTS QUI EN ONT PARLÉ)



*y compris intrafamiliales et conjugales



Flashmob MdM Place Monastiraki, Athènes le 21 février 2014.

L'ACCÈS AUX SOINS

La couverture des dépenses de santé

Les deux tiers des patients (64,5 %) reçus dans les centres de MdM ne bénéficient d'aucune prise en charge des soins⁴⁶ au moment où ils s'adressent à nos programmes.

→ COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR PAYS

Variables	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total
Aucune prise en charge/doit tout payer	89,9	14,9	0,0	61,5	0,0	92,3	20,3	94,1	46,6
Accès seulement aux urgences	0,0	1,3	68,6	14,2	59,4	0,0	0,0	0,0	17,9
A une couverture maladie totale	5,2	72,4	3,8	18,1	25,0	3,8	3,1	1,3	16,6
A une couverture maladie partielle	0,4	9,6	4,0	6,0	4,7	2,8	76,6	0,1	13,0
Droits dans un autre pays européen	2,4	1,8	19,0	0,2	0,8	1,2	0,0	0,0	3,2
Accès soin par soin	2,1	0,0	4,6	0,0	10,2	0,0	0,0	0,0	2,1
Accès gratuit médecine générale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,5
Accès payant soins 2 ^{ème} ligne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Données manquantes	10,2	3,8	13,1	86,0	1,5	30,2	3,8	11,2	36,2

46 Nous cumulons les personnes sans couverture maladie et celles qui ne peuvent aller qu'aux urgences.

A Londres, la quasi-totalité des patients (94,1 %) n'ont aucune prise en charge de leurs soins quand ils s'adressent au programme de MdM : ils n'ont pas encore pu s'inscrire auprès d'un médecin généraliste, porte d'entrée du système de soins – et cela dans un contexte politique où les possibilités d'accès aux soins des immigrés sans autorisation de séjour sont de plus en plus remises en cause par le gouvernement actuel.

Cette proportion est particulièrement élevée en France (92,3 %) et en Belgique (89,9 %). Ce taux s'explique en partie par le fait que les centres de soins concernés (Nice, Saint-Denis, Bruxelles et Anvers) reçoivent majoritairement des personnes ne disposant d'aucun droit et orientent celles ayant des droits ouverts vers les dispositifs de soins de droit commun. Dans ces deux pays, les droits des sans-papiers à l'accès aux soins sont en théorie relativement favorables mais les obstacles administratifs, le temps de traitement des dossiers et le renouvellement périodique des droits multiplient les situations et les périodes d'absence de couverture maladie effective.

En Grèce, où les nationaux sont pourtant les plus largement représentés parmi les patients reçus, près des deux tiers (61,5 %) n'avaient (plus) aucune prise en charge de leurs soins. Les étrangers sans autorisation de séjour n'ont effectivement droit à rien et les nationaux et personnes en situation régulière ont perdu leur couverture maladie faute de cotiser par leur travail ou de pouvoir la payer.

En Suisse, 72,4 % des patients reçus ont une couverture maladie totale. On a vu qu'il s'agissait essentiellement de demandeurs d'asile qui, en cours de procédure ont droit à une assurance-maladie (mais les démarches peuvent être compliquées, dans un contexte plutôt restrictif). Les autres ne sont pas, ou plus, affiliés à une assurance.

En Allemagne, près des deux tiers des patients (68,6 %) n'ont accès qu'aux soins urgents et 19,0 % ont des droits ouverts dans un autre pays européen (en lien avec la fréquence des européens parmi les patients suivis, comme on l'a vu précédemment).

En Espagne⁴⁷, près de 60 % des patients reçus n'ont également accès qu'aux soins urgents.

Aux Pays-Bas, 76,6 % des patients reçus à Amsterdam et à La Haye ne peuvent pas avoir de couverture maladie en raison de leur situation irrégulière de séjour (mais le coût des soins peut être remboursé, au cas par cas, au prestataire de santé si le patient ne peut pas payer).

Les obstacles à l'accès aux soins

Parmi les patients interrogés, seuls 24,5 % ont déclaré n'avoir rencontré aucun obstacle dans l'accès aux soins. Cette proportion est plus faible encore si on met à part l'exception de la Suisse (où 84,8 % des patients ont déclaré n'avoir aucun obstacle dans l'accès aux soins⁴⁸). En effet, dans les autres pays, seuls 15,9 % des patients n'ont déclaré aucun obstacle dans l'accès aux soins. Un autre quart (24,9 %) n'a pas cherché à accéder à des soins ; certains peuvent ne pas avoir besoin ou ne pas avoir de raison de demander des soins, mais d'autres ont sans doute tellement intégré les obstacles à l'accès aux soins de santé qu'ils y ont renoncé.

Les trois obstacles les plus fréquemment cités par les patients sont, comme indiqué dans nos précédentes études, les problèmes financiers (25,0 %) (qui regroupent les consultations, avances, traitements ou couverture santé trop chers), les problèmes administratifs (22,8 %) (ce qui peut inclure une législation restrictive, des difficultés à rassembler les justificatifs nécessaires pour obtenir une forme quelconque de couverture maladie, mais aussi des dysfonctionnements administratifs) et un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé et de leurs droits (21,7 %). Depuis les premières études de l'Observatoire du réseau international de MdM en 2006, rien ne semble avoir changé concernant ces problèmes : près d'un patient sur deux ne connaît ni le système de santé ni ses droits et/ou est perdu face aux procédures administratives de son pays d'accueil. Ces résultats contredisent clairement le mythe qui veut que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des services de santé.

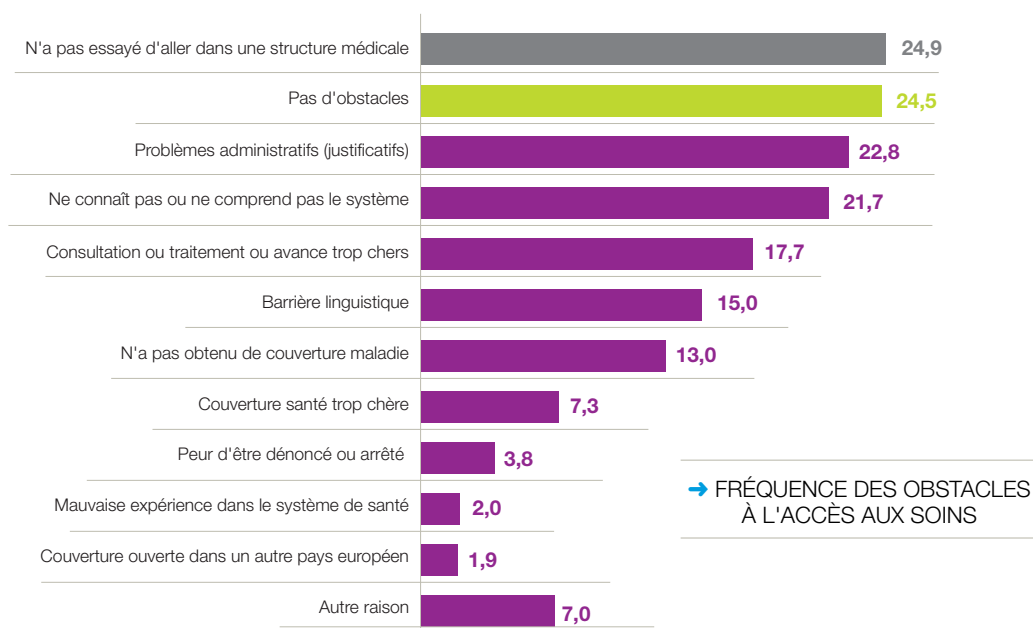
TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

Adama, âgé de 31 ans, est originaire du Kenya. Il est sans-papiers. Il s'est rendu au centre de MdM pour voir un médecin car il avait des douleurs en dessous de la poitrine jusque dans son bras, et des nausées assez fréquentes. L'équipe de MdM l'a redirigé vers un centre public de soins de santé. « Au centre de soins, j'ai montré à la réceptionniste les papiers que m'avait donnés MdM expliquant la nouvelle loi pour l'accès aux soins des sans-papiers. La réceptionniste m'a alors posé plusieurs questions : ce que je faisais en Suède, la raison de ma venue ici et ainsi de suite. J'avais l'impression d'être au bureau de l'immigration et c'était très désagréable. Enfin, elle m'a dit que je devais payer 200 euros pour voir un médecin. Ceci malgré le fait que je lui avais montré le papier à propos de la nouvelle loi. Je savais que cela devait coûter 6 euros. Puis je suis allé dans un autre centre de soins, et là j'ai payé 6 euros et on m'a donné un rendez-vous avec un médecin. Le médecin m'a prescrit deux médicaments. À la pharmacie j'ai dû payer 30 euros ».

MdM Suède – Stockholm – 2013

47 Rappelons qu'en Espagne, depuis septembre 2012, entre 750 000 et 873 000 immigrés ont perdu leur couverture maladie (Legido-Quigley H, Urdaneta E, Gonzales A, et al. Erosion of Universal Health Coverage in Spain. Lancet 203; 382: 1977)

48 Les demandeurs d'asile sont majoritaires dans les programmes suisses.



Le renoncement aux soins

Au cours des 12 derniers mois, un patient sur cinq (22,1 %) a renoncé à des soins ou à des traitements médicaux.

Le racisme dans les structures de santé

Les expériences de racisme subies dans les structures de santé restent heureusement rares : en moyenne (brute), 5,4 % des patients en ont connues au cours des 12 derniers mois⁴⁹. Les chiffres grecs portent sur une très faible partie des consultants (13,9 %), notamment parce que nombre d'entre eux sont des grecs auxquels la question n'a pas été posée mais aussi parce qu'à Mytilène (qui a le plus grand nombre de patients enregistrés dans la base de données des cinq centres grecs) les migrants viennent d'arriver et n'ont pas encore été en contact avec une structure de soins.

En revanche, de tels comportements sont très souvent rapportés en Espagne où leur nombre⁵⁰ a quintuplé entre 2012 (6,3 %) et cette année (33,6 %, $p < 10^{-3}$). Nous assistons à une dégradation évidente de la perception des migrants en Espagne du fait des discours au plus haut niveau de l'Etat qui ont ciblé les migrants dans la réforme de santé en prétendant qu'il fallait limiter l'accès car les migrants coutaient trop cher au système de santé. Les migrants sont ainsi devenus les boucs émissaires de la crise, aussi en Espagne.

Les refus de soins

Le refus de soins se caractérise par tout comportement des professionnels de santé qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à la situation du patient. Les refus de soins (au cours des 12 derniers mois) concernent 16,8 % des patients reçus par MdM.

Comme en 2012, c'est en Espagne que ces refus de soins sont rapportés le plus fréquemment, par la moitié des patients (52,4 %). Les patients – qui s'attendaient à être pris en charge comme ils l'étaient avant les changements introduits par la nouvelle loi/décret – ont appris en se rendant dans les structures de santé qu'ils n'y avaient plus droit.

L'HISTOIRE D'ALPHA PAM

Alpha Pam, sénégalais de 28 ans, vivait en Espagne depuis 8 ans. Il a essayé d'aller voir un médecin pendant 6 mois. Il a été rejeté à sept reprises d'un centre de santé et deux fois de l'hôpital. Lors de sa dernière et troisième tentative, il a même demandé à un ami de l'y emmener car il n'avait plus la force de marcher seul. Là, il est reçu 5 minutes, sans examen thoracique ni autre. On lui remet des médicaments qu'il prend sans voir d'amélioration. Il est mort 11 jours plus tard, chez lui, d'une tuberculose qui aurait pu et dû être dépistée et soignée dès le premier jour.

MdM Espagne – Baléares – Avril 2013

En seconde place vient Londres où un quart (24,9 %) des patients se sont vus opposer un refus de soins. Les chiffres belges, grecs et français sont à interpréter avec prudence, compte-tenu des faibles taux de réponse.

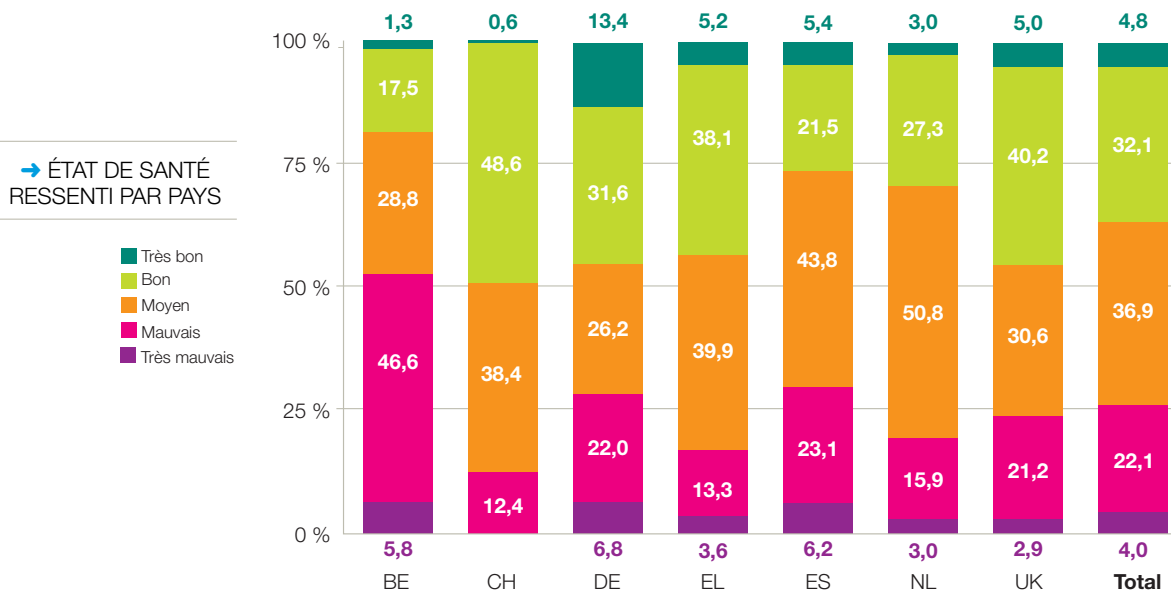
⁴⁹ La question n'a pas été posée en Belgique et en France.

⁵⁰ Même si les effectifs en Espagne sont très bas, en 2012 (103 patients) comme en 2013 (130 patients).

LES ÉTATS DE SANTÉ

L'état de santé ressenti

Près des deux tiers des patients (63,1 %) vus dans les programmes de MdM ont un état de santé perçu dégradé : un quart des patients se sentent en mauvaise ou très mauvaise santé. Cette proportion atteint 52,4 % des patients vus en Belgique⁵¹. Rappelons que l'âge médian est de 32 ans.



Dans six pays (Suisse, Allemagne, Grèce⁵², Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni), les patients étaient interrogés successivement sur leur état de santé ressenti physique et psychologique. Globalement, la santé psychologique des personnes apparaît plus dégradée encore que leur santé physique : au total, 27,6 % des patients déclarent une santé mentale mauvaise ou très mauvaise.

Ce constat est particulièrement vrai en Espagne où ils sont 40 % dans ce cas (contre 23,9 % à déclarer une santé physique mauvaise ou très mauvaise). En Suisse également, 27 % des patients déclarent une santé psychologique mauvaise ou très mauvaise, contre 18,2 % qui déclarent une santé physique mauvaise ou très mauvaise.

TÉMOIGNAGE D'UNE PATIENTE

Asya, journaliste tchétchène, âgée de 38 ans, arrive à Nice en décembre 2012 avec sa fille âgée de 7 ans. Elle dépose alors une demande d'asile. Elle vient consulter au CASO à la fin du mois de décembre. Elle informe le médecin qu'elle a été traitée pour un cancer du sein en 2008, et pour des métastases pulmonaires et osseuses en 2012. Elle se plaint d'une grande fatigue, d'un amaigrissement et d'une très forte toux persistante. Le médecin l'adresse au centre anti-tuberculeux pour une radio pulmonaire. La radio montre des anomalies qui nécessitent en urgence l'avis d'un oncologue.

Pendant ce temps, l'équipe de MdM prend contact avec la DDCS (service de l'état prenant en charge l'hébergement des demandeurs d'asile) et demande une solution de logement pour Asya et sa fille : elles obtiennent rapidement une place dans un Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA).

A Nice, le centre anti-cancéreux est un établissement privé ayant une mission de service public. Un premier rendez-vous est pris très rapidement. Le diagnostic tombe : de nombreuses métastases et le stade cancéreux est bien avancé. Le médecin hospitalier préconise en urgence la mise en route d'une chimiothérapie.

Or Asya n'a pas de couverture maladie. L'équipe de MdM constitue son dossier et demande à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de le traiter en urgence. Un courrier est rédigé à l'attention du bureau des entrées de l'hôpital afin d'expliquer la situation de Asya.

Le premier rendez-vous pour la chimiothérapie est fixé au début du mois de janvier. Le bureau des entrées de l'hôpital demande un chèque de caution de 3 000 euros sans lequel elle ne sera pas acceptée. Informée de cette demande, l'équipe de MdM appelle les services administratifs du centre anti-cancéreux qui nous oppose le statut privé de l'établissement (omettant leur mission de service public). L'équipe de MdM a alors directement interpellé le médecin qui a prescrit la chimiothérapie, et Asya a pu alors bénéficier de son traitement.

MdM France – Nice – Décembre 2012

51 La question n'a pas été posée en France.

52 Les données grecques sont à interpréter avec prudence, étant donné le taux élevé de réponses manquantes (85 % aux deux questions détaillant santé physique et santé mentale).

Maladies chroniques et traitements

Un tiers des patients (34,3 %) vus en consultation par un médecin ont été diagnostiqués avec au moins une maladie chronique. Au total, plus de la moitié (55,2 %) des patients ont besoin d'un traitement qu'il soit nécessaire ou accessoire⁵³. Dans les 3/4 des cas, ce traitement est jugé nécessaire par les médecins, ce qui est une proportion très importante.

Des patients peu suivis avant d'arriver à MdM

Près de 30 % des patients avaient au moins un problème de santé qui n'avait jamais été suivi ou traité avant d'arriver à MdM.

En Grèce, cette proportion est singulièrement faible (3,3 %), indiquant la fréquence des ruptures de soins : des problèmes de santé, déjà repérés et soignés pendant un temps dans le passé, ne l'étaient plus et nécessitaient un recours à MdM. Rappelons que la crise et les mesures d'austérité ont frappé le système de soins grec de façon importante (elles ont même dépassé les objectifs de réduction imposés par la Troïka en ce qui concerne les dépenses hospitalières et pharmaceutiques : les personnes les plus démunies sont évidemment les plus touchées⁵⁴).

La proportion de patients nécessitant un traitement et qui n'étaient pas suivis avant de s'adresser à MdM est à peu près similaire : près de 30 % des patients sont dans ce cas et, pour eux, MdM constitue donc le premier recours aux soins pour un problème de santé qui nécessite un traitement.

Cette prévalence est même supérieure en Suisse et aux Pays-Bas où elle dépasse 45 %. En Grèce, elle est, comme la précédente, singulièrement faible pour les raisons déjà avancées. Globalement, 13,8 % de l'ensemble des patients vus dans nos centres ont au moins une maladie chronique non suivie avant d'arriver à MdM.

Un peu plus de quatre patients sur 10 (40,5 %) atteints de maladie(s) chronique(s) n'étaient pas suivis avant de s'adresser à MdM (pour au moins une de leurs maladies chroniques).

Des problèmes de santé peu connus avant la venue en Europe

Dans l'ensemble de la population immigrée enquêtée, 13,6 % des patients⁵⁵ avaient au moins un problème de santé déjà connu avant de venir en Europe. Pourtant, comme nous l'avons vu, parmi les raisons de la migration, la santé ne représente que 2,3 % des raisons citées.

Cela rejoint le constat général, cité plus haut, de la rareté des « migrations pour soins » trop souvent mises en avant par certains discours démagogues et populistes. Il n'y a que deux pays où cette proportion est notablement plus élevée : en Suisse (où les demandeurs d'asile sont nombreux) et en Espagne⁵⁶.

État de santé diagnostiqué

Au total, neuf problèmes de santé concernent la moitié des consultations médicales. Il s'agit de symptômes digestifs (8,6 %), hypertension artérielle (7,0 %), symptômes ostéoarticulaires sans précision (6,7 %), diabète (insulinodépendant ou non : 5,7 %), angoisse, stress ou troubles psychosomatiques (5,6 %), infections respiratoires supérieures (5,2 %), autres diagnostics digestifs (4,6 %), problèmes de rachis sans précision (3,9 %) et syndromes dorsolombaires (3,6 %).

Si l'on regroupe les problèmes de santé par type de pathologie, un trouble psychologique est retrouvé dans 10,4 % des consultations médicales. Il s'agit surtout d'angoisse, de stress ou de troubles psychosomatiques (dans 5,6 % des consultations : 4,8 % chez les femmes et 6,1 % chez les hommes, $p < 10^{-5}$) ou de syndromes dépressifs (2,8 % des consultations : 3,6 % chez les femmes et 2,3 % chez les hommes, $p < 10^{-8}$).

Les problèmes gynécologiques concernent au total 10% des consultations médicales chez les femmes : grossesses et suites de couche non pathologiques (8,8 %) sont les motifs les plus fréquents, puis viennent d'autres problèmes gynécologiques sans précision (2,3 %), les infections sexuellement transmissibles (IST) (2,0 %), et enfin les grossesses et suites de couche pathologiques (0,8 %).

Les problèmes dermatologiques concernent 6,1 % des consultations.

53 Les traitements sont jugés nécessaires dans les cas où leur absence impliquerait une dégradation quasi-certaine de l'état de santé du patient ou constituerait une perte de chance significative ; ils sont jugés accessoires dans les autres cas. Il ne s'agit donc pas de traitements « inutiles » ni de simple « confort ».

54 Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014; 383: 748-53.

55 Cette question n'est pas posée en France.

56 La proportion de patients ayant au moins un problème de santé connu avant la migration en Suisse et en Espagne est respectivement de 25,5 % et 26,9 %.

ESPAGNE : BOULEVERSEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET RÉSISTANCE SOCIALE

La destruction d'un système de santé qui était universel

En avril 2012, le gouvernement et le parlement ont approuvé le Décret royal 16/2012 portant sur « les mesures urgentes garantissant la viabilité du système national de santé et améliorant la qualité et la sécurité de ses prestations ». Il supprime l'accès aux soins des sans-papiers et rattache la couverture maladie au travail au lieu du système universel qui prévalait auparavant. Il augmente le reste à charge pour les médicaments. En dehors des sans-papiers, toute personne (Espagnole ou immigrée en situation régulière) qui réside plus de trois mois en dehors d'Espagne sans contribuer à la sécurité sociale, perd sa carte de santé automatiquement. Elle devra recommencer le processus d'inscription à la sécurité sociale depuis le début.

Le décret soulève d'importants problèmes éthiques pour les professionnels de la Santé (personnel médical, infirmiers, pharmaciens, personnel administratif, travailleurs sociaux...) et **viole le droit déontologique**. Il introduit également une réforme du modèle de santé espagnol, qui s'avère **injuste** du point de vue des droits de l'homme, **inefficace** sur le plan économique et **dangereuse** du point de vue de la santé publique.

Avec la nouvelle loi⁵⁷, 750 000 étrangers en situation précaire de séjour⁵⁸ ont perdu brusquement leur couverture santé. Si les femmes enceintes et les mineurs restent explicitement protégés, leur accès aux soins est parfois rendu impossible en raison des barrières administratives dans certaines régions autonomes, de la non délivrance de cartes individuelles de santé, mais aussi de l'impression de plus en plus généralisée, à cause des discours politiques, qu'un étranger en situation irrégulière n'a plus droit au système de santé.

Par ailleurs, la suppression de l'accès au système de santé entraîne un risque sanitaire personnel et global : les pathologies infectieuses ne sont plus dépistées en médecine générale. Comme pour le repérage des violences, le seul point d'entrée désormais est les urgences hospitalières, ce qui veut dire que de plus en plus de pathologies et de victimes de violence ne seront pas repérées et traitées correctement.

Le système d'assurance personnelle qui coûte 60 euros par mois pour les moins de 65 ans et 157 euros pour les plus de 65 ans n'est ouvert qu'aux résidents de plus d'une année, et à ceux qui peuvent payer cette somme. De plus il n'est accessible que dans deux régions autonomes.

Il faut aussi souligner l'augmentation du reste à charge des médicaments, déjà très important en Espagne puisqu'il est de 40 % sans limite de coût pour les personnes avec des revenus inférieurs à 18 000 euros par an (et donc au maximum 1 500 euros par mois) et de 50 % pour les revenus compris entre 18 000 et 100 000 euros par an. Le reste à charge n'épargne pas les porteurs de maladies chroniques qui doivent, eux, payer 10 % du coût des médicaments (quels que soient leurs revenus) avec toutefois un plafond de 4,13 euros par médicament (sans plafond mensuel toutefois). Les patients que reçoivent les équipes de MdM vivent tous sous le seuil de pauvreté, soit 645 euros en Espagne. L'achat de médicaments représente donc pour eux une charge très importante⁵⁹.

La réponse de Médicos del Mundo



57 Ce chiffre a été donné par le gouvernement espagnol en février 2014 au Commissaire des droits humains des Nations-Unies

58 Le rapport Clandestino estimait en 2008 le nombre de personnes en Espagne sans autorisation de séjour à 354 000 (Triandafyllidou A, ed. Clandestino Project. Final report. Brussels: European Commission, 2009).

http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2010/03/clandestino-final-report_-_november-2009.pdf

59 Les seules exemptions concernent les retraités qui reçoivent le minimum vieillesse et les chômeurs non indemnisés ou recevant moins de 400 euros par mois. Par ailleurs les retraités ont, eux, des plafonds de co-paiement : 8,14 euros par mois (en mars 2014) s'ils ont moins de 18 000 euros annuels.

MdM a lancé dès 2012, la campagne « [Derecho a Curar](#) » (droit de soigner) en collaboration avec une des principales associations médicales spécialisées en soins de santé primaires, la Société espagnole de médecine familiale et communautaire (semFYC). Dans cette campagne, la première action de mobilisation du personnel médical, et la plus importante, est l'appel à l'objection de conscience⁶⁰.

La campagne a commencé avec l'appui d'autres [institutions importantes](#) de soins de santé primaire et de soins de santé spécialisés ainsi que celui de diverses organisations sociales et des réseaux d'organisations européennes impliquées dans la défense des droits des immigrés.

Différents supports ont été créés dans le cadre de la stratégie de diffusion de la campagne et sont disponibles en ligne sur le site [www.derechoacurar.org](#), tels que des affiches, des vidéos virales, des autocollants et des badges pour les réseaux sociaux. Ces outils sont autant d'actions proposées aux professionnels de santé, aux bénéficiaires des services de santé et au grand public.

C'est sans aucun doute la [vidéo de la campagne](#) montrant les professionnels de santé qui refusent d'appliquer la nouvelle loi qui a été la plus appréciée, atteignant une très forte audience non seulement chez les professionnels de la santé, mais aussi dans l'opinion publique. Face à l'exclusion des soins pour les immigrés en situation irrégulière posée par décret, MdM exhorte le personnel de santé à exercer son droit à la résistance individuelle et collective et à l'objection de conscience pour soigner toute personne qui en a besoin, indépendamment de sa situation administrative

Une relance de la communication contre la loi au travers des réseaux sociaux au cours de l'été 2013, avec la série de vidéos [#leyesquematan](#) (les lois qui tuent), a été mise dans les « sujets tendances » ou *trending topic* sur Twitter, ce qui est symptomatique de l'importante diffusion atteinte. Plus de 253 000 personnes ont regardé les vidéos de Médicos del Mundo en quelques mois.

Plus de 2 000 professionnels de santé ont pris le risque de formellement déclarer leur refus d'appliquer la loi d'exclusion pendant la première phase de la campagne. Cela donne une idée du nombre total de professionnels qui, de manière silencieuse et privée, continuent de recevoir en consultation des personnes sans couverture maladie. Par ailleurs, nous avons rassemblé 19 000 signatures de soutien à la lettre adressée à la ministre de la Santé, remise début janvier 2014 dans le cadre de la campagne « [Derecho a Curar](#) ».

Médicos del Mundo est une organisation dotée d'une longue expérience (24 ans) sur les projets en Espagne : c'est la raison pour laquelle les acteurs des régions autonomes de Médicos del Mundo sont, dans de nombreuses régions, un moteur essentiel des actions en réseau entre organisations opposées à la réforme du système de santé. En effet, nous menons 45 programmes pour l'accès aux soins de tous dans 12 régions autonomes.

Le contexte créé par le Décret royal 16/2012 est si préoccupant pour les organisations et les groupes impliqués dans la défense des droits de l'homme et la lutte contre la discrimination et la xénophobie, qu'il a favorisé le renforcement du travail en réseau. Si cet effet commençait déjà à être visible en 2012, il a pu être confirmé en septembre 2013 à l'occasion du premier anniversaire de l'entrée en vigueur de la loi, qui a suscité un nouveau moment d'effervescence de la mobilisation sociale.

Les conséquences négatives de cette réglementation et des autres politiques d'austérité ont été documentés dans *The Lancet* et le *British Medical Journal*.

Certains spécialistes ont d'ores et déjà alerté sur l'augmentation prévisible des pathologies transmissibles telles que le VIH et la tuberculose, comme conséquence de la privation de l'accès aux soins et aux médicaments d'environ 2% de la population⁶¹. D'autres experts ont mis en garde contre une probable augmentation des troubles mentaux, y compris des suicides.

Dans l'objectif de documenter le plus précisément possible les cas que nous rencontrons et les barrières à l'accès aux soins, Médicos del Mundo a promu la mise en place d'«observatoires», comme celui qui fonctionne déjà avec succès dans la Communauté valencienne ([ODUSALUD](#)) -composé de 49 organismes-, l'Observatoire du droit à la santé (ODAS) qui vient d'être lancé aux Baléares et la [Plateforme pour des soins de santé universels](#) en Catalogne.

La campagne [Nadie Desechado](#) en 2013 a révélé comment la réforme des soins de santé, annoncée comme ne visant « que » les immigrés, exclut aussi du système de santé tous les groupes les plus vulnérables de notre société, en particulier les malades chroniques. Des dizaines de milliers de signatures ont été récoltées.

Médicos del Mundo a repéré à ce jour plus de 1 000 cas de violations des droits aux soins de santé, et a élaboré des rapports qui ont été présentés à la commission de la santé du Congrès des députés et au défenseur des droits.

Médicos del Mundo demande au gouvernement de retirer cette loi et de restaurer le système universel de santé en Espagne.

Les autorités de santé doivent, entretemps, immédiatement s'assurer que les femmes enceintes et les mineurs ont un accès total aux soins et assurer au moins les urgences, sans facturation aux sans-papiers qui en ont besoin.

Enfin nous appelons tout le personnel médical et social à l'objection de conscience, en appliquant leur droit à ne pas collaborer à la violation des droits humains fondamentaux.

⁶⁰ Du serment d'Hippocrate à l'adoption en 1948 de la Déclaration de Genève révisée en 2006 par l'Association médicale mondiale (AMM), la profession a exprimé par son code déontologique son fort engagement pour protéger la santé de la population, sans discrimination. « Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'appartenance politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou de tout autre facteur interviennent entre mon devoir et mon patient ». Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits des patients : « Lorsque la loi, l'action du gouvernement ou toute autre administration ou institution prive les patients de leurs droits, le personnel médical doit rechercher les moyens appropriés pour les assurer et les restaurer. » [www.wma.net/en/30publications/10policies/14/](#)

⁶¹ Voir l'histoire d'Alpha Pam, le jeune Sénégalais de 28 ans décédé de tuberculose aux Baléares page 28.

GRÈCE : PEUT-ON SAUVER LA SANTÉ PUBLIQUE ?

En Grèce, la crise et les mesures d'austérité ont conduit à une récession bien plus grave que prévu, comme l'a reconnu le Fonds monétaire international⁶². En décembre 2013, le taux de chômage atteignait les 28 %⁶³. Les coupes massives dans les dépenses de santé ont conduit à une réduction des prestations de l'EOPYY (l'Organisme national pour les prestations de santé), une réduction des services publics de santé, des coupes dans les programmes de prévention et une augmentation des frais de consultation et de médicaments à la charge des usagers, y compris pour des maladies chroniques comme le diabète, les maladies coronariennes, le cancer... Selon les chiffres officiels, le nombre de citoyens sans assurance approche les 3 millions, sur une population totale de 10 815 197 habitants.

Le dernier Protocole d'accord entre les autorités grecques et la Troïka⁶⁴ comprenait un programme de bons de santé qui devait fournir un accès gratuit aux soins de santé primaires (dont sept consultations prénatales) pour les personnes sans couverture maladie. En réalité, les estimations indiquent que le programme couvrirait en théorie seulement 230 000 personnes pour la période 2013-2014, soit moins de 10 % des personnes sans couverture maladie. Entre l'annonce du programme, en juillet, et le mois d'octobre 2013, seuls 21 000 bons de santé ont été distribués⁶⁵ (soit moins de 1 % des personnes sans assurance). Au moment de la rédaction du présent rapport, en mars 2014, le ministre de la Santé a ordonné la fermeture de la plupart des structures publiques de soins de santé primaires pour au moins un mois afin de réorganiser le Réseau national primaire de santé (PEDY). Les professionnels de santé protestent massivement contre le forfait d'accès aux structures de santé de 5 €, qui constitue un véritable obstacle pour les plus démunis vivant en Grèce.

Vaccination, soins prénataux et accouchement

Bien que le calendrier national de vaccination n'ait pas été modifié, de plus en plus d'enfants ne sont pas vaccinés, en raison de la disparition graduelle des services publics de santé, dont l'accès était gratuit pour les enfants. Selon une étude menée par l'École nationale de santé publique publiée en mai 2013, entre 65 et 70 % des enfants sont vaccinés par des pédiatres privés, ajoutant encore à la charge financière pesant sur les parents sans emploi et sans couverture maladie.

Le coût d'une vaccination totale pour un enfant s'élève à 1 200 € en l'absence d'assurance. C'est la raison pour laquelle les équipes de Médecins du monde ont vacciné près de 9 000 enfants en 2013 dans leurs polycliniques gratuites et dans leurs unités mobiles qui se rendent dans les îles et villages isolés, là où se trouvent aussi des enfants et des adultes sans accès aux soins car les structures de santé existant auparavant ont été fermées.

L'accès aux maternités publiques est devenu extrêmement difficile, voire impossible, pour les femmes enceintes sans couverture maladie. Elles doivent régler les frais de suivi de grossesse ainsi que tous les frais d'accouchement. Bien que les demandeuses d'asile puissent théoriquement avoir accès sans paiement aux soins prénataux et à l'accouchement, elles se trouvent aujourd'hui confrontées à de nombreux obstacles administratifs. En effet, elles doivent justifier de leur incapacité à payer avant de se voir accorder un accès aux soins sans paiement dans les hôpitaux publics.

Pour une grossesse normale, le coût du suivi prénatal pour les femmes sans couverture maladie est d'environ 650 €. S'ajoutent ensuite environ 650 € pour un accouchement sans complication et environ 1 200 € pour une césarienne. L'interruption volontaire de grossesse est légale en Grèce mais coûte environ 350 € sans couverture.

L'incapacité à payer pour un suivi de grossesse limite considérablement les chances du nouveau-né et constitue un danger pour la santé de la mère et celle de l'enfant. C'est également source de forte anxiété chez les femmes qui arrivent à l'hôpital le jour de l'accouchement sans suivi, prévention ni avis préalables. C'est également source de stress supplémentaire pour les équipes médicales.

Certaines maternités publiques ont refusé de délivrer un certificat de naissance à des enfants dont les mères ne pouvaient pas régler les frais d'accouchement. En certaines occasions, les employés des maternités publiques ont menacé les parents de ne pas leur rendre l'enfant tant qu'ils ne verseraient pas la somme demandée pour régler les frais d'accouchement...

Des groupes stigmatisés déjà victimes d'exclusion avant la crise

En avril 2013, lors d'une descente intitulée « **Thetis**, » la police grecque a regroupé des usagers de drogues dans le centre d'Athènes, les a menottés et les a conduits soit dans le centre de détention pour migrants d'Amygdaleza (dans la grande banlieue d'Athènes) soit dans la campagne, à plusieurs heures d'Athènes, pour les y abandonner. À Amygdaleza, les usagers de drogues ont subi des dépistages forcés du VIH⁶⁶. Ces opérations se sont répétées à plusieurs reprises, accentuant la vulnérabilité des victimes.

62 Gordon J, Karpowicz I, Lanau S, Manning J, McGrew W, Nozaki M, Shamloo M. [Greece: Ex Post Evaluation of Exceptional Access under the 2010 Stand-By Arrangement](#). Washington : Fonds monétaire international, Country Report No. 13/156, 2013.

63 Eurostat. *Harmonised unemployment rate by sex*. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, dernière consultation le 3 mars 2014.

64 Samaras A, Stournaras Y, Provopoulos G. Greece: Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding, 17 July 2013. Disponible sur le site du Fonds monétaire international : <https://www.imf.org/external/np/loi/2013/grc/071713.pdf>

65 Zafiropoulou M, Kaitelidou D, Siskou O, Oikonomou B. *Impact of the crisis on access to healthcare services: country report on Greece*. Bruxelles : Eurofound, 2013.

66 Kokkini E. Greece... the country of harm induction. Amsterdam : Correlation Network (Policy paper), newsletter 03/2013. [Who is paying the price for austerity?](#)

Mais il y a aussi de bonnes nouvelles. À la fin de l'année 2013, un grand pas en avant a été réalisé à Athènes avec l'ouverture d'une petite salle de consommation de drogues à moindre risque, près de la place Omonia. Elle ne peut accueillir que deux usagers à la fois et ne peut rester ouverte en soirée ou pendant le weekend. Nous espérons que l'association OKANA qui gère la salle recevra plus de financement afin d'étendre les heures d'ouverture et la capacité d'accueil. La consommation de drogues dans les rues est la plus importante d'Europe.

Les travailleur(se)s du sexe ont traversé une période horrible en avril 2012, juste avant de nouvelles élections, avec l'apparition d'une réglementation permettant les dépistages forcés des maladies infectieuses. Certains ont été tirés par les cheveux jusqu'aux équipes médicales publiques (!) qui leur ont imposé contre leur volonté un dépistage du VIH et d'autres maladies.

Ensuite, des photos de femmes séropositives ont été publiées dans des journaux. Elles ont été accusées d'empoisonner leurs clients et encouraient de lourdes amendes. Ce genre de violations graves des droits humains va à l'encontre des recommandations de tous les organismes internationaux, institutions publiques et ONG : ONUSIDA, la Commission mondiale sur le VIH et le droit, l'OMS, l'Agence des droits fondamentaux de l'UE, l'ECDC ou encore Human Rights Watch, par exemple. Le dépistage non volontaire sans garantie d'anonymat engendre de la défiance vis-à-vis des centres de dépistages. L'ensemble des ONG et des spécialistes des maladies infectieuses attendent l'abrogation définitive de ce décret⁶⁷.

Malheureusement, les immigrés sont encore la cible de discours haineux et de violences. Ils sont encore montrés du doigt comme étant responsables de la crise économique qui frappe le pays. La désagrégation des systèmes de protection sociale aggrave le désespoir des personnes démunies et la peur de l'avenir déjà répandue. La crise sociale a été largement exploitée par les partis d'extrême-droite.

La violence contre les immigrés en Grèce n'épargne pas les enfants, comme cet enfant afghan de 14 ans, Ismail, qui a été battu par trois individus aussitôt après leur avoir répondu qu'il était afghan. Il lui a fallu plus de 30 points de suture après que ces individus l'ont défiguré avec des tessons de bouteilles. Ils l'ont laissé sur le trottoir dans son sang. Après avoir été amené à l'hôpital par un passant, il a reçu les premiers soins. Malheureusement, il a dû quitter l'hôpital quelques heures plus tard, seul, faute d'autorisation de séjour et de couverture santé. MdM lui a apporté des soins, un abri sûr et un soutien social pour qu'il retrouve sa famille.

Les extrémistes attaquent indifféremment les femmes (y compris des femmes enceintes), les enfants et les hommes isolés, principalement la nuit ; ils ont organisé des descentes racistes contre des Albanais et des vendeurs étrangers sur les marchés, ont proféré des menaces contre des membres d'ONG humanitaires, ainsi que des appels aux crimes de haine...

Réponse de MdM Grèce face à la crise

En réponse à la crise et aux énormes besoins qu'elle suscite, Médecins du monde Grèce a multiplié ses actions. Chaque jour, des centaines de bénévoles et 30 membres salariés gèrent 22 projets dans le pays, dont 13 ont débuté après 2010. Par exemple, l'association gère cinq polycliniques, un abri pour réfugiés et demandeurs d'asile à Athènes et quatre équipes mobiles apportant des services médicaux dans des lieux isolés à travers le pays⁶⁸. Une assistance sociale et juridique est proposée aux migrants susceptibles de requérir une protection internationale sur les îles de Lesbos et Chios.

D'autres projets ciblent les sans-abris à Athènes (dont un abri de nuit), les personnes qui s'injectent des drogues (un projet de réduction des risques intitulé « Rues d'Athènes »), les enfants roms vivant dans des bidonvilles autour d'Athènes et les personnes âgées (le programme « Message de vie »).

Le programme « Assez ! », en collaboration avec le Conseil grec pour les réfugiés, fait la promotion de la tolérance, lutte contre les violences racistes en Grèce et apporte une assistance médicale, psychologique, sociale et juridique aux victimes de violence raciste. Le projet vise également à contribuer à mieux saisir l'étendue du phénomène.

En 2013, MdM Grèce a reçu 75 victimes de violences xénophobes. Dans de nombreux cas, on a rapporté l'utilisation de bâtons, des chaînes, de couteaux, de tessons de bouteilles et de chiens. Seule une agression ne comptait qu'un seul assaillant. Dans la plupart des cas, les assaillants étaient vêtus de noir et d'insignes néo-nazis. Quatre attaques ont eu lieu dans les locaux de la police. Comme la moitié des victimes étaient sans papiers, il leur a été impossible de déposer plainte. La directive de l'UE sur les victimes (2012/29/EU) établit des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection de TOUTES les victimes de la criminalité, en incluant explicitement les migrants sans papiers⁶⁹. Cette directive devra être transposée et appliquée également en Grèce. Certains assaillants étaient mineurs : c'est pour cela que le projet « Assez ! » de MdM Grèce se rend dans les écoles à la rencontre des jeunes entre 12 et 16 ans : 19 discussions y ont été organisées, avec 770 adolescents.

La présentation dans les écoles commence par une photo montrant des mains d'enfants de différentes origines tenant la Terre. Cette image liminaire accentue l'objectif de la présentation : la cohésion sociale et la solidarité sans discrimination. Afin de montrer qu'il faut surmonter la connotation négative du mot « étranger (xénos) », nous donnons l'exemple de personnalités connues des mondes sportifs et académiques et démontrons le rôle important qu'ils jouent dans la société en tant que modèles pour les jeunes, bien qu'ils soient immigrés (soit grecs vivant à l'étranger, soit étrangers vivant en Grèce). Par ailleurs, nous montrons des photos des migrations massives de Grecs dans les années 50 et expliquons que les Grecs aussi sont des immigrés dans d'autres pays et que « tout le monde est étranger quelque part. » Après avoir expliqué qu'aujourd'hui la Grèce est une porte d'accès vers les pays européens, référence est brièvement faite au travail de MdM par la présentation de certains des services et soins médicaux apportés aux groupes vulnérables, pour susciter un sentiment de solidarité. Lors de la présentation, on demande aux élèves de faire part de leurs expériences et opinions personnelles sur le thème « acceptation et différence. » La présentation se conclut sur un encouragement aux bonnes pratiques, parmi lesquelles l'acceptation de la diversité, la prévention des comportements racistes et le renforcement de la solidarité sociale. On demande également aux élèves d'écrire une courte rédaction sur le phénomène du racisme. Les textes sont recueillis et utilisés dans la campagne antiraciste.

67 Ce décret 39A a été réactivé en juillet 2013 par le ministère de la Santé, qui a déclaré lors d'une réunion à la Commission de l'EU du 18 mars 2014 qu'il serait modifié au plus tard en avril 2014.

68 Une équipe mobile pédiatrique, une équipe mobile dentaire, une équipe mobile ophtalmologique et une équipe de médecine générale centrée sur les femmes et les enfants.

69 http://ec.europa.eu/justice/criminal/files/victims/guidance_victims_rights_directive_en.pdf. Malheureusement, la Grèce n'a pas encore appliqué la directive.

LES ORGANISMES EUROPÉENS ET INTERNATIONAUX S'ENGAGENT POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Au cours des deux dernières années, un nombre croissant d'institutions européennes et internationales ont demandé aux gouvernements de protéger les populations les plus vulnérables des conséquences de la crise et de l'austérité.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels spécifie le droit qu'a toute personne « *de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.* » En mai 2012, le Comité avait déjà exprimé sa préoccupation face aux réductions des niveaux de protection en matière de droits au logement, à la santé, à l'éducation et au travail, entre autres, en conséquence des mesures d'austérité prises par le gouvernement espagnol. Au sujet de l'exclusion des soins de santé des immigrés adultes sans papiers, le Comité a enjoint à l'Espagne de s'assurer que tous les individus résidant sur son territoire aient accès aux services de santé, quelle que soit leur situation administrative, suivant le principe d'universalité des services de santé⁷⁰.

Conseil de l'Europe

En février 2013, le commissaire aux Droits de l'Homme Nils Muižnieks a fermement condamné les violences xénophobes et l'impunité en Grèce⁷¹. Concernant l'Espagne, le commissaire a critiqué le fait qu'en de nombreux cas des enfants immigrés dont les parents sont sans papiers se sont vu refuser l'accès aux soins de santé ou l'octroi d'une carte de santé (désinformation concernant le décret-loi 16/2012 qui n'exclut que les immigrés adultes sans papiers). Il a également dénoncé l'impact disproportionné des mesures de santé sur l'accès aux soins de santé pour les enfants⁷².

En juin 2013, à la suite d'un [rapport sur l'égalité de l'accès aux soins de santé](#), l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté la [résolution 1946 \(2013\)](#), attirant l'attention sur les effets néfastes des mesures d'austérité sur les droits sociaux et sur les plus vulnérables. L'Assemblée « *estime que la crise devrait être considérée comme une opportunité pour repenser les systèmes de santé et être utilisée pour augmenter leur efficacité, et non pas comme une excuse pour procéder à des mesures de régression.* »

L'Assemblée enjoint en particulier aux pays membres de s'assurer que la vaccination pour tous et l'accès universel aux soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants sont garantis, quelle que soit leur situation. Enfin, l'Assemblée appelle aussi à une « *dissociation des politiques de sécurité et d'immigration et de celles de santé* », par exemple en abolissant l'obligation pour les professionnels de santé de déclarer les immigrés en situation irrégulière.

En novembre 2013, la Commission parlementaire sur les migrations, les réfugiés et les personnes déplacées a demandé aux États membres de garantir l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH, dénonçant fermement le mythe du tourisme de prestations de santé⁷³. La Commission a exprimé sa préoccupation face au dépistage obligatoire du VIH. En outre, la Commission a considéré qu'un migrant vivant avec le VIH « *ne devrait jamais être expulsé s'il apparaît clairement qu'il ne recevra pas les soins de santé*⁷⁴ et l'assistance nécessaires dans le pays vers lequel il est renvoyé. *Le fait d'expulser cette personne reviendrait à la condamner à mort.* »

En janvier 2014, le Comité européen des Droits sociaux du Conseil de l'Europe a publié ses [conclusions par pays](#). Le Comité a averti que l'exclusion des immigrés adultes sans papiers des soins de santé (décret-loi 16/2012 en Espagne) est contraire à l'article 11 de la Charte, qui stipule que « *toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.* »

« *Le Comité a affirmé que les États Parties à la Charte ont des obligations positives en matière d'accès aux soins de santé à l'égard des migrants, quelle que soit leur situation administrative. [...] La crise économique ne doit pas se traduire par une baisse de la protection des droits reconnus par la Charte. Les gouvernements se doivent dès lors de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte que les droits de la Charte soient effectivement garantis au moment où le besoin de protection se fait le plus sentir.* »

70 Bureau du Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU à Genève. [Concluding Observations on Spain](#) mai 2012, disponible à http://www.unog.ch/80256EDD006B9C2E/%28httpNewsByYear_en%29/C2126B1B80ACCE10C1257A020032D5C3?OpenDocument, dernière consultation le 31 mars 2014.

71 "Greece must curb hate crime and combat impunity" Muiznieks N. *Report following his visit to Greece from 28 January to 1 February 2013*. Strasbourg.

72 Muiznieks N. *Report following his visit to Spain from 3 to 7 June 2013*. Strasbourg.

73 Projet de résolution adopté par la Commission le 20 novembre 2013 : La lutte contre le sida auprès des migrants et des réfugiés (voir <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=20322&lang=fr>, dernière consultation le 31 mars 2014).

74 Les soins de santé adaptés dans le pays d'origine « devraient être évalués selon la disponibilité géographique et financière du traitement pour la personne concernée dans l'Etat donné. Il convient d'accorder une attention particulière à l'accessibilité d'un traitement continu et de soins de suivi spécialisés (par exemple disponibilité suffisante, tant sur le plan de la quantité que de la qualité, de médecins et de structures de soins spécialisés dans le traitement du VIH ainsi que les analyses sanguines et autres équipements nécessaires). L'absence ou l'existence d'un traitement doit également être évaluée compte tenu de l'état de santé particulier du demandeur (progression de la maladie, complications). »

Institutions de l'Union européenne

En juillet 2013, une large majorité du Parlement européen (PE) a voté en faveur d'une résolution [« sur l'impact de la crise en ce qui concerne l'accès aux soins des groupes vulnérables »](#) (2013/2044(INI)), rappelant que les valeurs fondamentales de l'UE doivent être respectées même en temps de crise. Et pourtant *« les groupes les plus vulnérables sont touchés de manière disproportionnée par la crise actuelle. »* Le PE reconnaît que *« les groupes qui présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité, tels que les Roms, les personnes sans permis de séjour valide ou les personnes sans abri, risquent encore plus de rester en dehors des campagnes de prévention des risques, de tests et de traitement. »* Le PE a enjoint à la Commission et aux États membres de ne pas se concentrer uniquement sur la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale mais à tenir aussi compte des incidences sociales des mesures d'austérité. Le Parlement estime que *« laisser les personnes vulnérables sans accès aux prestations de soins de santé et autres soins constitue une mauvaise économie, étant donné que cela pourrait avoir une incidence négative à long terme sur les coûts des soins de santé et la santé personnelle et publique. »*

Concernant la Troïka, en mars 2014, le PE a critiqué le fait que *« parmi les conditions d'octroi d'une aide financière, des recommandations liées à des réductions précises des dépenses sociales réelles dans des domaines fondamentaux, tels que les retraites, les services de base, les soins de santé et, parfois, les produits pharmaceutiques de base à destination des plus vulnérables [...] »*. Le Parlement a enjoint la Commission et les États membres à *« ne pas considérer les dépenses en matière de santé publique et d'éducation comme étant susceptibles de faire l'objet de coupes, mais comme des investissements publics dans l'avenir du pays, lesquels doivent être honorés et augmentés afin de soutenir la reprise économique et sociale. »*

En 2011, l'Agence des droits fondamentaux (FRA) de l'UE a publié *« L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne. »* La FRA a formulé un avis selon lequel les migrants en situation irrégulière doivent, au minimum, être autorisés par la loi à recourir aux soins de santé nécessaires. De telles dispositions ne doivent pas se limiter aux soins d'urgence mais doivent également inclure d'autres formes de soins de santé essentiels tels que les soins prénataux, nataux et postnataux, les soins pour les enfants, les soins psychologiques et les soins pour les pathologies chroniques.

En mars 2014, à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la discrimination raciale, les directions de trois institutions des droits humains⁷⁶ ont déclaré ensemble : *« Lorsque les dirigeants s'élèvent contre les crimes de haine, c'est un message rassurant fort aux communautés touchées. Les dirigeants politiques jouent également un rôle essentiel dans l'élaboration de politiques visant à contrer les crimes de haines. D'abord, il leur faut mettre en place un système de signalement et de l'enregistrement des incidents racistes, mettant ainsi à disposition des décideurs politiques les informations dont ils ont besoin pour mettre en place des réponses solides et efficaces. »*

Lors d'une table ronde de Médecins du monde au Parlement européen (Impact de la crise sur l'accès aux soins de santé pour les femmes et les enfants) en novembre 2013, le Secrétaire général du Parti populaire européen Antonio LÓPEZ-ISTÚRIZ a déclaré *« il existe des cas où les personnes viennent et ont véritablement besoin de services de santé et se les voient refuser. Or, ces gens qui n'ont ni les moyens ni de couverture santé, qu'ils soient en situation irrégulière ou régulière, devraient avoir accès à des soins de santé gratuits et universels, et c'est ce que nous devons maintenir dans l'ensemble de l'UE. [...] Les femmes enceintes et les enfants doivent bien entendu avoir un accès immédiat aux soins de santé. »*

⁷⁵ Commission de l'emploi et des affaires sociales. [Rapport sur l'emploi et les aspects sociaux du rôle et des opérations de la Troïka](#) (BCE, Commission et FMI) dans les pays du programme de la zone euro (2014/2007(INI)) Strasbourg : Parlement européen (séance plénière), 20/02/2014.

⁷⁶ Ambassadeur Janez Lenarcic, Directeur du Bureau de l'OSCE pour les Institutions démocratiques et les droits de l'Homme (ODIHR), Christian Ahlund, Président de la Commission contre le racisme et l'intolérance du Conseil de l'Europe (ECRI) et Morten Kjaerum, Directeur de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE (FRA).

RECOMMANDATIONS AUX DÉPUTÉS EUROPÉENS

En 2013 et au début de 2014, en vue des élections au Parlement européen, Médecins du monde a invité tous les groupes politiques à expliquer clairement leurs intentions quant à la protection de la santé et des systèmes de santé en temps de crise, comme l'a exigé le Parlement européen et de nombreuses autres institutions européennes.

Malgré la subsidiarité des États membres en matière de santé, la Commission joue un rôle grandissant dans la protection de l'accès à la santé pour les plus vulnérables : au travers du semestre européen et des recommandations spécifiques aux pays sur les réformes de santé, en tant que membre de la Troïka participant aux négociations des termes de l'aide financière pour les pays qui se trouvent en procédure de dette excessive, en tant qu'organisateur des échanges sur les bonnes pratiques en matière de politiques de santé publique entre les États membres. Les députés européens devront collaborer étroitement avec la Commission afin de limiter les conséquences négatives de la crise sur l'accès aux soins.

En outre, nous demandons aux députés européens de lutter sans relâche contre les discours xénophobes incitant à la haine tenant les immigrés pour responsables de tous les maux, que ce soit au Parlement européen ou auprès des responsables politiques nationaux, des décideurs et des représentants des États membres.

UNE INVITATION AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En 2009, 147 organismes de professionnels de santé ont signé la déclaration européenne des professionnels de santé⁷⁷, dans laquelle ils déclaraient que la discrimination dans l'accès aux soins va à l'encontre de la déontologie. L'éthique des professionnels de santé nous impose la responsabilité conjointe de reconnaître et de faire valoir les droits du patient, comme énoncé par l'Association médicale mondiale en 1981 : « *Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution privent les patients de [leurs] droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer.*⁷⁸ »

Les actions et déclarations des professionnels de santé ont fait pencher la balance en faveur des droits à la santé pour les groupes les plus vulnérables en de nombreuses occasions. Refuser les mesures législatives qui altèrent l'éthique de la profession et excluent certains groupes de patients est un message fort aux autorités. Nous appelons tous les professionnels de santé à se joindre à notre exigence de faire passer l'éthique médicale avant tout, quelles que soient les pratiques ou la situation sociale et/ou administrative du patient.

⁷⁷ European declaration of health professionals. Towards non-discriminatory access to health
<http://MdMeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/european-declaration-health-professionals.pdf>

⁷⁸ Déclaration de Lisbonne de l'Association médicale mondiale sur les droits du patient (1981), disponible à
<http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/14/>, dernière consultation le 31 mars 2014.

RECOMMANDATIONS AUX GOUVERNEMENTS NATIONAUX

Médecins du monde demande aux gouvernements nationaux et aux institutions européennes de garantir des systèmes publics de santé universels fondés sur la solidarité, l'égalité et l'équité, ouverts à toutes les personnes vivant dans un État membre de l'Union européenne.

Commencer par une couverture vaccinale universelle et les soins pré et postnataux...

Nous demandons aux États membres d'élaborer des politiques de santé publique fondées sur des faits scientifiques. Exclure des groupes de population des services de santé est dangereux, contraire à l'éthique et coûte très cher. Les gouvernements européens s'étaient engagés à atteindre en 2015 les Objectifs du millénaire pour le développement d'accès universel à la santé reproductive et de commencer à inverser l'incidence des maladies infectieuses telles que le VIH ou la tuberculose. Ils se sont aussi engagés à atteindre l'éradication de la rougeole (ce qui nécessite une couverture vaccinale de plus de 95 % avec deux doses de vaccin).

Tous les enfants doivent avoir un accès total aux programmes nationaux de vaccination et aux soins pédiatriques. Toutes les femmes enceintes doivent avoir accès aux soins pré et postnataux.

Investir dans des soins adaptés à tous, y compris aux personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité

Depuis près de 30 ans, MdM expérimente des programmes nationaux de soins qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé tels que les conditions de vie, le soutien moral disponible, le travail et le revenu, le statut de résidence, la violence vécue, etc. Un enseignement essentiel de cette expérience est que les personnes qui font face à de multiples facteurs de vulnérabilité requièrent [une approche multidisciplinaire](#).

Nos données montrent que de nombreux patients n'ont aucune forme de couverture santé au moment de notre première rencontre. En conséquence, une pratique à recommander aux autorités, en plus de la simplification des procédures d'accès, est de financer des services qui informent les patients de leurs droits à la santé et les aident dans les démarches administratives complexes après qu'ils ont été orientés par des prestataires des soins.

[Des structures de soins de santé primaires au niveau local, ouvertes à tous](#), sont un instrument clé pour garantir un accès universel.

Certains migrants, en particulier ceux qui ne parlent pas la langue du pays d'accueil, peuvent avoir besoin d'interprétation ou de médiation interculturelle. Les études suggèrent une corrélation entre la qualité des soins et le recours à une médiation appropriée⁷⁹, ce qui peut aussi peser directement sur le nombre de consultations requises et sur l'observance du traitement.

Plus d'un quart des patients reçus par MdM déclarent une mauvaise ou très mauvaise santé mentale. Nombreux sont ceux qui ne reçoivent qu'un soutien social limité. Certains souffrent même de syndrome de stress post-traumatique et ont besoin d'un traitement psychiatrique. De nombreux parents migrants vivent séparés d'un ou plusieurs de leurs enfants. Les migrants sans papiers sont particulièrement susceptibles de souffrance psychique car ils risquent d'être arrêtés à chaque fois qu'ils sortent. En outre, être en situation irrégulière rend difficile de se projeter dans l'avenir. Pour toutes ces raisons, il est particulièrement utile d'organiser [un travail multidisciplinaire entre les professionnels de santé générale et mentale](#) : les premiers peuvent aider à orienter vers un accès efficace aux professionnels de santé mentale, et ces derniers peuvent aider les généralistes à prendre conscience des symptômes et à les traiter.

[L'empowerment des patients est renforcé en les intégrant aux programmes de soins](#). Cela peut prendre la forme d'une invitation faite aux usagers à participer en tant que membres à part entière des équipes, comme éducateurs pairs, experts du travail de proximité... Il existe de nombreuses autres techniques permettant l'implication du plus grand nombre : enquêtes, activités avec les habitants, etc. L'implication du patient participe à la qualité des programmes de santé et conduit à des approches à la fois innovantes et économiques.

[Les actions mobiles de proximité](#) sont un outil nécessaire pour faire tomber les barrières d'accès aux soins. Par exemple, le travail de rue, les visites à domicile ou les équipes mobiles qui se rendent dans les squats, les bidonvilles ou les régions isolées permettent de toucher les plus vulnérables. Les équipes mobiles avec des horaires adaptés (de nuit) sont plus efficaces pour toucher les travailleur(se)s du sexe, les usagers de drogues et les sans-abris.

⁷⁹ Voir, par exemple, Verrept H., Intercultural mediation. An answer to health care disparities? In : Valero Garcés C, Martin A, eds. Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas. Amsterdam : John Benjamins Publishing, 2008.

Auteurs

Pierre CHAUVIN

Médecin et épidémiologiste, Directeur de recherche à l'Inserm, Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (Inserm-Sorbonne Universités UPMC)

Nathalie SIMONNOT

Réseau international de Médecins du monde

Caroline DOUAY

Réseau international de Médecins du monde

Frank VANBIERVLIE

Réseau international de Médecins du monde

Avec la participation de

Eva AGUILERA

Chema ATIENZA

Jean-François CORTY

Janine DERRON

Luc EVRARD

Ramon ESTESO

Agnès GILLINO

Nathalie GODARD

Stéphane HEYMANS

Lucy JONES

Margreet KROESEN

Olivier LEBEL

Liana MAILLI

Victor MENDELGWAIG

Maria MELCHIOR

Christina PSARRA

Begoña SANTOS OLMEDA

Sabrina SCHMITT

Elena URDANETA

Conception graphique

Maud LANCTUIT

Contact

Nathalie SIMONNOT

Doctors of the World International

Network Head Office

nathalie.simonnot@medecinsdumonde.net

Tel: +33 1 44 92 14 37

Traduction

Mathieu BASTIEN

Impression

Clumic Arts Graphiques

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier en priorité les 16 881 patients qui ont répondu à nos questions, pour le temps et les efforts qu'ils ont accepté de nous consacrer afin de témoigner de leur vie et ce malgré les difficultés sociales et sanitaires auxquelles ils étaient confrontés au moment de nous rencontrer.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans la contribution de toutes les personnes qui ont participé à la collecte et l'analyse des données, en particulier tous les coordinateurs et équipes bénévoles et salariées des différents programmes de Médecins du monde où ces données ont été collectées.

Ce travail bénéficie du soutien de la Direction générale de la santé (France) et du Programme européen pour l'intégration et la migration (EPIM), une initiative du Réseau de fondations européennes (NEF).

L'entière responsabilité du contenu de ce document incombe aux auteurs et ce contenu ne reflète pas nécessairement les positions du NEF, d'EPIM ou des fondations partenaires.



Référence pour citation : Chauvin P., Simonnot N., Douay C., Vanbiervliet F.
Mai 2014



« Je suis lesbienne. J'ai été mariée de force, c'est pour cela que je suis enceinte. J'ai dû m'enfuir pour ne pas être tuée. Ici, à l'hôpital, on m'a donné un devis de 12 000 euros pour accoucher ». MdM UK, Londres, 2014.

Allemagne / Ärzte der Welt

www.aerztederwelt.org

Belgique / Médecins du monde

www.medecinsdumonde.be

Belgique / Dokters van de Wereld

www.doktersvandewereld.be

France / Médecins du monde

www.medecinsdumonde.org

Espagne / Médicos del Mundo

www.medicosdelmundo.org

Grèce / Giatroi Tou Kosmou

www.mdmgreece.gr

Pays-Bas / Dokters van de Wereld

www.doktersvandewereld.org

Portugal / Médicos do Mundo

www.medicosdomundo.pt

Royaume-Uni / Doctors of the World

www.doctorsoftheworld.org.uk

Suède / Läkare i Världen

www.lakareivarlden.org

Suisse / Médecins du monde

www.medecinsdumonde.ch

Les documents et informations sur le programme européen sont à retrouver sur www.mdmeuroblog.wordpress.com

