

**« Il faut forger le respect
et non la peur »**

F., patiente de MDM France, Lyon, février 2006

**Enquête européenne
sur l'accès aux soins des personnes
en situation irrégulière.**

Observatoire Européen de l'Accès aux Soins de Médecins du Monde

juin 2007





L'Union Européenne regroupe aujourd'hui 27 pays. Parmi eux, certains jouissent d'une prospérité ancienne, d'autres sortent de longues années de pauvreté et sont en pleine croissance. Si l'ensemble ainsi formé doit permettre de créer une zone de libre échange favorisant la richesse de tous, il doit, y compris dans cet objectif, lutter contre les poches de précarité et de misère encore trop présentes.

Pour cela l'Union Européenne s'est dotée de quelques principes forts. Parmi ceux-ci, le refus de la peine de mort, le droit de tous à la meilleure santé possible, sont fondateurs. **Au delà des déclarations d'intention, ils doivent devenir réalité.** Or aujourd'hui, les populations les plus vulnérables, et surtout les plus pauvres de ce continent, non seulement vivent dans des conditions néfastes à leur santé, mais sont trop souvent exclues des soins élémentaires.

Certes les systèmes de santé des différents pays de l'UE restent encore très disparates, ils ne sont pas tous actuellement en capacité d'offrir le même niveau de soins, mais c'est ce vers quoi l'UE doit tendre. Certes, l'organisation des systèmes de santé des pays membres n'est pas une prérogative européenne, mais la lutte contre les grandes endémies (VIH, tuberculose), et les périls sanitaires (grippe aviaire) en est une. On ne peut négliger le fait que les personnes les plus précaires sont à la fois, les plus vulnérables aux épidémies, et les plus éloignées du système de soins. Oublier d'intégrer les populations les plus pauvres dans le processus d'amélioration des systèmes de santé serait une faute fondamentale en termes humain, de santé publique et financier. Parmi les plus pauvres, les plus exclus, les plus discriminés... il y a les étrangers, et en particulier les personnes sans titre de séjour. C'est pour cette raison que nous avons souhaité au travers de l'enquête qui suit, examiner quel est leur accès aux soins dans plusieurs pays de l'UE, dans la théorie, comme dans la pratique. Tout l'honneur de l'Union Européenne, forte de ses valeurs, sera de leur donner la possibilité d'être des citoyens, des acteurs à part entière... Dans ce but, l'accès aux soins et à la santé est un préalable et un objectif incontournable.

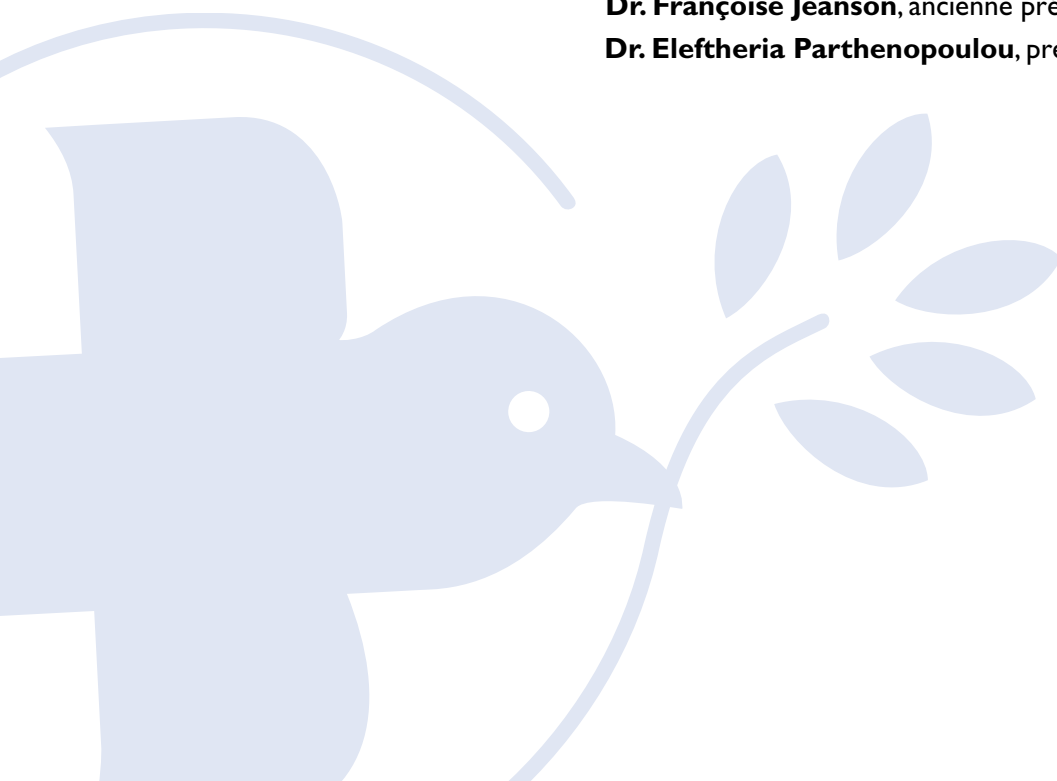
Comité de Pilotage Santé-Migrations du réseau international de Médecins du Monde :

Dr. Michel Degueudre, président de Médecins du Monde Belgique,

Dr. Teresa Gonzalez, présidente de Médecins du Monde Espagne,

Dr. Françoise Jeanson, ancienne présidente de Médecins du Monde France,

Dr. Eleftheria Parthenopoulou, présidente de Médecins du Monde Grèce.





Sommaire

EDITO	1
INTRODUCTION	3
RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE	6
PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE	7
CONTEXTE ET CENTRES ENQUÊTES DANS CHAQUE PAYS	8
- Belgique	8
- Espagne	8
- France	9
- Grèce	10
- Italie	10
- Portugal	11
- Royaume-Uni	11
- Pays-Bas	13
- Allemagne	14
I - CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES	15
1 - AGE ET SEXE	15
2 - ORIGINE GÉOGRAPHIQUES	17
2 - SITUATION SOCIALE	19
1 - LES CONDITIONS DE LOGEMENT	19
2 - LA VIE DE COUPLE ET DE FAMILLE	21
3 - L'EMPLOI	24
4 - LES REVENUS	25
5 - LA SITUATION ADMINISTRATIVE	26
3 - ACCÈS À UNE COUVERTURE SANTÉ	28
1 - LES DROITS THÉORIQUES A UNE COUVERTURE SANTÉ	28
2 - L'ACCÈS EFFECTIF A UNE COUVERTURE SANTÉ : L'OBSTACLE DE L'INFORMATION	31
3 - L'ACCÈS EFFECTIF A UNE COUVERTURE SANTÉ : L'OBSTACLE DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES	34
4 - QUI SONT LES PERSONNES QUI, BIEN QU'AYANT DROIT A UNE COUVERTURE SANTÉ, N'EN BÉNÉFICIENT PAS DANS LES FAITS ?	34
5 - RÉCAPITULATIF PAR PAYS	35
4 - ÉTAT DE SANTÉ	37
1 - MOTIFS ET RECOURS AUX SOINS LORS DE LA DERNIÈRE DEMANDE DE SOINS	37
2 - SANTÉ RESENTIE ET PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS	40
3 - CONDUITES ADDICTIVES	49
4 - ACCÈS AU DEPISTAGE ET AUX TRAITEMENTS LIÉS A L'INFECTION PAR LE VIH	50
5 - INFECTION PAR LE VIH	54
5 - OBSTACLES À L'ACCÈS ET À LA CONTINUITÉ DES SOINS	57
1 - LES OBSTACLES EXPRIMÉS PAR LES PATIENTS	57
2 - LES REFUS DE SOINS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	60
CONCLUSION	63
CHARTRE POUR LA SANTÉ DE TOUTES LES PERSONNES ÉTRANGÈRES RÉSIDENTES EN EUROPE	64
RECOMMANDATIONS MÉTHODOLOGIQUES	66
QUESTIONNAIRE	69

Introduction



Médecins du Monde est une association de solidarité internationale qui a pour vocation, de soigner les populations les plus vulnérables dans des situations de crises et d'exclusion partout dans le monde et dans chaque pays où une délégation nationale est présente,

- en suscitant l'engagement volontaire et bénévole de médecins, d'autres professionnels de la santé ainsi que des professionnels d'autres disciplines, nécessaires à ses actions,
- en s'assurant l'appui de toutes les compétences indispensables à l'accomplissement de sa mission,
- en privilégiant en toutes occasions des relations de proximité avec les populations soignées.

Médecins du Monde, à partir de sa pratique médicale et en toute indépendance,

- révèle les risques de crises et de menaces pour la santé et pour la dignité afin de contribuer à leur prévention,
- mobilise des partenaires pour les actions de solidarité sortant du champ de la santé,
- dénonce par ses actions de témoignage les atteintes aux droits de l'homme et plus particulièrement les entraves à l'accès aux soins,
- développe de nouvelles approches et de nouvelles pratiques de la santé publique dans le monde, fondées sur le respect de la dignité humaine,
- s'engage auprès de ses donateurs à entretenir des relations d'une totale transparence,
- milite pour instituer, en fonction d'une éthique de la responsabilité, les valeurs de la médecine humanitaire.

Médecins du Monde est aujourd'hui présent dans 12 pays d'Europe¹. Dans tous ces pays, l'association mène des projets de promotion de la santé auprès des populations vulnérables en difficulté d'accès à la prévention et aux soins. C'est-à-dire que les équipes de MDM en Europe travaillent au quotidien auprès des Roms, des sans abris, des usagers de drogues, des personnes se prostituant, des personnes isolées et sans ressources, des migrants pauvres avec ou sans papiers, des enfants victimes du saturnisme, des enfants sans accès à la vaccination, ...

Les premières réunions du réseau européen de *Médecins du Monde* ont conclu au grand espoir que représentait l'Europe dans la réaffirmation et l'extension des droits fondamentaux de toutes les personnes résidant sur ce territoire pour la protection de la santé.

En effet, plusieurs textes européens reconnaissent le droit de toute personne humaine à pouvoir protéger sa santé, comme la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ou la Charte sociale européenne.

La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales a une portée universelle, autrement dit vocation à s'appliquer à toute personne se trouvant sur le territoire de l'un des Etats signataires, indépendamment de sa nationalité et de sa situation au regard de la législation relative au séjour.

Ainsi, la Cour européenne des droits de l'homme a dégagé, notamment à partir de l'article 14 de la Convention, un principe d'égalité et de traitement entre étrangers et nationaux.

Article 14 – Interdiction de discrimination. *La jouissance des droits et liberté reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.*

¹. Allemagne, Belgique, Chypre, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse

Ainsi, dès lors que la prestation sociale est prévue dans la législation nationale, on peut se prévaloir du principe de non discrimination pour son bénéficiaire.

La Charte sociale européenne offre une protection dans de nombreux domaines, notamment la protection sociale. La jouissance de tous ces droits est en outre complétée par une clause générale de non discrimination.

Article 11 – Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.

Article 13 – Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale.

Article 16 – La famille, en tant que cellule fondamentale de la société, a droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée pour assurer son plein développement.

Article 17 – Les enfants et les adolescents ont droit à une protection sociale, juridique et économique appropriée.

Article 30 – Toute personne a droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe a affirmé que la protection de la Charte doit profiter aux personnes en situation irrégulière, il en va de « l'essence » et « de l'objectif général de la Charte ». Et puisque l'accès aux « soins de santé constitue un préalable essentiel » (...) « à la dignité humaine », tout Etat lié par la Charte doit accorder un droit à l'assistance médicale à tous « les ressortissants étrangers, fussent-ils en situation irrégulière »².

C'est en s'inspirant de ces textes qui sont tout à l'honneur du Conseil de l'Europe que les MDM en Europe ont choisi de porter leur attention sur les plus vulnérables des vulnérables aujourd'hui. Il s'agit aussi d'un public auprès duquel TOUS les MDM en Europe travaillent : ceux qui ne disposent pas au moment où nous les rencontrons d'un titre de séjour acceptable dans leur pays de résidence, les sans papiers.

Un regard objectif sur l'accès aux soins de ces femmes et ces hommes dans les différents pays de l'UE doit permettre de repérer les dispositions les plus favorables à une vraie politique de santé publique. Il faut ensuite les appliquer à l'ensemble des pays, faisant ainsi progresser l'Union tout entière.

L'objectif des MDM est d'obtenir dans chaque pays en Europe l'accès aux soins pour tous, en particulier les populations les plus précarisées :

→ obtenir une amélioration de l'accès aux soins des migrants, et en particulier des enfants et des personnes sans autorisation de séjour,

→ obtenir la non expulsion des personnes atteintes de pathologies graves qui ne peuvent pas être soignées dans leur pays d'origine, et de leur garantir un accès aux soins sur le territoire européen.

C'est pour cela que MDM a créé un **Observatoire Européen de l'Accès aux Soins** qui doit nous permettre de témoigner sur les difficultés d'accès aux soins sur le territoire européen des personnes vivant en situation de précarité. Ce témoignage s'appuie sur des constats et des enquêtes de terrain en face à face avec les personnes les plus vulnérables afin de convaincre les différents gouvernements mais aussi les institutions européennes de la nécessité d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins.

MDM n'a pas la vocation à être un organisme de recherche. Cela impose à nos enquêtes une double contrainte :

→ chaque question posée au patient doit directement lui apporter une plus value en matière d'accès à une couverture santé et aux soins ;

→ les questions posées doivent aussi contribuer à construire un savoir sur les difficultés rencontrées par les patients ainsi que sur leur état de santé.

2. Décision du Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe du 3 novembre 2004, rendue publique en mars 2005, suite à une réclamation de la Fédération Internationale des ligues des Droits de l'Homme (FIDH), en collaboration avec la Ligue des Droits de l'Homme (LDH) et du Groupe d'Information et de Soutien aux Immigrés (GISTI), déposée en 2003 (procédure de réclamation collective dans l'affaire 14/2003 FIDH c/France) - <http://www.coe.int>

En 2005-06, l'Observatoire Européen de l'Accès aux Soins de *Médecins du Monde* a élaboré et mis en place une enquête statistique simultanée dans 7 pays auprès des personnes en situation irrégulière rencontrées. Parallèlement, les patients rencontrés ont décrit leur situation et nous avons recueilli des informations sur les législations nationales régissant l'accès aux soins.

Les premiers résultats de l'Observatoire européen de l'accès aux soins montrent l'intérêt de conduire ce type d'enquête étant données la faiblesse et la rareté (voire l'inexistence) d'enquêtes nationales sur la situation sociale, sanitaire et médicale des étrangers vivant en Europe en situation administrative précaire – a fortiori d'enquêtes européennes comparatives.

Ces observations, ces statistiques descriptives et les témoignages vont tous dans le sens d'une population très précaire, aux conditions de vie difficiles, aux besoins de soins importants et le plus souvent sans couverture santé.

C'est pourquoi l'accès effectif à la prévention et aux soins des sans papiers passe le plus souvent (étant donné leur manque de ressources financières) par la gratuité.

L'Union Européenne saura t'elle relever le défi de se porter garante que, sur son territoire, personne ne soit exclu des soins du fait d'un papier administratif, d'un statut changeant selon les législations, au gré des élections, au fil des réformes de l'organisation des soins ?

Que vaut un statut administratif par rapport à la communauté des êtres humains, à l'égalité et à l'équité ?

Quelle pathologie arrive à lire les titres de séjour ?

Nous ne reconnaissons qu'un seul type d'être humain et ne connaissons aucune pathologie qui stoppe devant un papier.





Résumé de l'enquête

Les conditions de vie des personnes interrogées sont difficiles. 40 % des personnes considèrent leur logement comme étant précaire, 11 % vivent à la rue. Toutes sont sans ressources.

D'une manière générale, nous constatons que **les personnes ne sont pas informées de leurs droits.**

Un tiers des personnes ne sont pas informées de leur droit à bénéficier d'une couverture santé.

Dans le domaine du VIH, la majorité des personnes ignore qu'elles peuvent bénéficier gratuitement d'un dépistage du VIH et près des deux tiers ignorent que des traitements sont gratuits.

Un autre exemple de déficit d'information : la vaccination des enfants. Sur l'ensemble de la population concernée par ce sujet, une petite majorité seulement sait que leur enfant peut bénéficier gratuitement de la vaccination et/ou dans quel lieu il est possible de s'adresser pour cela.

Les personnes n'ont généralement pas accès à la couverture santé, que ce soit par manque d'information sur leurs propres droits, par absence de mise en œuvre des démarches pour les faire valoir, ou encore parce que les procédures administratives sont encore en cours.

Dans l'ensemble de la population interrogée, **deux personnes sur dix perçoivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais.** Les principaux domaines cités sont les problèmes digestifs, ostéoarticulaires et de santé psychique – mais aussi, pour les femmes, les problèmes gynécologiques. **Seul un tiers des personnes souffrant d'un problème de santé chronique bénéficie d'un traitement en cours.** Près de la moitié des personnes ayant déclaré au moins un problème de santé a souffert **d'un retard au recours aux soins.**

Nous avons demandé aux personnes comment elles avaient fait pour se soigner la dernière fois qu'elles s'étaient senties malades : les trois quarts des personnes ont consulté un médecin tandis que 20 % n'ont pas consulté. Lors du dernier problème de santé rencontré, **une personne sur dix a essayé un refus de prise en charge par des professionnels de santé.** Nous avons constaté que certains de ces problèmes de santé sont des urgences (fractures et brûlures notamment, mais aussi grossesse ou troubles de la personnalité), des maladies graves (diabète insulino-dépendant, hépatite virale) ou infectieuses (sinusite, pneumonie).

Les obstacles les plus fréquents à l'accès et à la continuité des soins, exprimés par les personnes elles-mêmes, concernent principalement la méconnaissance des droits, la méconnaissance des lieux de soins où s'adresser, le coût des traitements, les difficultés administratives, la peur d'une dénonciation et de la discrimination, et les barrières linguistiques et culturelles.

Présentation de l'enquête



La situation des migrants vivant en Europe en situation irrégulière est encore mal connue. On sait leur situation sociale et économique très précaire³. Divers témoignages attestent également des difficultés qu'ils rencontrent pour faire valoir leur droit aux soins et pour bénéficier de l'assistance du système sanitaire⁴. D'une façon générale, les programmes nationaux de soins de santé font fréquemment une discrimination à l'encontre des migrants temporaires (la plupart des migrants relèvent à un moment donné de cette catégorie), des demandeurs d'asile⁵ et de ceux – finalement ou dès leur arrivée - dépourvus d'autorisation de séjour⁶. Pour ces personnes, les obstacles à un bon état de santé sont nombreux et souvent considérables, dus notamment aux discriminations, à leur statut juridique, aux différences linguistiques et culturelles, à différentes difficultés sociales et économiques et à leurs conditions de vie généralement très difficiles⁷. **Mais, la très grande majorité des enquêtes nationales ne prenant pas en compte les étrangers en situation irrégulière, on manque d'informations statistiques sur leurs conditions de vie, leur état de santé et leur accès aux soins⁸.**

Les résultats présentés ici doivent être lus comme un «témoignage statistique» des situations observées dans les différents centres de cet Observatoire européen. Ils n'ont pas l'ambition de présenter une photographie représentative des difficultés d'accès aux soins de toutes les personnes en situation irrégulière en Europe... ne serait-ce que parce que les personnes enquêtées ici ont pu, au moins, entrer en contact avec les structures de soins où a eu lieu l'enquête. Ceci étant souligné, faute d'enquêtes représentatives (qui semblent très difficiles à réaliser et qui n'existent pas), les résultats quantitatifs présentés ici permettent de dégager certaines tendances fortes et certaines différences internationales qui, malgré la prudence nécessaire à leur interprétation, illustrent et renseignent l'étendue des difficultés d'accès aux soins rencontrées par cette population.

Cette première enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins a mobilisé la quasi-totalité des MDM en Europe. L'ensemble du réseau MDM s'est fédéré et a travaillé autour de cette dynamique, en tenant compte de ses différences et en tentant de les surmonter. Il existe en effet de nombreuses différences d'un pays à l'autre, au niveau :

- des législations régissant l'accès aux soins,
- des populations rencontrées et de leurs problématiques,
- des pratiques des équipes sur le terrain,
- des contextes,
- des moyens d'intervention,
- de la définition des concepts,
- du vocabulaire utilisé,
- de la langue, ce qui peut entraîner une compréhension et une interprétation différentes des situations.

3. Chauvin P, the Europromed Working Group, eds. *Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe*. Amsterdam, IOS Press, 2002, 198 p.

4. Brixi O. Santé et migration. In : Lebas J, Chauvin P. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, p. 99-102. *Sur la question par exemple du droit au séjour pour raisons médicales, en France, voir le rapport 2003 de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers.* (http://www.odse.eu.org/rubrique.php?id_rubrique=14).

5. Silove D, Stelle Z, Mollica RF. *Detention of asylum seekers: assault on health, human rights and social development*. *Lancet*, 2001, vol. 357: 1436-37.

6. Verbruggen N, ed. *Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom*. Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.

7. Organisation Mondiale de la Santé. *Migrations Internationales, santé et droits humains*. Genève, OMS, 2005.

8. Lamara F. *Migration et santé publique dans l'Union européenne : une mise en chantier qui se fait attendre*. In : Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005, p. 305-321.

Le questionnaire qui a servi à la collecte de données est ainsi issu de plusieurs mois d'échanges et d'un séminaire de travail avec la présence d'au moins un représentant de chaque MDM pour mettre en œuvre l'enquête sur des bases communes.

La passation des questionnaires s'est déroulée de juillet 2005 à février 2006.

Au total, **835 personnes, étrangères en situation irrégulière, ont été interrogées dans 7 pays** : la Belgique, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, le Portugal et le Royaume-Uni.

Les questionnaires ont été administrés par des intervenants des missions de *Médecins du Monde* (travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, psychologues, accueillants,...) ou, dans de plus rares cas, par des intervenants d'associations partenaires de *Médecins du Monde*.

Les résultats intermédiaires de l'enquête ont été partagés et discutés avec l'ensemble des MDM lors d'une journée de travail pour que chacun puisse contribuer à l'analyse.

Contexte et centres enquêtés dans chaque pays

Belgique

→ **202 personnes** interrogées dans 2 programmes de *Médecins du Monde* et dans 2 associations partenaires

→ Pour les programmes MDM, il s'agit :

- d'une mission « généralistes » pour personnes sans domicile fixe de Bruxelles et ses environs au sein d'un Centre d'Action Sociale Urgente (CASU), 12 personnes enquêtées, 1 730 consultations médicales en 2005
- d'une mission « spécialistes » pour les personnes exclues des soins, au sein d'une polyclinique, 145 personnes enquêtées, 501 consultations médicales en 2005

→ Pour les deux associations partenaires, 45 personnes enquêtées. Il s'agit :

- de *Zorgwonen* qui est une association de prise en charge sociale des personnes vulnérables vivant avec le VIH
- de Aide Info Sida via le centre de référence pour les personnes infectées par le VIH, basé à l'hôpital Saint Pierre de Bruxelles.

Quel accès aux soins en Belgique ?

En Belgique, le système repose sur l'assurance soins de santé et l'assistance sociale (pour garantir l'accessibilité financière). L'assurance soins de santé laisse un important reste à charge (25 à 45 %). Les personnes démunies peuvent être prises en charge à 100 % avec la carte d'aide médicale. Pour les autres, différents calculs selon les revenus permettent de connaître le reste à charge annuel.

Les médicaments sont répartis en 5 catégories avec différents niveaux de reste à charge selon l'intérêt thérapeutique du médicament.

Le système est complexe avec 3 régions : Flamande, Wallone et Bruxelles, elle-même divisée en 3 parties, les compétences sont réparties entre l'autorité fédérale, les régions et les communautés. Par conséquent, un grand nombre de personnes restent en dehors du système du fait de cette complexité.

Les demandeurs d'asile doivent passer par le Centre Public d'Action Sociale (CPAS), au nombre de 19 rien qu'à Bruxelles et son agglomération, pour obtenir le droit aux soins.

La loi organique du 8 juillet 1976 relative aux CPAS reconnaît aux sans papiers le droit d'obtenir gratuitement des soins médicaux, à condition qu'ils soient sans ressource. En effet, ils peuvent bénéficier de l'Aide Médicale Urgente (AMU), dont l'urgence est attestée obligatoirement par un certificat médical, qui concerne à la fois les soins préventifs et curatifs, et peut être dispensée tant de manière ambulatoire que dans un établissement de soins. Le terme « urgent » est trompeur car l'AMU est censée couvrir toutes les pathologies qu'elles soient urgentes ou non. L'AMU prend tout en charge sauf les soins en hôpital psychiatrique et les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, comme les tranquillisants ou les somnifères. De même, les lunettes et les prothèses, notamment dentaires, ne sont pas prises en charge par l'AMU.

Dans les faits, la mise en œuvre de la loi dépend de chaque CPAS.

Les tests de dépistage VIH sont gratuits pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente (pour les autres, les prix varient de 10 à 30 euros ou peuvent être proposés gratuitement par des associations). La prise en charge des traitements anti-rétroviraux est totale pour toute personne (avec AMU pour les sans papiers).

Espagne

→ **201 personnes** interrogées dans 5 programmes de *Médecins du Monde*

→ Il s'agit de 5 Centres d'assistance socio-sanitaires - CASSIN (*Centro de Atencion SocioSanitaria a INmigrantes*), pour les personnes migrantes en difficulté d'accès aux soins :

- Tenerife, 63 personnes enquêtées, 1 048 consultations médicales en 2005
- Bilbao, 54 personnes enquêtées, 565 consultations médicales en 2005
- Valence, 33 personnes enquêtées, 1 343 consultations médicales en 2005
- Madrid, 30 personnes enquêtées, 526 consultations médicales en 2005
- Seville-Malaga, 21 personnes enquêtées, 1 499 consultations médicales en 2005⁹

Quel accès aux soins en Espagne ?

La constitution espagnole de 1978 et la loi relative à la santé de 1986 reconnaissent « le droit à la protection de la santé et à l'assistance pour les soins médicaux à tous les espagnols et ressortissants étrangers qui ont établi leur résidence sur le territoire national ».

Le système public de santé « asistencia sanitaria » est financé par l'impôt, il est gratuit. Seuls les médicaments ont un reste à charge de 40 % sauf pour les maladies chroniques.

Pour accéder aux soins, il faut avoir la carte de sécurité sociale (liée au travail) ou la carte de santé (pour ceux qui ne peuvent pas cotiser ou qui sont sans papiers) : pour cette dernière, il faut être enregistré dans le registre civil local¹⁰. Les étrangers enregistrés dans le fichier de la commune où ils résident bénéficient, quel que soit leur statut, des mêmes droits que les Espagnols, d'accéder gratuitement aux soins (loi organique 4/2000 du 11 janvier 2000). Dans la pratique, certains gouvernements régionaux appliquent difficilement la loi.

De plus, depuis 2003, la loi permet à la police d'accéder aux registres locaux : de nombreux étrangers préfèrent, par prudence, ne pas s'enregistrer et n'ont donc pas accès aux soins. Dans ce cas, s'ils ne bénéficient pas de la carte de santé, ils ont seulement droit aux soins d'urgence (nécessaires à la suite d'une maladie grave ou d'un accident), à l'exception des mineurs et des femmes enceintes, qui bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux espagnols.

Le dépistage VIH et les traitements anti rétroviraux sont gratuits avec l'une des 2 cartes santé ou sécurité sociale.

France

→ **152 personnes** enquêtées dans 4 programmes de *Médecins du Monde*

→ Il s'agit de 4 Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins :

- Paris, 50 personnes enquêtées, 8 595 consultations médicales en 2005
- Lyon, 49 personnes enquêtées, 3 668 consultations médicales en 2005
- Saint Denis, 42 personnes enquêtées, 5 236 consultations médicales en 2005
- Marseille, 11 personnes enquêtées, 5 729 consultations médicales en 2005¹¹

Quel accès aux soins en France ?

En France, le système d'assurance maladie repose sur le principe « chacun cotise selon ses moyens et reçoit des soins selon ses besoins ».

L'assurance maladie était liée au travail avec toutefois en 1992 la création de l'Aide Médicale Départementale et d'Etat réservée à ceux qui ne pouvaient cotiser.

Depuis la création en 2000 de la Couverture Maladie Universelle (CMU), toute personne résidant légalement et de façon stable sur le territoire (depuis plus de 3 mois) a droit à la couverture maladie dite de base (qui couvre environ 65 % des frais).

Si ses revenus sont inférieurs à un seuil (587,13 euros)¹² largement inférieur au seuil de pauvreté en France (774 euros)¹³, elle a droit à la couverture complémentaire (CMU complémentaire), en étant exonérée de toute avance de frais.

Les demandeurs d'asile ont droit à la sécurité sociale de base et à la CMU (pour la complémentaire) dès le dépôt de leur demande d'asile.

L'Aide Médicale Etat (AME) est réservée aux étrangers résidant en France depuis plus de 3 mois, en situation administrative irrégulière, avec des revenus mensuels en-dessous du même seuil que la CMU complémentaire. Ils sont couverts gratuitement, sans avance de frais, pour tous les soins, hormis les prothèses.

9. Il s'agit ici du décompte des seules consultations médicales. Nous n'avons pas repris ici les consultations sociales ou psychologiques.

10. Loi Organique 4/2000 sur les Droits et les Libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale. Article 12 - Droit à l'assistance sanitaire :

1. « Les étrangers se trouvant en Espagne et recensés auprès du service administratif de la municipalité où ils résident habituellement ont droit à l'assistance sanitaire dans les mêmes conditions que celles dont bénéficient les citoyens espagnols. »

11. Il s'agit ici du décompte des seules consultations médicales. Nous n'avons pas repris ici les consultations sociales ou psychologiques.

12. Le seuil de juillet 2005 à juillet 2006 dans l'hexagone était de 587,13 euros. Il est passé à 598,23 euros en juillet 2006.

13. En 2003, le seuil de pauvreté pour une personne seule, est de 774 euros par mois (60 % du revenu médian). Source : rapport 2005-2006 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale en France

Les personnes en situation irrégulière résidant depuis moins de 3 mois en France peuvent bénéficier d'une prise en charge à l'hôpital « des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître » (circulaire du 16 mars 2005). Les tests de dépistage du VIH sont anonymes et gratuits et donc accessibles à tous. L'accès aux traitements anti rétroviraux est compris dans l'AME comme dans la CMU.

Grèce

→ **112 personnes** enquêtées dans 2 programmes de *Médecins du Monde*

→ Il s'agit de 2 *policliniques*¹⁴ d'accueil et de soins, ouvertes à toutes personnes en difficultés d'accès aux soins :

- Athènes, 58 personnes enquêtées, 13 590 consultations en 2005

- Thessalonique, 54 personnes enquêtées, 3 363 consultations en 2005

Quel accès aux soins en Grèce ?

Le système national de santé grec n'existe que depuis 1983.

Toutefois, depuis les années 90, on assiste à une re-privatisation partielle du système et à une décentralisation vers des structures régionales et locales. Pour exemple, neuf dentistes sur dix exercent dans le privé. Le nombre de dispensaires publics s'accroît au fil du temps.

Trois cent organismes de sécurité sociale proposent plus de 40 couvertures différentes.

Un reste à charge de 25 % existe pour les médicaments (sauf pour certaines pathologies chroniques).

Les demandeurs d'asile ont droit au même accès aux soins que les grecs à condition de pouvoir prouver leur statut ce qui s'avère difficile au début de la procédure.

L'accès aux soins des sans papiers est devenu quasiment impossible depuis une loi de 2001, en dehors des urgences hospitalières, et uniquement pour des urgences vitales.

Le test de dépistage VIH est gratuit dans les hôpitaux publics et dans les centres spécialisés. L'accès aux traitements anti rétroviraux fait partie des urgences vitales.

Italie

→ **136 personnes** enquêtées dans 5 villes, au sein de programmes de *Médecins du Monde* et d'associations partenaires

→ Pour les programmes MDM :

- A Rome, 72 personnes enquêtées :

- d'une part dans un centre universitaire de soins ambulatoires destiné aux migrants en situation irrégulière

- d'autre part, au sein d'une unité mobile, pour personnes sans domicile fixe, gérée avec la Communauté de Saint Egidio

- A Milan, 33 personnes enquêtées dans une unité mobile de MDM prodiguant des soins à des personnes essentiellement sans domicile, 3 057 consultations médicales en 2005.

→ Pour les associations partenaires :

- A Florence, 17 personnes enquêtées dans un centre inter-associatif pour personnes se prostituant, 189 consultations en 2005

- A Sienne, 7 personnes enquêtées dans un centre de soins ambulatoires pour migrants en situation irrégulière, 230 consultations en 2005

- A Brescia, 7 personnes enquêtées dans un centre de santé qui accueille des étrangers.

Quel accès aux soins en Italie ?

Le service national de santé italien a été créé en 1978. Il est financé par les cotisations pour toute la population sur un principe de résidence. L'organisation des soins et leur dispensation est régie par les agences sanitaires locales. Des systèmes de dispenses de paiement pour l'enregistrement dans le système national de santé sont prévus pour les personnes à très bas revenus ainsi que pour les demandeurs d'asile.

Pour les sans papiers, l'accès aux soins gratuits est garanti à l'hôpital (outre tout ce qui concerne les mineurs) pour les soins essentiels¹⁵ et urgents¹⁶, la maternité, les vaccinations obligatoires, les maladies infectieuses (selon le décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998).

L'accès au dépistage VIH est gratuit et anonyme pour tous. Les traitements anti rétroviraux sont dispensés à l'hôpital.

14. Policliniques = cliniques citoyennes

15. Les soins essentiels sont ceux qui se rapportent à des pathologies qui ne présentent pas de danger dans l'immédiat, mais qui pourraient être préjudiciables à la vie ou à la santé de l'intéressé à plus long terme.

16. Les soins urgents sont ceux qu'il n'est pas possible de différer, car tout retard mettrait en danger la vie ou la santé de l'intéressé.

Portugal

→ **17 personnes** enquêtées dans un programme de *Médecins du Monde*

→ Il s'agit d'une unité mobile à Lisbonne, qui prend en charge essentiellement des personnes sans abri et seules, | 861 consultations en 2005.

Quel accès aux soins au Portugal ?

Le système national de santé portugais existe depuis 1979. Le droit à la protection de la santé au sein d'un service national de santé universel et général est garanti par la Constitution. Les soins sont donc accessibles à tous dans les dispensaires locaux et dans les hôpitaux de service public. Ce système est financé par l'impôt sur le principe de la résidence. Une privatisation du système est observée depuis 1989. Des écarts régionaux importants sont constatés.

Des restes à charge (1 à 3 euros) existent tant pour les consultations médicales que pour les médicaments selon leur classement d'utilité thérapeutique. De même, il y a un reste à charge pour les prises en charge hospitalières en urgence (2 à 9 euros). Certaines populations peuvent être exemptées.

Le système, légalement accessible, crée pourtant dans la pratique de nombreuses difficultés, en particulier pour les sans domicile fixe ou toute personne manifestant une certaine marginalité : ils seraient souvent laissés dans la salle d'attente des praticiens comme des hôpitaux sans que l'on s'occupe d'eux. Cela serait entre autres dû au déficit important en médecins et en information sur les droits.

Pour les étrangers, y compris les sans papiers, il faut attester (avec 2 témoins) de la résidence depuis plus de 90 jours pour obtenir la carte d'usager du service national de santé. Mais ils devront toutefois s'acquitter d'un reste à charge. Des exonérations sont possibles pour personnes sans ressources.

Les migrants sans papiers résidant au Portugal depuis moins de 90 jours doivent payer pour la totalité du traitement sauf en cas de risque pour la santé publique par exemple pour une maladie contagieuse comme la tuberculose, le VIH ou les IST.

Si les données ne sont dans la réalité pas transmises à la police, les sans papiers craignent souvent d'effectuer la démarche. L'accès au dépistage VIH et aux traitements anti rétroviraux est accessible pour tous les résidents, quel que soit leur statut.

Royaume-Uni

→ **15 personnes** enquêtées au sein du programme de *Médecins du Monde* et d'associations partenaires

→ L'enquête s'est déroulée au moment même de la mise en place de la mission « *Project : London* » – un projet d'accès aux soins pour les migrants, les personnes sans domicile et les travailleurs du sexe, qui a démarré en janvier 2006. Au 30 mars 2006, seules 35 personnes avaient été prises en charge, ce qui explique le faible nombre de personnes interrogées dans le cadre de cette enquête. Les questionnaires ont notamment été passés par l'association *Casa de la Salud* (aidant principalement des personnes originaires d'Amérique latine) et l'association d'aide aux personnes somaliennes *Dadihiye Somali Development Organisation*.

Quel accès aux soins au Royaume Uni ?

Le système britannique est fondé sur le double principe d'universalité et d'équité. Le service national de santé est financé par l'impôt à plus de 80 %. L'accès aux médecins généralistes est gratuit pour tous du moment que la personne arrive à s'inscrire sur leur liste de patients (les sans papiers sont admis à la discrétion du médecin généraliste). Les médecins généralistes sont le passage obligé pour tout accès à un spécialiste (uniquement à l'hôpital). Un reste à charge important existe pour toute prescription (9 euros) sauf pour les traitements prescrits à l'hôpital et pour certaines catégories de personnes : les mineurs de moins de 16 ans, les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins d'1 an, les bénéficiaires de l'assistance chômage et du revenu minimum, les diabétiques et personnes souffrant de quelques autres pathologies. Les personnes avec un bas revenu peuvent faire la demande d'être exemptes des frais de prescription. Leur demande sera évaluée en fonction de plusieurs critères (revenus des co-locataires, épargnes, etc...).

Depuis avril 2004, les sans papiers n'ont droit aux soins gratuits que chez les généralistes, et pas en 2^e ligne (spécialistes, hôpital).

En revanche certains soins sont gratuits pour tous : les soins aux urgences, le planning familial, certaines maladies mentales, les infections sexuellement transmissibles **mais pas le VIH**, les autres maladies contagieuses, le SRAS... Une médecine privée et payante se développe actuellement.

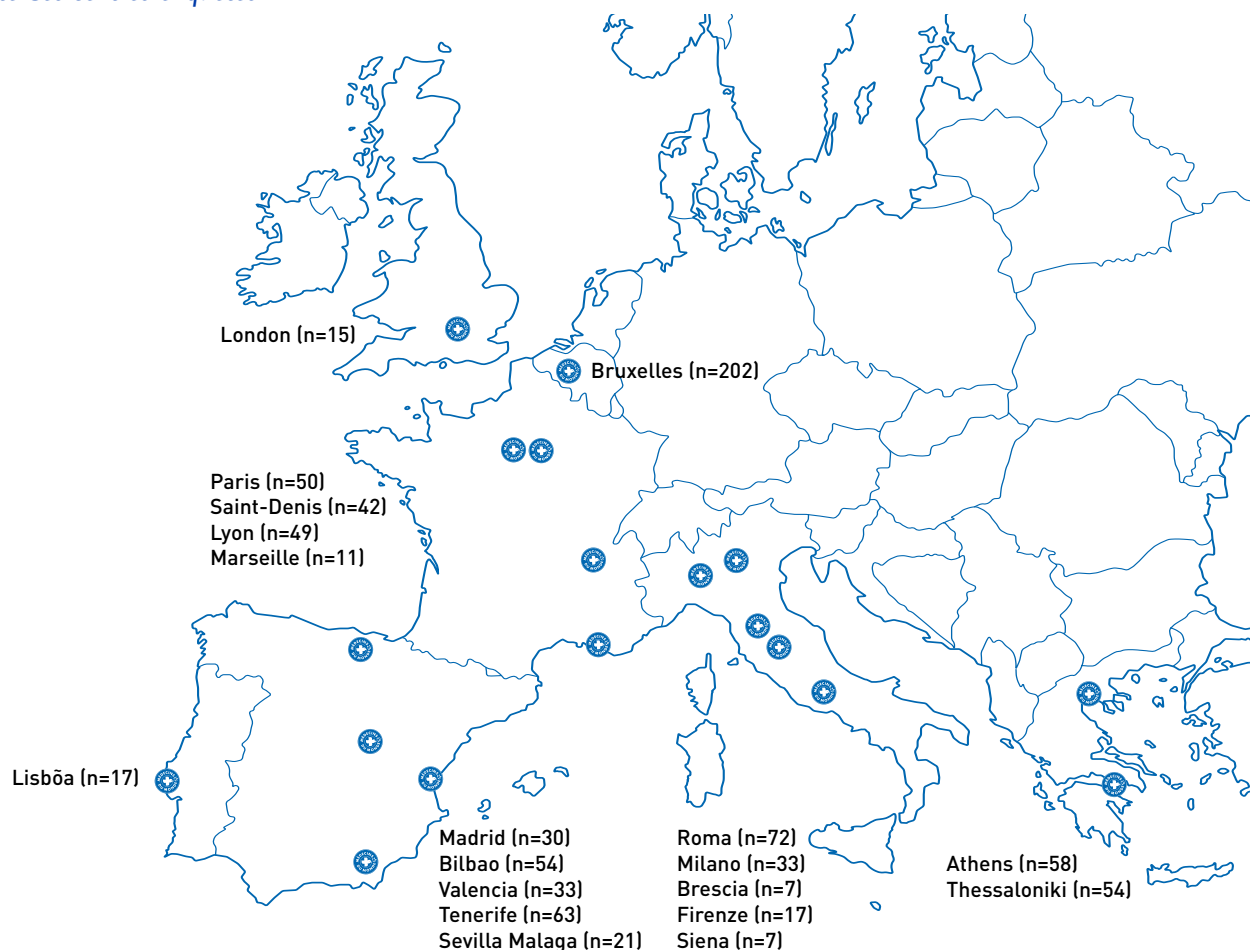
Les sans papiers n'ont aucune prise en charge pour les grossesses ni pour le VIH en dehors du test et de l'accompagnement psychologique lors du test. En revanche les maladies opportunistes sont, elles, prises en charge gratuitement du moment que les personnes sont enregistrées avec un médecin généraliste.

Tableau 1. Missions participant à l'enquête et nombre de personnes interrogées par pays.

	NOMBRE DE MISSIONS	NOMBRE D'ENQUÊTÉS	% D'ENQUÊTÉS DANS L'ÉCHANTILLON TOTAL
Belgique		202	24.2 %
Spécialistes Bruxelles	3	145	17.4
Associations partenaires Bruxelles		45	5.4
CASU Bruxelles		12	1.4
Espagne		201	24.1 %
CASSIN Tenerife	5	63	7.5
CASSIN Bilbao		54	6.5
CASSIN Valence		33	4.0
CASSIN Madrid		30	3.6
CASSIN Seville-Malaga		21	2.5
France		152	18.2 %
CASO Paris	4	50	6.0
CASO Lyon		49	5.9
CASO Saint Denis		42	5.0
CASO Marseille		11	1.3
Italie		136	16.3 %
Rome	5	72	8.6
Milan		33	4.0
Florence		17	2.0
Brescia		7	0.8
Sienna		7	0.8
Grèce		112	13.4 %
Policlinique Athènes	2	58	6.9
Policlinique Thessalonique		54	6.5
Portugal		17	2.0 %
Lisbonne	1	17	2.0
Royaume Uni		15	1.8 %
Londres	1	15	1.8
Ensemble	21	835	100 %

Vu la faiblesse des effectifs interrogés au Royaume-Uni et au Portugal, les données recueillies dans ces deux pays n'ont pas été utilisées pour les comparaisons internationales exposées dans ce document (sauf exceptions dûment signalées) ; mais elles sont intégrées à l'ensemble de l'échantillon pour les analyses globales.

Figure 1. Carte des centres enquêtés



Les équipes de MDM Pays Bas et MDM Allemagne n'ont pas participé à la collecte de données quantitatives pour cette première enquête¹⁷. MDM Pays Bas a recueilli par ailleurs des témoignages. Nous décrivons, ci-dessous, les conditions d'accès aux soins aux Pays Bas et en Allemagne.

Pays-Bas

Aux Pays Bas, avant 2006, un régime d'assurance était ouvert à tout résident légal en dessous d'un certain seuil de revenu couvrant toutes les dépenses courantes (accès gratuit aux médecins généralistes, qui pouvaient prescrire une consultation de spécialiste). Au-delà du seuil, il fallait avoir recours aux caisses d'assurance privées. Ce système était complété par une couverture universelle des soins les plus onéreux et de longue durée, contre cotisation. Une réforme a été votée le 1^{er} janvier 2006 : les néerlandais ont désormais l'obligation de cotiser à une assurance qui couvre une grande partie des soins : 90 euros par mois. Un système complexe de remboursements pour les plus pauvres est mis en place à condition de remplir chaque mois des formulaires... Enfin, des filières de soins sont créées par assurance (1 seul hôpital de référence...). Seules certaines personnes accèdent désormais aux traitements de pointe (exemple pour le cancer).

Les demandeurs d'asile sont pris en charge par une organisation médicale qui leur est spécifique et qui est présente dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile.

L'accès aux soins des sans papiers est problématique depuis 1998, où tout accès aux services publics leur a été retiré. La loi du 1^{er} juillet 1998 donne aux sans papiers le droit de bénéficier des « soins médicaux nécessaires ». Ce sont les professionnels qui apprécient dans quelle mesure les soins demandés sont nécessaires. En règle générale, tous les soins susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie sont considérés comme nécessaires. Toutefois, il semble que les dentistes soient réticents à traiter les sans papiers.

Un fonds spécifique a été créé de 5 millions d'euros annuels (*Koppelings fund*) pour permettre aux sans papiers d'être soignés en cas d'urgence vitale, de maladies infectieuses ou de pathologies mentales à risque pour les autres, pour les femmes enceintes et tout soin néonatal.

Le dépistage VIH et l'accès aux traitements anti rétroviraux sont pris en charge via ce fond **MAIS** en pratique, les professionnels de santé comme les personnes concernées n'en connaissent que rarement l'existence.

17. MDM Allemagne a démarré un programme d'accès aux soins auprès des migrants en automne 2006.

Allemagne

Concernant l'Allemagne, le système est difficile à décrire car des différences régionales importantes existent entre les différents länder.

Toutefois, à la base, l'assurance maladie est obligatoire (les seuls non couverts sont les sans papiers, les travailleurs indépendants et les étudiants ayant dépassé un certain nombre d'années dans le système universitaire) : les cotisations sont fonction des revenus. Le tiers payant est généralisé.

Depuis la réforme du système en janvier 2004, les allocataires sociaux sont désormais astreints à une intervention personnelle de 10 euros par trimestre, pour la prise en charge de leurs soins de santé. En outre, ils sont tenus de participer financièrement à leurs traitements médicamenteux et à l'utilisation d'équipements thérapeutiques. L'Allemagne est le seul des pays étudiés qui n'accorde pas le même système d'accès aux soins aux demandeurs d'asile qu'aux nationaux : les demandeurs d'asile n'ont les mêmes droits que les allemands qu'au bout de 36 mois passés sur le territoire. Dans l'attente, ils n'ont accès qu'aux soins urgents, ainsi qu'à ceux liés à la grossesse, aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine préventive.

Les sans papiers n'ont droit à rien si ce n'est à l'accès aux hôpitaux en cas de douleur intense ou d'urgence médicale, et pour les soins liés à la grossesse. Ils ont par ailleurs accès aux vaccinations réglementaires et aux examens de médecine préventive (loi du 1^{er} novembre 1993). Or, depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnels administratifs doivent prévenir sans délais les autorités chargées de l'immigration s'ils apprennent, dans l'exercice de leurs fonctions administratives, l'existence d'un étranger en situation irrégulière. Ils peuvent ainsi dénoncer aux autorités un sans papier qui vient se faire soigner à l'hôpital. C'est pourquoi les sans papiers hésitent à se rendre à l'hôpital, même en cas d'urgence, et préfèrent se tourner vers des associations.

C'est ainsi que la prise en charge de pathologies comme le VIH n'est pas prévue.



I. Caractéristiques démographiques

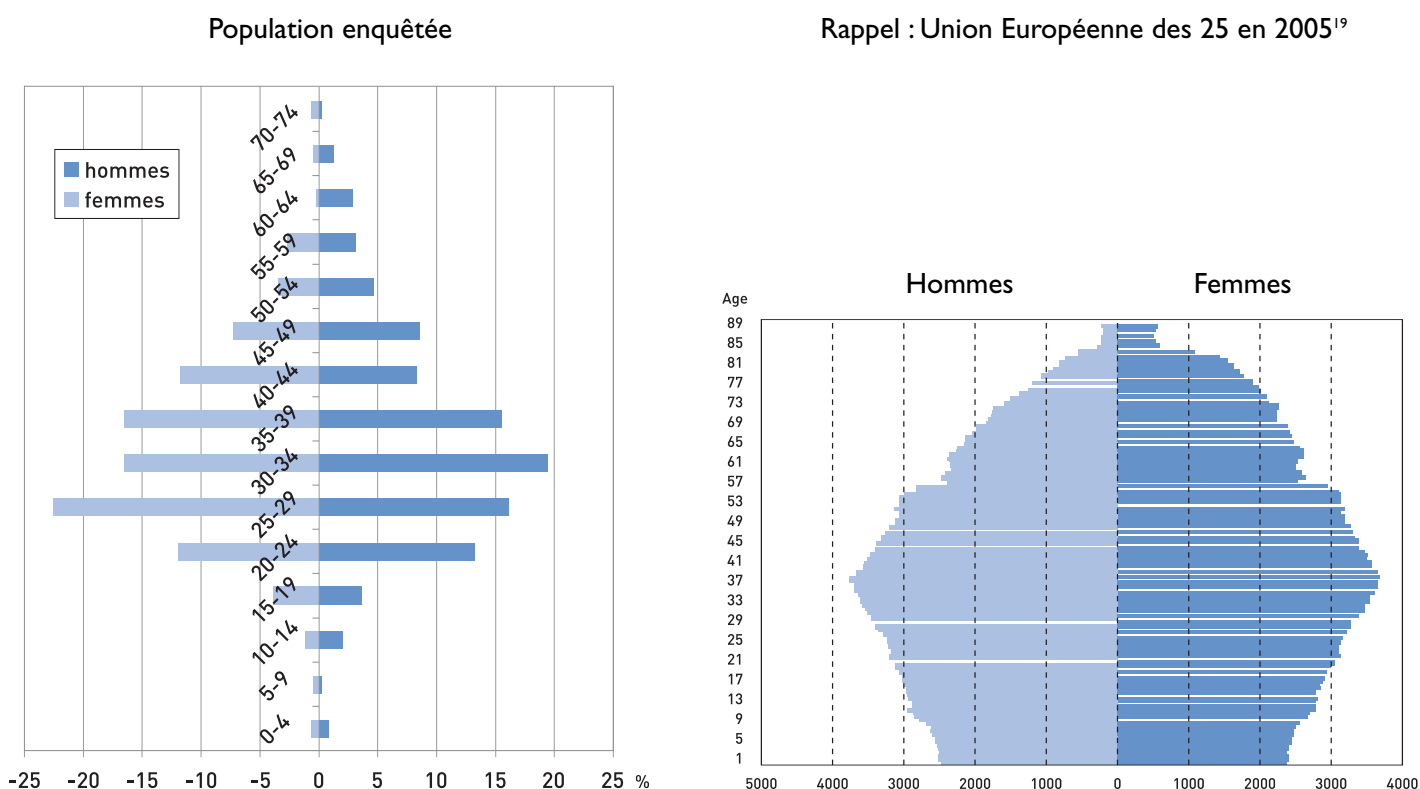


1. Age et sexe

L'échantillon total interrogé se compose de 835 personnes, 53,4 % d'hommes et 46,6 % de femmes (sexe ratio H/F = 1,13), âgées de 0 à 72 ans (moyenne = 33,9 ans).

Les trois quarts des personnes interrogées ont entre 20 et 44 ans – l'âge moyen étant de 34 ans (34,5 ans pour les femmes et 33,5 ans pour les hommes). Les femmes sont davantage représentées parmi les patients les plus âgés, puisque 12,6 % d'entre elles ont plus de 50 ans, contre seulement 7,7 % des hommes¹⁸.

Figure 2. Pyramide des âges de la population enquêtée par sexe.



Selon les pays, on note des différences significatives quant au profil démographique des consultants interrogés – en particulier quant à la répartition par sexe. Ces différences tiennent en partie aux activités des centres de Médecins du Monde qui ont participé à l'enquête²⁰. Seul l'échantillon constitué en Belgique comporte plus de femmes (60,9 %) que d'hommes (39,1 %).

18. La pyramide des âges par sexe présente des différences à la limite de la significativité statistique ($p=0,07$).

19. Source : EPC/Commission Européenne, 2005.

20. Ainsi, concernant la répartition par sexe, les 17 personnes interrogées au Portugal dans l'unité mobile pour personnes sans domicile ne comptent qu'une seule femme ; les données portugaises ne sont pas exploitables en elles mêmes.

Tableau 2. Répartition par sexe et par pays.

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (N)
Belgique	39.1	60.9	202
Espagne	60.3	39.7	201
France	52.0	48.0	152
Italie	60.0	40.0	136
Grèce	54.5	45.5	112
Ensemble	53.4	46.6	832

C'est en France et en Belgique que l'âge moyen des enquêtés est le plus élevé (37 ans), tandis qu'il n'est que de 30 ans en Grande-Bretagne, et compris entre 32 et 33 ans en Italie, en Espagne, au Portugal et en Grèce. En outre, seuls les centres de Grèce, de Belgique et d'Espagne ont inclus dans l'échantillon des patients de moins de 18 ans : respectivement 20 personnes (soit 17.9 % de l'échantillon) en Grèce, 7 personnes en Belgique (soit 3.5 % de l'échantillon) et une seule personne en Espagne. Aux âges plus élevés, l'échantillon espagnol ne compte aucun patient âgé de plus de 60 ans.

Tableau 3. Répartition par quintile d'âge selon le pays d'enquête (en %).

	Belgique	Espagne	France	Italie	Grèce	Ensemble
0 - 4 ans	0.5				4.5	0.7
5 - 9 ans	0.5				1.8	0.4
10 - 14 ans	1.5				8.9	1.6
15 - 19 ans	1.5	5.5	2.0	2.9	8.9	3.8
20 - 24 ans	6.5	18.5	9.3	12.5	16.1	12.5
25 - 29 ans	11.4	23.5	19.2	27.9	17.9	19.6
30 - 34 ans	19.9	16.0	17.2	24.3	8.0	17.8
35 - 39 ans	22.9	17.5	15.2	12.5	7.1	16.1
40 - 44 ans	15.9	8.5	11.3	8.8	1.8	10.1
45 - 49 ans	7.5	6.0	10.6	4.4	11.6	7.8
50 - 54 ans	4.0	3.5	6.6	4.4	1.8	4.0
55 - 59 ans	5.5	1.0	2.6	1.5	4.5	2.9
60 - 64 ans	1.5		3.3		3.6	1.4
65 - 69 ans	1.0		1.3	0.7	1.8	0.8
70 - 74 ans			1.3		1.8	0.5
Total	100 % (n=201)	100 % (n=200)	100 % (n=151)	100 % (n=136)	100 % (n=112)	100 % (n=832)

Tableau 4. Répartition par âge des plus de 16 ans selon le pays d'enquête (en %).

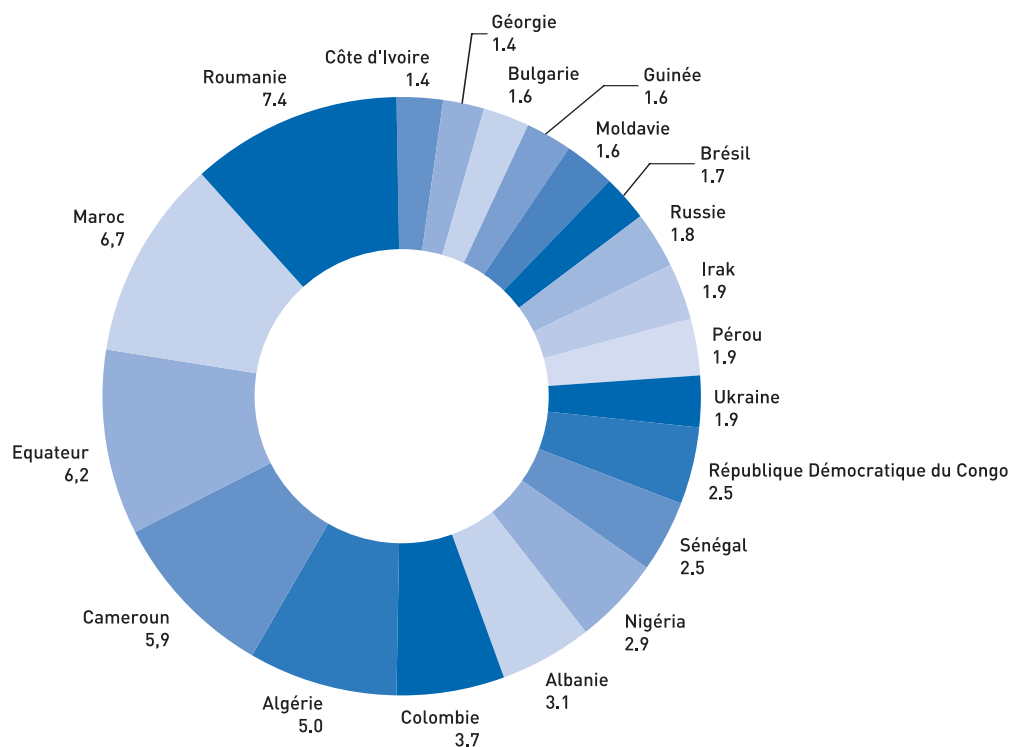
	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	> = 50 ans	Total
Belgique	8.2	55.6	24.0	12.2	100
Espagne	24.0	57.0	14.5	4.5	100
France	11.3	51.7	21.9	15.2	100
Grèce	28.0	39.8	16.1	16.1	100
Italie	15.4	64.7	13.2	6.6	100
Ensemble de l'échantillon	16.6	55.1	18.4	9.9	100

2. Origine géographique

L'origine géographique des personnes interrogées est très diverse, puisqu'on compte au total **85 pays différents**²¹. **Près d'une personne sur trois vient d'un pays d'Afrique sub-saharienne (29.9 %)** - principalement du Cameroun, du Nigeria, du Sénégal et de la RDC et **une personne sur quatre d'un pays des Amériques (24.9 %)** : 23,8 % d'Amérique latine, tout particulièrement l'Equateur, la Bolivie et la Colombie, et 1.1 % des Caraïbes, en l'occurrence Cuba et Haïti. Par ailleurs, **22.3 % sont originaires de pays européens** ne faisant pas partie de l'Union Européenne (principalement de Roumanie et d'Albanie, mais aussi des pays de l'ex-Yougoslavie), 13.5 % du Maghreb (surtout du Maroc et d'Algérie), 5.5 % du Proche ou Moyen Orient (d'Irak et d'Afghanistan pour la plupart) et 3.9 % d'Asie (principalement des Philippines, de l'Inde et du Bangladesh).

Les nationalités les plus représentées dans l'échantillon sont, par ordre décroissant : la Roumanie (7.4 %), le Maroc (6.7 %), l'Equateur (6.2 %), le Cameroun (5.9 %), l'Algérie (5.0 %), la Colombie (3.7 %), l'Albanie (3.1 %), le Nigeria (2.9 %), la République Démocratique du Congo et le Sénégal (2.5 % chacun). Notons que 11.5 % des femmes sont équatoriennes et 10.4 % roumaines ; et 10.6 % des hommes sont marocains. Ces **10 nationalités les plus représentées regroupent près de la moitié de l'échantillon global (46 %)**.

Figure 3. Fréquence des pays d'origine : 20 pays les plus fréquemment cités (en %).

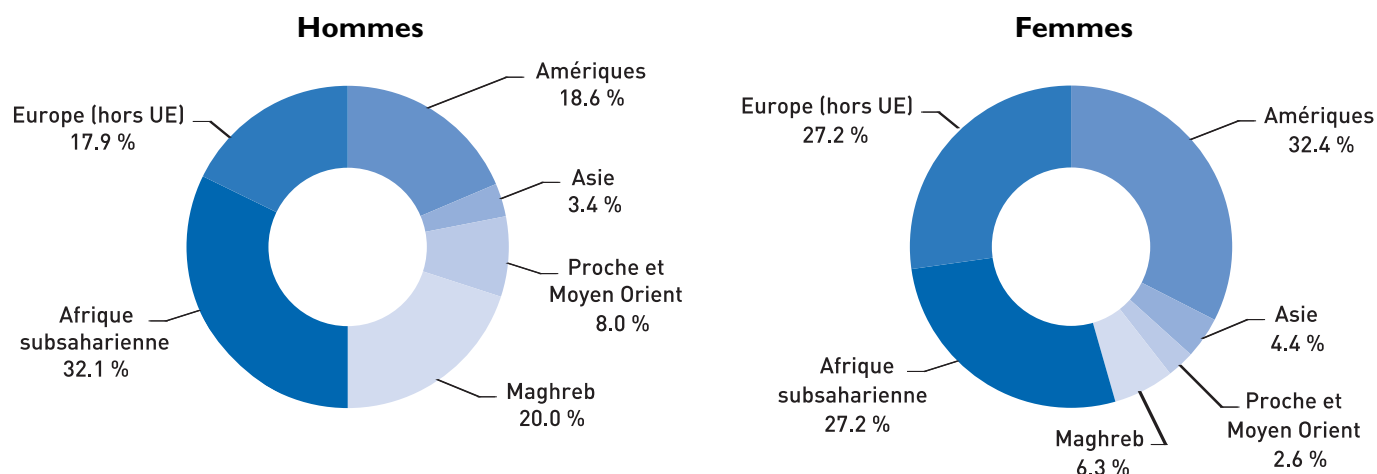


Etant donné que l'émigration ne concerne pas les hommes et les femmes de la même manière dans tous les pays d'origine, il n'est pas surprenant d'observer des différences significatives selon le sexe quant à l'origine géographique des consultants.

Ainsi, dans l'échantillon total, **les hommes viennent le plus souvent d'Afrique sub-saharienne (32.1 %) et du Maghreb (20.0 %)**. Tandis que **les femmes viennent principalement d'Amérique latine (32.4 %), d'Europe (hors Union Européenne) et d'Afrique sub-saharienne (27.2 % pour chacune de ces deux zones) (p<0.001)**.

21. Pour 13 personnes, la nationalité n'a pas été enregistrée.

Figure 4. Répartition des hommes et des femmes selon leur continent d'origine (en %).



De même, l'histoire des flux migratoires propres à chacun des pays européens conduit à d'importantes différences (statistiquement significatives) quant à l'origine des patients accueillis dans les différents pays européens.

Tableau 5. Répartition par continent d'origine selon le pays d'enquête (en %).

	Belgique	France	Espagne	Grèce	Italie	Total
Europe (hors UE)	14.5	15.9	10.9	47.7	34.8	22.3
Afrique sub-saharienne	32.0	49.7	22.8	18.9	25.9	29.9
Maghreb	12.0	25.8	14.0	5.4	9.6	13.5
Proche et Moyen Orient	2.5	2.0	0.5	23.4	6.7	5.5
Asie	7.0	0.7	0.0	4.5	4.4	3.9
Amériques	32.0	6.0	51.8	0.0	18.5	24.9
Ensemble	100 % (N=200)	100 % (N=151)	100 % (N=193)	100 % (N=111)	100 % (N=135)	100 % (N=822)

La Belgique et la France sont, notamment, des destinations privilégiées et anciennes des migrants sub-sahariens, de par les liens historiques entre les anciennes puissances coloniales et les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre²².

Plus récemment, le Portugal est devenu une destination d'émigration, notamment pour l'Afrique lusophone. L'Espagne, de par sa situation géographique, est un lieu de passage (ou de destination) d'une immigration africaine tandis que ses liens culturels et historiques avec l'Amérique latine expliquent (au moins en partie) que la majorité (51,8 %) des enquêtés est originaire de ce continent. Enfin, la moitié des personnes interrogées en Grèce (47,7 %) vient de pays d'Europe ne faisant pas partie de l'Union Européenne ; l'immigration d'origine sub-saharienne y est souvent une immigration de transit à destination d'autres pays de l'Union Européenne.

Les différences observées tiennent également aux activités spécifiques des centres enquêtés.

Si la moitié des patients interrogés en France vient d'Afrique Sub-saharienne (49,7 %), ce pourcentage global recouvre des disparités régionales importantes. Le CASO de Marseille accueille principalement des personnes originaires du Maghreb et le CASO parisien souligne une augmentation de la fréquence des consultants chinois (qui n'ont toutefois pas pu être interrogés faute d'interprètes les jours de l'enquête).

Les enquêtés en Belgique viennent principalement d'Afrique Sub-saharienne (32,0 %) et des Amériques (32,0 %).

Le recrutement de latino-américains y est lié à la nature des activités d'un des centres participant à l'enquête.

22. Pour une synthèse documentée et cartographique des migrations, voir Wihtol De Wenden C. Atlas des migrations dans le monde. Paris, Autrement, 2005, 80 p.

2. Situation sociale



Les différents indicateurs de la situation sociale des personnes enquêtées révèlent globalement la précarité de leur situation dans les différentes dimensions interrogées : logement, vie de famille, emploi, ressources.

1. Les conditions de logement

D'une manière générale, les enquêtes menées en Europe montrent que la situation des étrangers au regard du logement est globalement plus défavorable que celle des ressortissants du pays – tant en termes de statut d'occupation que de confort des logements²³. Pour les étrangers en situation irrégulière, les obstacles dans l'accès au logement sont encore plus importants : faiblesse ou irrégularité des ressources, absence de documents officialisant le séjour dans le pays d'accueil, discrimination et pratiques abusives de la part des propriétaires, pas de droit au logement social, faiblesse des réseaux sociaux, peur de la dénonciation, etc. Outre les questions de précarité de l'hébergement chez des proches, de surpeuplement contraint ou des problèmes d'équipement et d'hygiène, les zones de relégation dans lesquelles vivent souvent les étrangers en situation irrégulière peuvent présenter des risques pour la santé et le bien-être de leurs habitants²⁴...

De fait, **la situation vis-à-vis du logement parmi les personnes interrogées s'avère particulièrement précaire**. Moins de la moitié de l'échantillon (48.4 %) seulement déclare bénéficier d'un logement « fixe » - alors même que la définition d'un « logement fixe » dans cette enquête est très large (davantage que dans les enquêtes statistiques nationales habituelles²⁵), puisqu'elle correspond à la jouissance d'un domicile personnel, éventuellement partagé, mais aussi aux situations d'hébergement par des proches si l'enquêté considère, au jour de l'enquête, que cet hébergement est stable. Pour 40.0 % des personnes enquêtées, le logement est précaire (chez des membres de la famille, des amis, un squat aménagé avec eau et électricité, une caravane, un foyer, etc...). Enfin, 11.5 % n'ont pas de logement du tout : ils dorment dans la rue, dans différents abris, des squats sans eau ni électricité, ou en hébergement d'urgence.

« Je vis chez d'autres gens et je ne peux pas toujours leur demander de prendre en compte mon régime spécial quand ils préparent les repas. »

Extrait de propos recueillis par MDM Pays Bas, auprès de S., 52 ans, diabétique :

”

« Je suis diabétique et ce qui est difficile pour moi, c'est qu'à cause de cette maladie, je dois prendre beaucoup de choses en compte, comme les repas par exemple. Je vis chez d'autres gens et je ne peux pas toujours leur demander de faire attention à mon régime spécial quand ils préparent les repas. Je dépends vraiment d'eux et leur demander de cuisiner en fonction de mon régime ou de faire des repas séparément coûtent de l'argent supplémentaire. J'essaie de suivre mon régime, mais c'est très difficile pour moi, je n'y arrive pas vraiment. »

De façon similaire à ce qu'on retrouve dans les enquêtes représentatives sur les populations sans domicile²⁶, **les hommes sont plus souvent sans logement que les femmes** : près d'un homme sur cinq est dans cette situation (18.2 %), contre 4.0 % des femmes (p<0.001). Inversement, les femmes interrogées sont 56.2 % à avoir un logement fixe, contre seulement 41.6 % des hommes (p<0.001).

23. Pour la France par exemple, cf. INSEE. *Les immigrés en France*. Paris, INSEE, 2005.

24. Braunschweig S, Carballo M. *Health and Human Rights of Migrants*. Genève, Centre international pour la Migration et la Santé, 2001.

25. La définition des situations au regard du logement est très différente selon les pays. Par exemple, les personnes hébergées chez des proches sont considérées dans la plupart des enquêtes nationales comme « sans logement fixe », voire dans certains pays comme « sans domicile ». Voir par exemple : Avramov D, ed. *Coping with homelessness: issues to be tackled and best practices in Europe*. Ashgate Publishing, 1998.

26. Cf. par exemple : Marpsat M. Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Population*, 54 (6) : 885-932.

Tableau 6. Situation des hommes et des femmes au regard du logement (en %).

	Hommes	Femmes	Ensemble
Logement fixe	41.6	56.2	48.4
Logement précaire	40.2	39.8	40.0
Sans logement	18.2	4.0	11.5
Total	100 %	100 %	100 %

« Je dois changer souvent de lieu, parce que les amis ne peuvent plus m'aider et il est alors temps de chercher un nouvel endroit pour m'installer... »

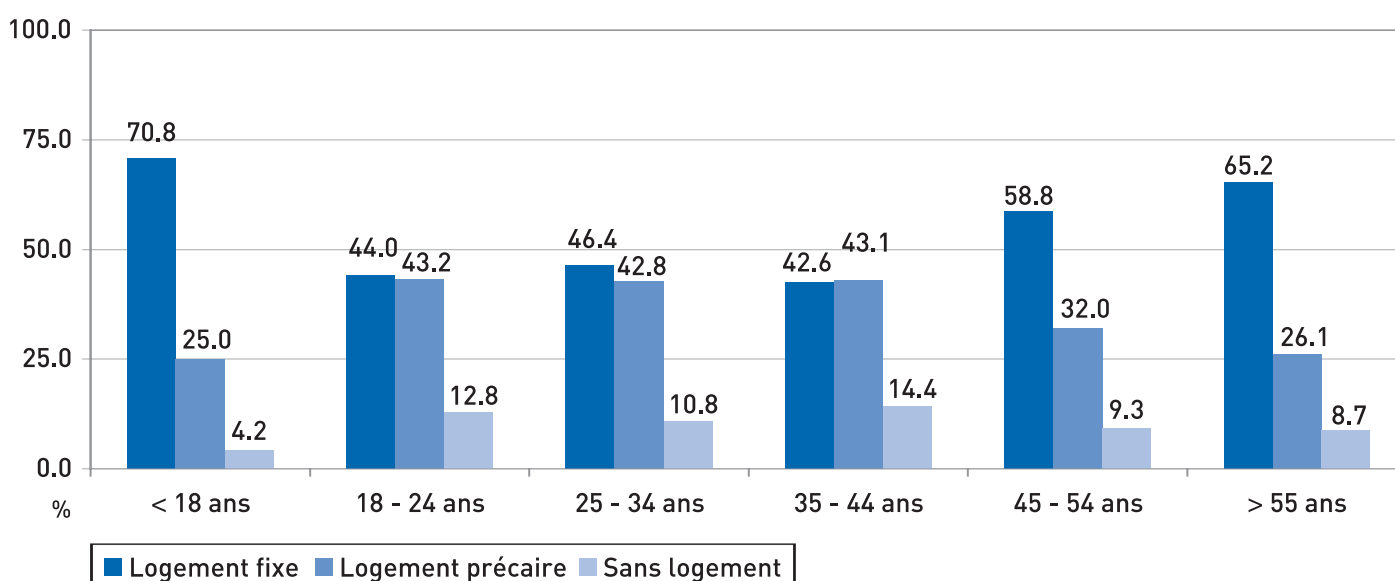
Extrait de propos recueillis par MDM Pays Bas auprès de K., 42 ans, originaire du Ghana :

”

« Je m'appelle K., je suis marié et j'ai 4 enfants. Ma femme et mes enfants vivent au Ghana. J'ai quitté le Ghana pour gagner ma vie pour prendre soin de ma famille. C'est très difficile parce que je n'ai ni travail ni revenus. Depuis mon arrivée en 1999 aux Pays Bas, je n'ai pas de domicile fixe. Je dois changer souvent de lieu, parce que les amis ne peuvent plus m'aider et il est alors temps de chercher un nouvel endroit pour m'installer... »

Concernant l'âge, on remarquera que **la situation de logement est la plus critique pour les groupes d'âge allant de 18 à 44 ans**. Les personnes âgées de 55 ans ou plus ont en revanche très majoritairement un logement (65.2 % un logement fixe et 26.1 % un logement précaire). Parmi les mineurs de moins de 18 ans, six ont un logement précaire²⁷ et un n'a pas de domicile²⁸.

Figure 5. Situation au regard du logement selon l'âge (en %).



Pour une part, les différences observées entre pays sont sans doute dues au recrutement spécifique de certains centres mais aussi aux conditions de migration - seul(e) ou en famille notamment - et aux groupes migratoires différents d'un pays à l'autre.

27. Certains parmi eux sont très jeunes. L'un n'est âgé que de deux ans (enquêté en Belgique), deux sont âgés de 10 ans, les autres ont respectivement 13, 14 et 17 ans.

28. Ce dernier est un garçon de 17 ans, originaire d'Albanie et qui vit actuellement en Grèce (en famille ou avec des amis), sans ressources.

Tableau 7. Situation au regard du logement dans les différents pays d'enquête (en %).

	Belgique	Espagne	France	Grèce	Italie	Ensemble
Logement fixe	54.5	31.7	39.9	69.8	56.8	48.2
Logement précaire	36.5	56.8	52.0	20.8	26.5	40.3
Sans logement	9.0	11.6	8.1	9.4	16.7	11.5
Total	100 % (n=200)	100 % (n=199)	100 % (n=148)	100 % (n=106)	100 % (n=132)	100 % (n=817)

2. La vie de couple et de famille

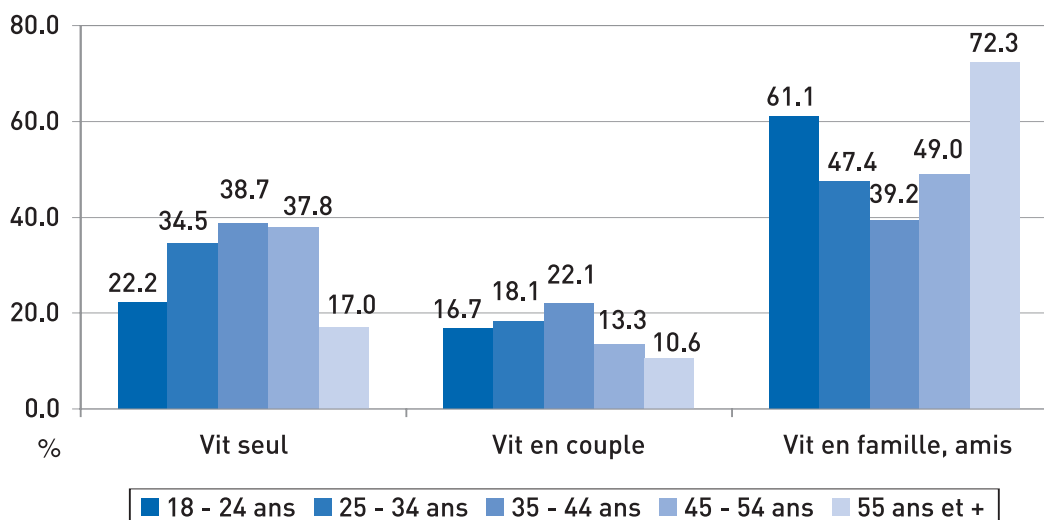
La moitié des personnes vit en famille ou avec des amis (50.6 %), 32,2 % vivent seules et 17.2 % vivent en couple. Les femmes sont deux fois plus nombreuses à vivre en couple que les hommes (23.0 % contre 12,2 % pour les hommes), alors que **les hommes vivent plus souvent seuls** (ils sont 37.2 % dans ce cas, contre 26.4 % des femmes) ($p < 0.001$).

Tableau 8. Situation des hommes et des femmes au regard de la vie de couple (en %).

	Homme	Femme	Ensemble
Vit seul	37.2	26.4	32.2
Vit en couple	12.2	23.0	17.2
En famille, avec des amis	50.6	50.7	50.6
Total	100 % (n=435)	100 % (n=383)	100 % (n=818)

La situation de vie familiale est liée de façon significative à l'âge des individus ($p < 0.001$). Le fait de vivre seul, comme celui de vivre en couple, augmente avec l'âge pour atteindre un maximum dans la classe des 35 - 44 ans (38.7 % de ces personnes vivent seules, et 22.1 % en couple), avant de diminuer au-delà de ces âges. A l'inverse, **le fait de vivre en famille ou avec des amis est le plus fréquent aux âges extrêmes**, avec un minimum pour cette même classe des 35 - 44 ans (39.2 %, contre 50.6 % en moyenne pour l'ensemble de l'échantillon). Notons que tous les mineurs interrogés vivent en famille ou avec des amis, excepté un qui vit seul.

Figure 6. Situation au regard de la vie de couple selon l'âge (en %)



On note également des différences significatives selon le pays d'enquête. Notamment, les personnes interrogées en Belgique et en France sont particulièrement concernées par le fait de vivre seul : 41.5 % et 36.9 % sont dans ce cas dans chacun des deux pays respectivement.

Tableau 9. Situation au regard de la vie de couple selon le pays d'enquête (en %).

	Vit seul	Vit en couple	Vit en famille, amis	Total
Belgique	41,5	24.5	34.0	100 % (n=200)
Espagne	30.7	20.6	48.7	100 % (n=199)
France	36.9	11.4	51.7	100 % (n=149)
Grèce	15.6	6.4	78.0	100 % (n=109)
Italie	25.8	17.4	56.8	100 % (n=132)
Ensemble	32.0	17.3	50.7	100 % (n=821)

La situation familiale ou de couple s'avère également liée à la situation au regard du logement ($p < 0.001$). **Près des trois quarts des personnes sans logement vivent seules** (73.4 %), et seulement 2,1 % d'entre elles vivent en couple. Les personnes ayant un logement précaire sont également nombreuses (31.4 %) à vivre seules. A l'inverse, les personnes ayant un logement fixe vivent en majorité en famille ou avec des amis (55.7 %).

Tableau 10. Situation au regard de la vie de couple selon le type de logement (en %).

	Vit seul	Vit en couple	Vit en famille, amis	Total
Logement fixe	23.2	21.1	55.7	100 % (n=393)
Logement précaire	31.4	16.5	52.1	100 % (n=328)
Sans logement	73.4	2.1	24.5	100 % (n=94)
Ensemble	32.3	17.1	50.7	100 % (n=815)

Au total, **près de la moitié des personnes interrogées ont des enfants** (46.8 % des personnes âgées de 15 ans ou plus). Un seul mineur a des enfants : il s'agit d'une femme équatorienne âgée de 16 ans, enquêtée en Belgique.

Les parents enquêtés ont en moyenne 2.5 enfants (entre 1 et 10 enfants). Mais **près des trois quarts des parents ne vivent pas avec tous leurs enfants** (73.2 %) - que ce soit parce que ceux-ci sont désormais indépendants, parce qu'ils vivent avec leur autre parent en cas de divorce ou de séparation, ou encore parce que la situation sociale des enquêtés les empêche de vivre avec leurs enfants²⁹. Ainsi, le nombre d'enfants vivant avec les personnes enquêtées varie de 0 à 6, avec une moyenne de 0.8.

Tableau 11. Nombre moyen d'enfants (vivant ou non avec les enquêtés) selon l'âge.

	Nombre moyen d'enfants	Nombre moyen d'enfants avec soi
16 - 24 ans	1.3	0.8
25 - 39 ans	2.0	0.7
40 - 49 ans	2.7	0.7
50 ans ou plus	3.9	0.9
Ensemble	2.5	0.8

29. Ce sont des hypothèses que nous avançons bien que ces informations n'aient pas été directement recueillies dans le questionnaire.

En distinguant les personnes qui vivent avec l'ensemble de leurs enfants de celles qui ne vivent qu'avec une partie ou aucun d'entre eux, on constate une différence significative entre les hommes et les femmes. **Les femmes sont en effet plus nombreuses, proportionnellement, à vivre avec tous leurs enfants** (31.1 % des femmes de plus de 15 ans et ayant des enfants sont dans ce cas, contre seulement 19.5 % des hommes, $p=0,02$).

De même, et comme on pouvait s'y attendre, les plus jeunes (ayant donc *a priori* des enfants plus jeunes) sont plus nombreux à vivre avec tous leurs enfants ($p=0.08$), mais on doit tout de même souligner que ce n'est pas la situation majoritaire : **même avant 25 ans, la majorité (52.2 %) des parents ne vivent pas avec tous leurs enfants**. Parmi les personnes âgées de moins de 40 ans, seul un quart (26.5 %) des parents vit avec tous ses enfants, tandis que 72.5 % ne vivent qu'avec une partie seulement ou aucun de leurs enfants.

Tableau 12. Personnes vivant avec tous leurs enfants selon l'âge (en %).

	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 ans et +	Ensemble
Vit avec tous ses enfants	47.8	29.7	25.9	13.6	26.8
Ne vit pas avec tous ses enfants	52.2	70.3	74.1	86.4	73.2
Total	100 % (n=23)	100 % (n=158)	100 % (n=81)	100 % (n=66)	100 % (n=328)

Qu'il s'agisse ou non de leurs propres enfants, un quart (26.0 %) des personnes interrogées vit avec au moins un enfant – le nombre d'enfants dans le foyer de l'enquêté variant de 0 à 10. La majorité (66.4 %) des personnes vivant avec des enfants a certes un logement stable. Mais **près d'un tiers des personnes vivant avec des enfants n'a qu'un logement précaire** (31.3 %), et même 2.4 % (soit 5 personnes parmi les 211 concernées) sont sans logement.

En d'autres termes, si l'on considère les 425 enfants vivant avec les personnes enquêtées, on notera que 132 enfants (soit 31.1 %) vivent dans un logement précaire, et 20 enfants (4.7 %) n'ont pas de domicile (ces enfants étant issus de 3 familles enquêtées en Belgique et de 2 familles enquêtées en France)³⁰.

Tableau 13. Répartition des personnes enquêtées vivant avec des enfants selon le nombre d'enfants vivant avec elles et selon leur situation au regard du logement (en %).

	Logement fixe	Logement précaire	Sans logement	Total
1 enfant	62.9	34.8	2.2	100 % (n=89)
2 enfants	71.4	27.1	1.4	100 % (n=70)
3 enfants	71.4	28.6	0	100 % (n=35)
4 enfants	62.5	37.5	0	100 % (n=8)
5 enfants	66.7	33.3	0	100 % (n=3)
6 enfants	66.7	0	33.3	100 % (n=3)
8 enfants	0	100.0	0	100 % (n=2)
10 enfants	0	0	100,0	100 % (n=1)
Ensemble	66.4 %	31.3 %	2.4 %	100 % (n=211)

30. On remarquera la situation d'un homme de 36 ans, originaire de la République Démocratique du Congo et enquêté dans le centre de spécialistes à Bruxelles, qui a déclaré être sans logement et vivre avec 10 enfants.

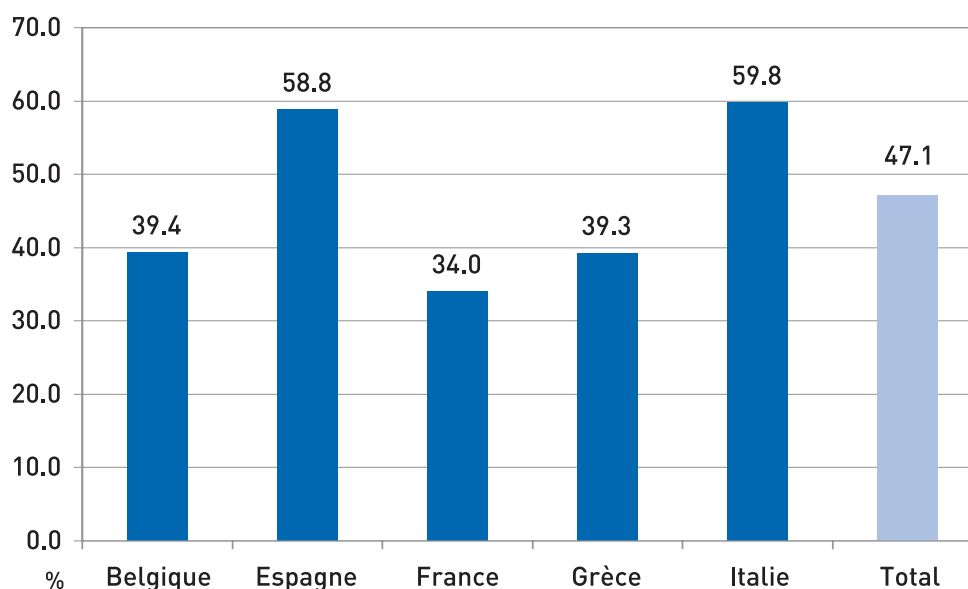
3. L'emploi

La situation professionnelle reflète également la précarité des personnes interrogées. Parmi celles âgées de 16 ans ou plus³¹, **près de la moitié exerce une activité pour gagner sa vie (47.1 %)** – sans différence significative entre les hommes et les femmes.

C'est en France, en Grèce et en Belgique que les enquêtés sont les moins nombreux à exercer une activité professionnelle : ils ne sont que 34.0 % dans cette situation en France, 39.3 % en Grèce et 39.4 % en Belgique.

A l'inverse, **près de 60 % ont une activité professionnelle en Italie et en Espagne** (respectivement 59.8 % et 58.8 %). On sait que, dans ces deux pays, le travail clandestin et le secteur informel sont généralement plus développés qu'en France ou en Belgique³² (dans des secteurs traditionnels comme l'agriculture, le bâtiment et les travaux publics, l'hôtellerie et la restauration, le tourisme saisonnier, mais aussi dans des secteurs émergents comme l'aide aux personnes³³). Il est possible, en outre et par voie de conséquence, que de telles activités y soient plus facilement déclarées par les personnes enquêtées, comparativement aux autres pays.

Figure 7. Proportion de personnes enquêtées qui exercent une activité professionnelle, selon le pays d'enquête (en %).



« Ici, je n'ai trouvé que des emplois aux conditions déplorables, on m'a même proposé d'exercer la prostitution ».

Extrait de propos recueillis, par MDM Espagne, auprès d'une femme de 50 ans de nationalité Uruguayenne :

« Les conditions politiques de l'Uruguay en 2004 empêchaient les gens de s'en sortir. Moi, j'avais les papiers nécessaires pour résider en Espagne car je suis descendante de basques et de galiciens, je suis diplômée et dotée d'une solide expérience professionnelle, c'est pourquoi j'ai pensé, pour le bien de mes enfants et du mien, qu'en Espagne m'attendait un meilleur avenir. Je savais que cela ne serait pas facile à 49 ans même si ma santé me permettait de commencer une vie nouvelle. J'ai décidé de venir seule au début et de laisser mes enfants à leur père avec l'idée de les ramener définitivement auprès de moi quand ma situation serait devenue stable. J'ai pris un avion et je suis arrivée à Tenerife le 25 janvier 2004 avec 50 euros. On m'a donné un emploi d'aide de cuisine bien que je ne possède aucune expérience dans ce domaine. Au bout de 8 mois, je suis entrée en contact avec des gens de la Galice et j'ai enfin pu acheter un billet pour m'y rendre. Bien que je sois iberoaméricaine et d'origine espagnole, je me suis retrouvée dans la même situation que n'importe quel immigré subsaharien, marocain... Ici, je n'ai trouvé que des emplois aux conditions déplorables, on m'a même proposé d'exercer la prostitution. Grâce à l'aide de diverses ONG (Medicos del Mundo a été la première ONG que j'ai connue), j'ai obtenu les informations nécessaires en ce qui concerne les papiers, la santé, les aides, les services ainsi que le soutien personnel et émotionnel dont on a souvent besoin lorsque l'on se retrouve dans une situation limite. Grâce à ces organismes, j'ai pu faire face aux nombreuses entraves administratives que j'ai rencontrées ; les complications pour obtenir la carte sanitaire, les problèmes avec mes papiers souvent refusés au moment de faire une demande de prestations (...) »

31. Dans l'échantillon, aucun mineur de moins de 16 ans ne travaille.

32. Tapinos G. Immigration et marché du travail. L'Observateur de l'OCDE, n° 219, Décembre 1999.

33. Garson JP. Où travaillent les clandestins ? L'Observateur de l'OCDE, n° 219, Décembre 1999.

4. Les revenus

La question sur les revenus dont dispose le foyer de l'enquêté s'avère difficilement exploitable en raison des taux de refus (ou de la fréquence des données manquantes) importants dans certains pays, principalement liés à l'expérience et à la pratique des centres vis-à-vis de cette question. Certains centres, en effet, posent systématiquement cette question à tous leurs consultants (en Grèce et en France par exemple) alors que dans certains pays, le fait que l'obtention d'une couverture maladie dépende du niveau de ressources rend cette question éminemment sensible et biaisée (en Belgique, par exemple).

Globalement, seules 55.7 % des personnes interrogées ont répondu à cette question et, chez ces répondants, la moyenne du revenu disponible par mois est de 205 € par unité de consommation³⁴. Ce revenu (déclaré) est nul pour 22.4 % des personnes qui ont répondu à la question et la moitié des personnes interrogées a un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 145 €.

Pour les raisons soulignées précédemment, le taux de non-réponse atteint des proportions considérables en Espagne (84.4 % des enquêtés n'ont pas répondu), en Belgique (82.7 %) et au Portugal (58.8 %) et **les données sur les revenus ne sont exploitables qu'en France** (taux de réponse de 62.5 %), en Grèce (taux de réponse de 67.0 %) et **en Italie** (taux de réponse de 83.1 %). Dans ces 3 pays, elles doivent néanmoins être interprétées avec la prudence habituelle compte tenu de leur caractère déclaratif (omission volontaire ou non de revenus issus d'activités non déclarées, irrégulières ou illégales, aides financières ponctuelles, méconnaissance des revenus des autres membres du ménage, etc...).

Tableau 14. Revenus par unité de consommation (UC) des personnes ayant répondu à la question des revenus, en France, Grèce et Italie.

	France	Grèce	Italie
Revenus mensuels médians par UC	50 €	118 €	135 €
Revenus mensuels moyens par UC	133 €	171 €	172 €
% de personnes sans revenus	39.2 %	14.7 %	7.1 %
% de personnes sous le seuil de pauvreté (Eurostat 2004)	97.3 %	92.6 %	98.0 %
N	95	75	113

Nous avons retenu pour seuils de pauvreté les seuils calculés par Eurostat en 2004³⁵, correspondant à 60 % du revenu médian dans chacun des pays. Selon cette définition, 92.6 % des personnes interrogées (en 2005-2006) en Grèce vivent sous le seuil de pauvreté, 97.3 % en France et 98.0 % en Italie. Rappelons que les taux de pauvreté nationaux dans ces 3 pays étaient (en 2001) de 21 % en Grèce, 19 % en Italie et 12 % en France.³⁶

Au total, dans les 3 pays dans lesquels on a pu traiter la question, la quasi-totalité des personnes vit sous le seuil de pauvreté (les autres n'ayant quoiqu'il en soit que des revenus proches de ce seuil).

« Je ne veux pas voler. »

MDM Portugal témoigne au sujet d'un jeune homme marocain, âgé de 24 ans :



Ce jeune homme est de très faible constitution, il nous parle avec humour de sa situation. Il nous raconte qu'il y a deux ans, il a embarqué avec un groupe d'amis, dont « il a déjà perdu la trace », dans une barque pleine de personnes, encore en territoire marocain, et qu'ils ont débarqué en Espagne « sans problèmes ».

Il a vécu environ un an en Espagne, il a travaillé dans les récoltes de fruits, également dans le bâtiment. Parce qu'il n'a plus eu de travail pendant un mois ou deux, il est venu au Portugal. Il est entré au Portugal avec une personne qu'il connaissait. Il est sur le territoire national depuis un mois. Il se plaint surtout de la police qui est toujours « à contrôler ». Maintenant, il vit dans la rue, sans travail. Il admet ne pas aimer le fait, que pour manger, il soit obligé de faire des petits boulots, « ranger des voitures », car il n'a pas de vices « Je ne veux pas voler ». Il se rend encore aux « camionnettes » [qui distribuent des repas gratuits] pour assurer son dîner.

34. Le nombre d'unités de consommation dans un foyer a été calculé en appliquant une échelle standard : le 1^{er} adulte du foyer représente 1 unité, les autres adultes 0,7 et les enfants 0,5.

35. Respectivement 762 € par unité de consommation (IUC) en France, 442 €/IUC en Grèce et 635 €/IUC en Italie (données Eurostat pour un ménage composé d'une personne seule, estimations 2004).

36. Guio AC. Pauvreté monétaire et exclusion sociale dans l'UE25. Eurostat, Statistiques en bref, 2005, n°13.

5. La situation administrative

Le temps passé dans le pays d'enquête sans autorisation de séjour varie beaucoup selon les personnes, puisqu'il s'étend de 1 mois à 24 ans, la moyenne étant de 2 ans. La médiane est de 13 mois, ce qui signifie que la moitié des enquêtés vit dans le pays sans autorisation de séjour depuis moins de 13 mois.

C'est en France qu'on observe la plus forte proportion de personnes présentes depuis plus de 10 ans (3.8 %) : les « inexpulsables irrégularisables » victimes des iniquités de la loi française...

Sur l'ensemble de l'échantillon, **22.2 % des enquêtés ont reçu un ordre de quitter le territoire.** Cette proportion est particulièrement élevée parmi les personnes interrogées en Belgique, dont 40.6 % sont concernées. On notera que, d'une manière générale, le risque d'avoir reçu un ordre de quitter le territoire est d'autant plus fort que le temps passé dans le pays sans autorisation de séjour est grand. Par ailleurs, les hommes ont reçu un tel ordre plus souvent que les femmes (respectivement 26.7 % des hommes contre 16.8 % des femmes, $p=0.001$).

Tableau 15. Durée passée dans le pays sans autorisation de séjour, selon le pays (en %).

	Belgique	Espagne	France	Grèce	Italie	Ensemble
Moins de 3 mois	3.3	20.1	13.0	20.2	7.6	12.7
3 - 6 mois	10.6	23.3	27.5	19.2	7.6	17.6
7 - 12 mois	10.0	25.2	22.1	27.3	25.4	20.6
1 - 3 ans	41.1	26.4	21.4	20.2	46.6	31.4
4 - 10 ans	34.4	5.0	12.2	12.1	9.3	16.0
Plus de 10 ans	0.6	0	3.8	1.0	3.4	1.7
Total	100 % (n=180)	100 % (n=159)	100 % (n=131)	100 % (n=99)	100 % (n=118)	100 % (n=714)

« Ils ont découvert que nous avons fait une demande d'asile en Grèce et ils nous ont expulsés ici (...). Ils ne peuvent pas comprendre que si nous rentrons en Afghanistan, ils nous tueront. »

Extrait de propos recueillis par MDM Grèce auprès d'une jeune femme de 28 ans, mariée avec un homme 14 ans plus âgé, mère d'une fillette âgée de 2 ans.

”

Elle est originaire d'un village, pas très loin de Kaboul en Afghanistan.

« J'habitais avec mes parents et je n'avais aucun problème. Jusqu'à mes 23 ans, j'étais fiancée avec un garçon qui avait 10 ans de plus que moi, il est le fils d'un chef politique de mon village. Cet homme, il se comportait très mal, il était jaloux et il me battait souvent. Il y a 3 ans, pendant une réunion politique, j'ai fait la connaissance de mon actuel mari, qui était le chef du parti opposé. Quand j'ai dit au premier qu'il fallait qu'on se sépare, il était furieux et il a promis de me tuer. Au début, je ne l'ai pas cru, mais quand mon frère et mon mari ont été battus par des inconnus, nous avons décidé de partir.

On voulait aller en Angleterre où j'ai de la famille. Suivant le conseil de quelques amis, nous avons décidé d'y aller via la Turquie et la Grèce en payant de l'argent à des « amis ».

La première partie du voyage fut un cauchemar. Nous avons changé plusieurs fois d'autobus et quelques fois, ils nous ont mis dans des camions. Après une semaine, on est arrivé sur les côtes de la Turquie vers la Grèce. Ensuite, après 3 jours, ils nous ont mis dans un petit bateau, il y avait une cinquantaine de personnes, et ils nous ont dit que le lendemain nous serions en Grèce. La traversée s'est faite durant la nuit, et ils nous ont dit qu'il n'y avait aucun danger.

Mais 6 heures plus tard, dans une mer agitée d'hiver, on était en Novembre et il faisait très froid, un bateau des gardes-côtes grecs nous a obligés à débarquer sur une île qui s'appelle Kos. Ils nous ont donné des vêtements chauds et de la nourriture et ils nous ont demandé si nous voulions demander l'asile politique. Malheureusement nos amis nous ont mal conseillés et nous avons accepté.

On est resté à Kos 10 jours et après, on est allé à Athènes où on est resté 6 mois.

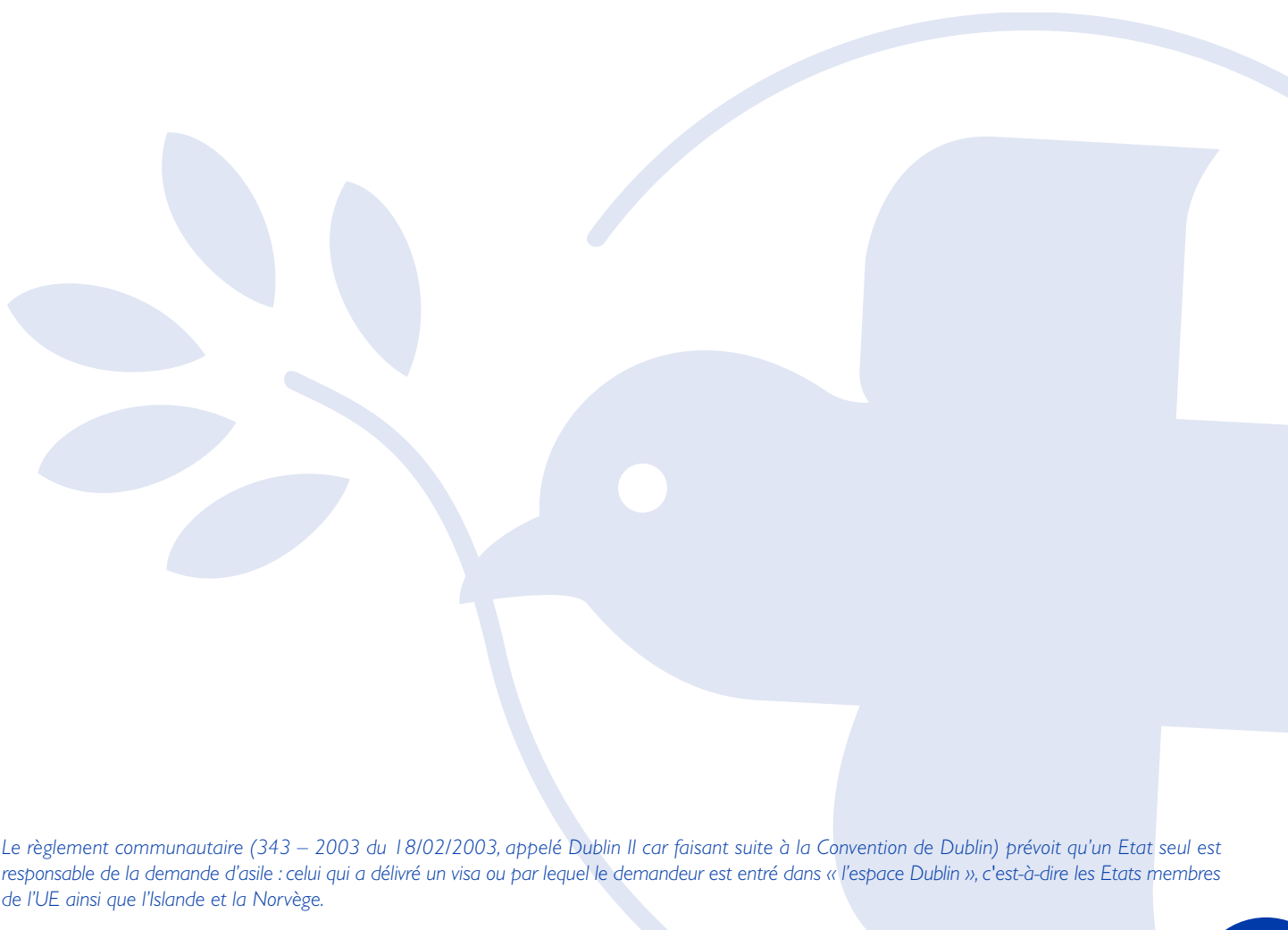
.../...

Après nous avons payé des gens d'une autre nationalité qui nous ont conduits à Patras en nous promettant de nous envoyer en Angleterre via l'Italie et la France.

En effet, une semaine après, ils nous ont cachés dans le carrosse d'un camion et comme ça, le lendemain on est arrivé à Bari, en Italie. De là, nous avons pris le train jusqu'à la frontière, que nous avons traversée une nuit à pieds. Une fois en France, ils nous ont emmenés en voiture à Dijon, où on est resté cachés une vingtaine de jours. Vingt jours après, ils nous ont accompagnés à Calais et encore une fois dans le carrosse d'un camion. Puis nous avons pris le train, et on est arrivé finalement en Angleterre.

J'ai cru que c'était la fin de ce cauchemar. A Londres, nous habitons chez mon oncle et ma tante, notre fille était heureuse, et mon oncle s'occupait de régler nos papiers.

Mais trois mois plus tard, nous nous promenions tranquillement, quand la police nous a arrêtés lors d'un contrôle de routine. Du moment où quelqu'un s'occupe de nos papiers, nous a-t-on dit, il n'y aura pas de problème. Mais il y avait un problème, un grave problème... Ils ont découvert que nous avons fait une demande d'asile en Grèce et ils nous ont expulsés ici [procédure de Dublin II]³⁷. Les grecs nous ont dit qu'à partir du moment où nous avons quitté le territoire, notre demande d'asile politique n'était plus valable et que nous devons quitter l'Europe et rentrer chez nous. Ils ne peuvent pas comprendre que si nous rentrons en Afghanistan, ils nous tueront. »



37. Le règlement communautaire (343 – 2003 du 18/02/2003, appelé Dublin II car faisant suite à la Convention de Dublin) prévoit qu'un Etat seul est responsable de la demande d'asile : celui qui a délivré un visa ou par lequel le demandeur est entré dans « l'espace Dublin », c'est-à-dire les Etats membres de l'UE ainsi que l'Islande et la Norvège.



3. Accès à une couverture santé

Différents termes sont utilisés selon les pays pour caractériser le fait d'accéder aux soins par le bénéfice d'une couverture santé. Il peut s'agir de *carte de santé*, de *carte de sécurité sociale*, de *carte du système de santé*, d'*attestation*, ou encore d'*aide médicale*... Dans un souci de simplification et pour faciliter la lecture du présent rapport, nous avons choisi d'utiliser le terme *couverture santé*.

Les législations des différents pays européens concernant l'accès à une couverture santé pour les étrangers en situation irrégulière sont très diverses : certaines sont très restrictives et n'accordent quasiment aucun droit à ces étrangers (comme par exemple en Grèce), d'autres leur accordent davantage de droits.

Nous voulons insister sur le nécessaire accès effectif à la prévention et aux soins appropriés de toutes les personnes résidant sur le territoire, ce qui passe en Europe par le bénéfice d'une couverture santé. Celle-ci doit prévoir la gratuité pour les populations les plus vulnérables, ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour assumer elles-mêmes les frais de leurs soins de santé. En effet, comme le mentionne la Charte sociale européenne à l'article 13, « *toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale* ».

1. Les droits théoriques à une couverture santé

Parmi les personnes interrogées, **78.3 % peuvent théoriquement, au vu de la législation, bénéficier d'une couverture santé**, sans différence significative selon le sexe. Ce chiffre recouvre des différences significatives entre les pays d'enquête – et l'on soulignera que la majorité des enquêtés vit dans des pays où la législation sur ce point est la plus favorable pour les étrangers en situation irrégulière.

La Grèce est un cas à part, puisque la législation ne prévoit aucun droit à une couverture santé pour les étrangers en situation irrégulière, hormis dans quelques situations bien particulières (soins périnataux et soins pour certaines maladies infectieuses). Parmi les personnes interrogées, seulement 6.9 % pourraient théoriquement bénéficier d'une couverture santé.

Dans 3 pays, les personnes interrogées ont très largement un droit théorique à une couverture santé qui donne accès aux soins gratuits : en Belgique, en Italie, et, dans une moindre mesure, en France où 10 % de la population enquêtée ne peut en bénéficier.

→ Ainsi, en **Belgique**, l'Aide Médicale Urgente (AMU) est en théorie reconnue à tous les étrangers en situation irrégulière, ayant des ressources insuffisantes, et dont l'état de santé présente un caractère d'urgence attestée par un médecin. L'AMU prend en charge tous les soins répertoriés par la Sécurité sociale.

→ En **Italie**, l'ensemble des étrangers en situation irrégulière ont en théorie accès aux soins « urgents » ou « essentiels » administrés dans les établissements publics ou agréés, ainsi qu'aux programmes de médecine préventive, et aux prestations liées à la grossesse et à l'accouchement (moyennant présentation d'une Carte de Santé Spécifique délivrée par tous les établissements hospitaliers même si l'intéressé ne peut justifier de son identité). S'ils se déclarent en situation d'indigence lors de l'établissement de la carte de santé (sans avoir à fournir de justificatifs), ils n'assument que le ticket modérateur pour différents soins et bénéficient de la gratuité dans le cas des soins urgents et des soins délivrés aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 6 ans et aux personnes de plus de 75 ans.

→ En **France**, les étrangers en situation irrégulière ont accès à l' Aide Médicale Etat (AME) si leurs ressources sont inférieures au seuil de 587 € (en 2005) mais seulement s'ils peuvent prouver qu'ils résident en France de façon stable – c'est-à-dire depuis plus de 3 mois – et s'ils disposent d'une domiciliation³⁸. L'AME prend en charge intégralement le ticket modérateur et le forfait hospitalier, avec une dispense totale d'avance de frais. Seules les prothèses dentaires et optiques ne sont pas prises en charge.

En Espagne, seules 70.4 % des personnes interrogées peuvent bénéficier d'une couverture santé mais les personnes non inscrites sur les registres municipaux au jour de l'enquête n'ont pas été comptées comme ayant-droits potentiels. Ce pourcentage apparaît donc plus faible que dans les 3 pays précédents mais cela correspond essentiellement aux questions d'enregistrement sur les registres municipaux³⁹.

Dans ce pays en effet, c'est l'inscription sur les registres municipaux qui conditionne l'établissement de la carte de santé donnant l'accès gratuit aux soins. Cette inscription sur les registres municipaux ne requiert aucunement la détention d'un titre de séjour mais depuis 2003, les autres administrations (y compris la Police) ont la possibilité d'obtenir les données des fichiers municipaux, ce qui dissuade certains étrangers en situation irrégulière de se faire enregistrer⁴⁰. Les soins dispensés dans le cadre du service national de santé sont gratuits.

Au Portugal également, le bénéfice de la couverture santé dépend d'une attestation de résidence depuis plus de 3 mois, laquelle peut être délivrée à partir du témoignage oral de deux personnes (quelles qu'elles soient), indépendamment du statut administratif sur le territoire portugais. Toutefois, les personnes ayant été condamnées et incarcérées perdent ce droit, ce qui pose des problèmes d'accès aux soins notamment aux étrangers sortant de prison. Les bénéficiaires de la carte de sécurité sociale délivrée par le service national de santé doivent toutefois payer une partie des frais. Certaines catégories de personnes, dont les personnes sans ressource, peuvent être exemptées du ticket modérateur, mais il faut accomplir des démarches qui restent complexes.

Rappelons qu'au Royaume-Uni⁴¹, l'accès aux soins gratuits des personnes en situation irrégulière est strictement limité aux soins de santé primaire (consultations de médecine générale, soins en urgences, traitements pour certaines maladies infectieuses, soins pour les pathologies psychiatriques graves). Ni les examens complémentaires (y compris les examens de dépistage), ni les soins spécialisés, ni les dépenses pharmaceutiques ne sont accessibles gratuitement pour ces personnes.

« Il faut avoir l'air pauvre pour bénéficier de la couverture santé. »

Témoignage recueilli par un médecin de MDM Belgique :

”

A première vue, elle ne ressemblait pas du tout à une personne en situation difficile. Tenue correcte, coiffure soignée, on aurait pu la prendre pour une responsable de service. Quand on l'aborde, l'illusion laisse place à la désolation, voire la compassion.

« J'ai mal partout, je ne sais plus qui je suis ». Point final. Et le visage se renferme. Elle semblait me dissimuler un objet quand je me suis présenté à elle. Ah, c'est un simple GSM, je n'ai pas saisi tout de suite pourquoi elle était si gênée, mais passons...

Veuve à 37 ans, elle a dû fuir le conflit armé dans le Caucase il y a six ans, laissant famille et emploi (institutrice), et depuis, elle déambule à travers l'Europe de l'ouest. Rattrapée par des problèmes de santé de toute sorte, S. a posé ses valises au niveau des consultations de MDM. Aujourd'hui, on ne compte plus le nombre de visites médicales et le motif n'est jamais le même d'une consultation à une autre. Vivant seule dans un espace négocié par une amie, le seul bien qu'elle possède reste son GSM. Ses vêtements ? Ce sont des prêts de son amie pour des consultations.

A la question de savoir pourquoi n'a-t-elle pas demandé l'aide médicale d'urgence, elle répond : « On me demande de communiquer mon domicile alors que je suis sans papier, donc pas droit au logement ; et celle qui m'a négocié le bail ne voudrait pas avoir d'ennuis. » .../...

38. Déposer une demande d'AME suppose de fournir un justificatif de domicile. Tous les patients ne pouvant pas apporter de justificatifs à leur nom (quittance de loyer, facture d'électricité, ...) doivent alors fournir une domiciliation administrative.

39. La question du droit théorique a donc été interprétée différemment par les enquêteurs en Espagne et en France. En Espagne, les étrangers qui n'ont pas fait les démarches d'enregistrement à la mairie ont été considérés comme hors droit, tandis qu'en France, ceux qui n'ont pas fait les démarches nécessaires mais qui, s'ils les faisaient, pourraient bénéficier de la couverture santé, ont été considérés comme ayant théoriquement accès à la couverture santé. L'absence de domiciliation en France a alors été considérée comme un obstacle.

40. L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé. Les documents de travail du Sénat, n° LC160, mars 2006.

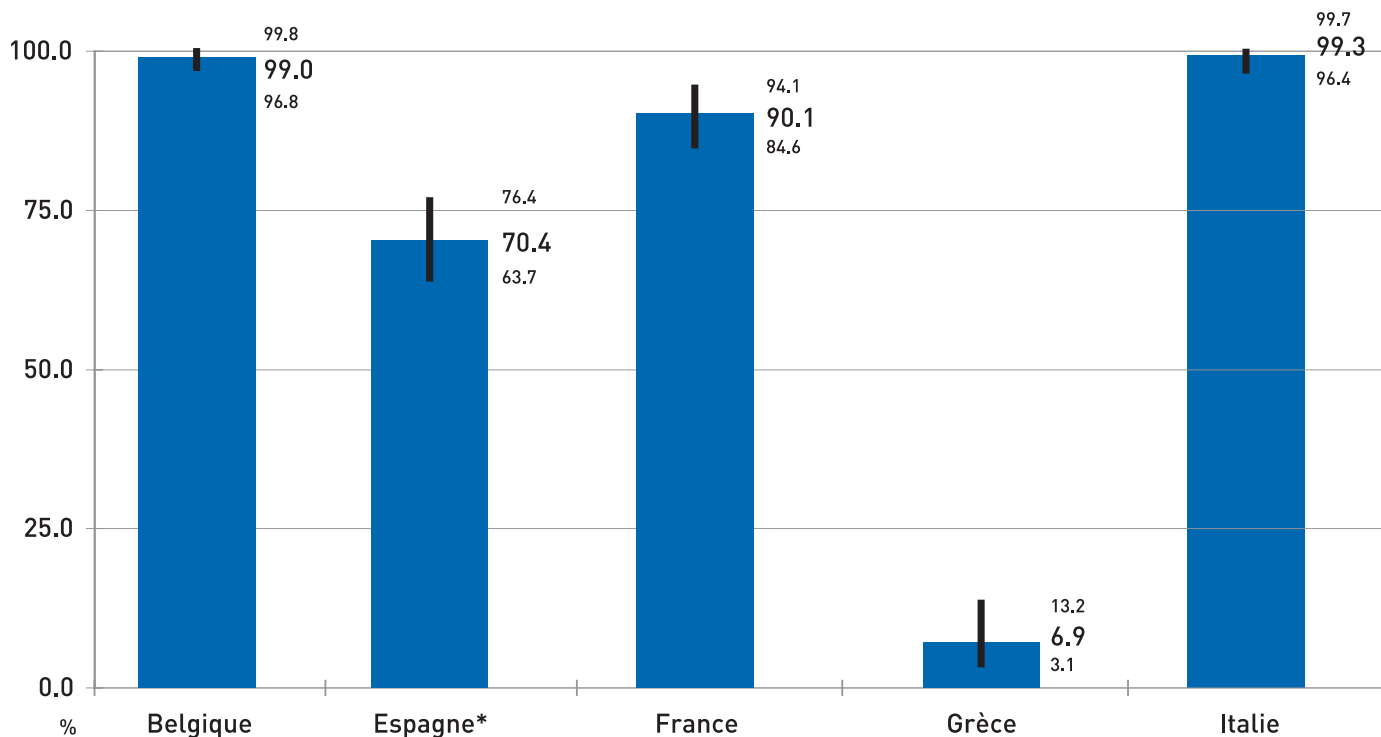
41. Données spécifiques non rapportées vue la faiblesse des effectifs enquêtés.

Pour une histoire de procédure, S. a perdu le seul droit théorique qu'elle avait d'accéder à une couverture santé par l'Etat.

Et ce n'est pas tout, lors de son dernier rendez vous chez l'assistante sociale du CPAS⁴² (il y a 2 ans), on l'aurait jugé « pas assez indigente pour bénéficier de l'Aide Médicale Urgente ». Raison invoquée « Vous êtes trop bien habillée, vous avez même les moyens de vous acheter un GSM ! ». Je comprends maintenant...

En entendant les jours meilleurs, auxquels elle ne croit plus, S. continue son calvaire en silence et dans l'indifférence générale. **Elle a un néoplasme du col...** »

Figure 8. Proportion de personnes enquêtées pouvant théoriquement bénéficier d'une couverture santé par pays.



* En Espagne, 100 % des personnes peuvent en théorie bénéficier de la couverture santé si elles sont inscrites sur les registres municipaux qui conditionnent l'établissement de la carte de santé donnant l'accès gratuit aux soins. La figure, ci-dessus, montre que seules 70.4 % des personnes interrogées peuvent bénéficier d'une couverture santé car les personnes non inscrites, au jour de l'enquête, sur les registres municipaux, n'ont pas été comptées comme ayant-droits potentiels.

Note de lecture : la figure donne pour chaque pays la proportion observée dans l'échantillon (barre large) et son intervalle de confiance à 95 % (trait noir). Par exemple, 90.1 % des personnes interrogées en France peuvent bénéficier d'une couverture santé, et l'intervalle de confiance statistique de ce pourcentage observé est compris entre 84.6 % et 94.1 %.

La possibilité de bénéficier d'une couverture santé est fortement corrélée à la durée de séjour dans le pays d'accueil : les personnes qui y ont théoriquement droit résident en effet dans le pays depuis plus longtemps en moyenne que les autres (respectivement 37.5 mois et 23.2 mois⁴³, $p < 10^{-6}$).

Elle est aussi significativement différente selon la durée de séjour sans autorisation dans le pays d'accueil.

→ **Au-delà de 1 an de séjour sans autorisation, près de 90 % des personnes interrogées peuvent bénéficier d'une couverture santé**

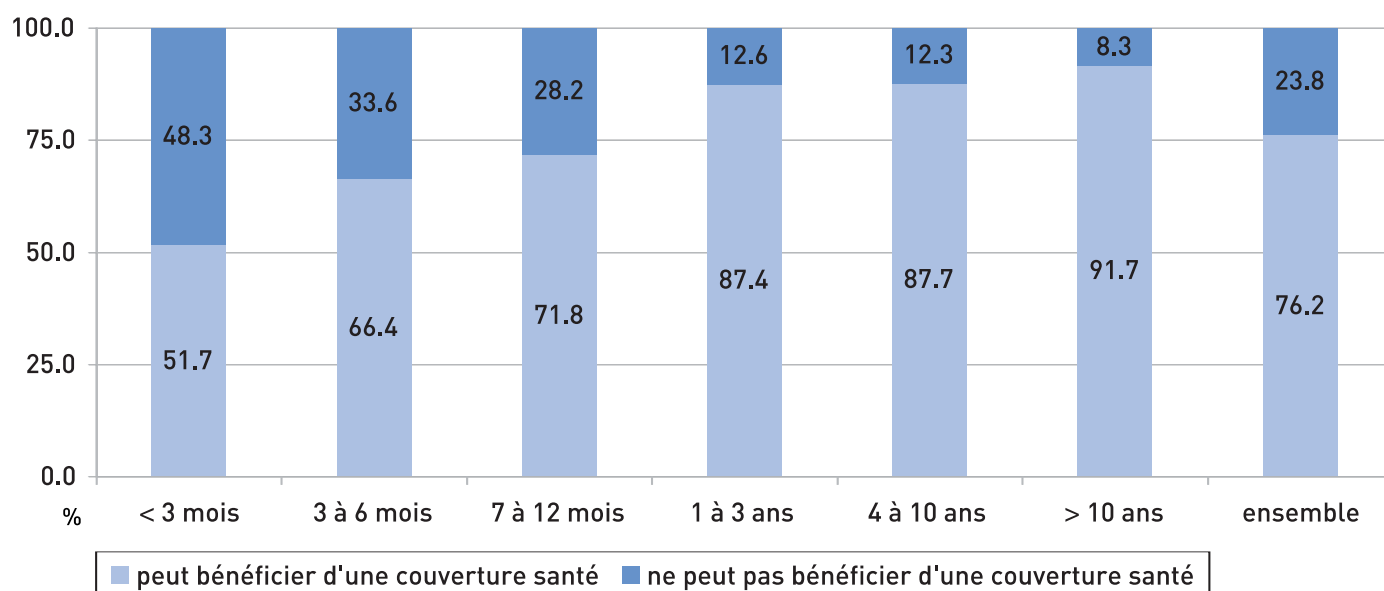
→ En deçà, ils ne sont que 66.8 % à pouvoir bénéficier d'une telle couverture : pendant cette première année de séjour « clandestin », un tiers des personnes n'a donc pas de moyens d'accéder à une couverture santé.

→ **Cette proportion tombe à seulement 48.3 % lors des trois premiers mois de séjour sans autorisation dans le pays d'accueil.**

42. CPAS : Centre Public d'Action Sociale

43. Médianes respectives : 29 et 12 mois.

Figure 9. Proportion de personnes pouvant théoriquement bénéficier d'une couverture santé en fonction de la durée de séjour sans autorisation dans le pays d'accueil.



2. L'accès effectif à une couverture santé : l'obstacle de l'information

Avoir théoriquement droit à une couverture santé ne signifie pas automatiquement que les personnes le sachent ni qu'elles aient pu faire valoir ce droit dans la réalité. L'enquête permet de repérer effectivement des différences significatives entre les pays.

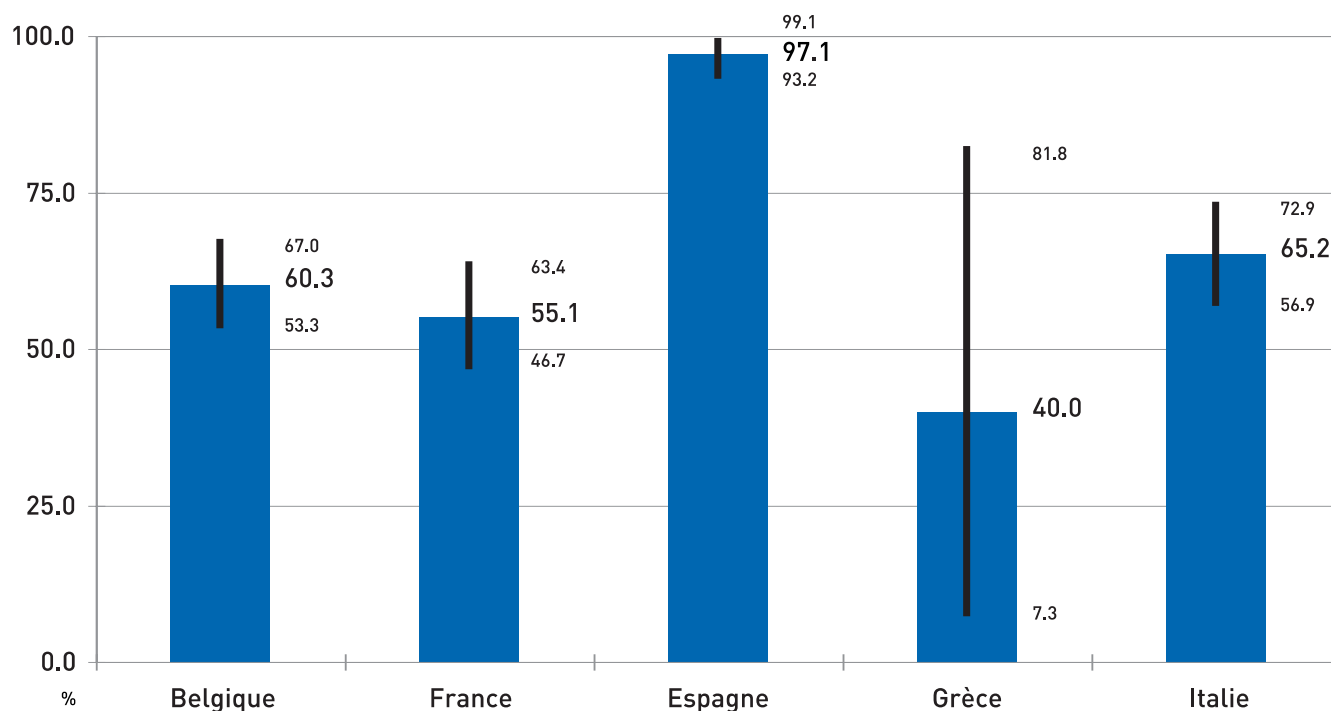
Sur l'ensemble des pays enquêtés, on notera que **parmi les personnes qui ont en théorie le droit de bénéficier d'une couverture santé, les deux tiers seulement savent qu'elles ont ce droit (67.8 %)**. Ce sont donc 32.2 % de personnes qui, au jour de l'enquête, ne sont pas informées de leur droit à une couverture santé.

Dans les différents pays de l'enquête, **c'est en Espagne que les personnes interrogées sont le mieux informées de leur droit à bénéficier d'une couverture santé** (presque la quasi-totalité des bénéficiaires théoriques). En Italie, environ un tiers des bénéficiaires théoriques ne sait pas qu'ils peuvent bénéficier d'une couverture santé et cette proportion atteint même 40 % en Belgique et 45 % en France. **En Belgique et en France, le droit à une couverture santé semble donc particulièrement souvent méconnu.**

Au Royaume Uni et au Portugal, les effectifs sont trop faibles pour une interprétation des données (avec des intervalles de confiance extrêmement larges). En Grèce, la question n'est pas pertinente puisque l'immense majorité des enquêtés n'ont aucun droit.

La majorité des personnes qui connaissent leur droit (76.9 %) ont entrepris des démarches pour le faire valoir en pratique.

Figure 10. Proportion de personnes informées de leurs droits à bénéficier d'une couverture santé (parmi les bénéficiaires théoriques) par pays.



Note de lecture : la figure donne pour chaque pays la proportion observée dans l'échantillon (barre large) et son intervalle de confiance à 95 % (trait fin noir). Par exemple, en Belgique, 60.3 % des personnes qui peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture santé sont informées de ce droit, et l'intervalle de confiance statistique de ce pourcentage observé est compris entre 53.3 % et 67.0 %.

Au total, faute d'information principalement, mais aussi d'accompagnement pour leurs démarches, notamment, près de la moitié (43.5 %) des bénéficiaires potentiels d'une couverture santé ne se sont pas engagés dans les démarches pour accéder à la couverture santé⁴⁴.

Etre informé de ses droits apparaît naturellement comme une condition indispensable, nécessaire et préalable à l'obtention effective de ce droit. Pour cette raison, le déficit très important d'informations quant au droit au bénéfice d'une couverture santé observé en Italie, en Belgique et en France notamment, mérite d'être souligné.

« Il pensait qu'il n'avait plus le droit de consulter librement un médecin. »

Témoignage recueilli par MDM Royaume Uni, au sujet d'un homme de 42 ans, originaire de République Démocratique du Congo, débouté du droit d'asile :



Après avoir manifesté contre le gouvernement, R. a été emprisonné pour ses activités politiques. Craignant pour sa vie, il s'est échappé de prison. Aidé par des amis, R. a utilisé le passeport de quelqu'un d'autre pour quitter son pays. Cela lui a pris deux à trois mois pour organiser son départ depuis le moment où il s'est échappé de prison et le jour de son vol.

R. est arrivé au Royaume Uni via la France en janvier 2000. Il a atterri à Paris puis a pris l'autobus pour Douvres où il a fait une demande d'asile le jour de son arrivée. Le voyage lui a pris deux jours entre la RDC et le Royaume-Uni. Comme il avait un contact avec une personne vivant à Londres, il s'y est rendu le jour suivant. Il aurait dû prendre un second rendez-vous dans les 15 jours suivant sa première demande, ce qu'il n'a malheureusement pas fait. Sa demande d'asile a été rejetée en septembre 2002.

Il n'a pas été soutenu par l'organisation qui le suivait à ce moment là.

Il a actuellement un nouvel avocat et ils tentent ensemble de recueillir de nouvelles preuves pour faire une nouvelle demande. Cependant, il est vraiment difficile d'entrer en contact avec des personnes qui sont restées au pays et leur demander d'adresser des preuves sans mettre en danger leur vie. Il ne reçoit aucune aide du gouvernement et il peut seulement survivre grâce à l'aide d'amis et l'aide des églises. Il est heureux quand il touche 30 livres par mois.

.../...

44. soit 23,1 % des personnes qui savent qu'elles y ont droit.

Il est au Royaume-Uni depuis plus de six années maintenant et la situation d'irrégularité dans laquelle il se trouve le rend vraiment nerveux et déprimé.

En 2001, un ami l'a aidé à s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste et il y est allé. Comme en septembre 2002, on lui a dit qu'il ne recevrait plus l'appui du gouvernement, il a pensé qu'il n'avait plus le droit de consulter librement un médecin, et qu'il devait payer ses soins.

Nous avons informé R. que même si sa demande d'asile a échoué, il est toujours possible qu'il consulte un médecin généraliste. Nous avons vérifié s'il était toujours inscrit sur la liste du médecin généraliste en question et comme il l'était, nous lui avons recommandé d'y retourner et l'avons rassuré sur le fait qu'il n'aurait pas à payer la consultation médicale. Comme R. n'a pas confiance en lui et ne parvient pas à s'exprimer très bien en anglais, nous avons également prévu avec lui le fait qu'il ait un interprète en Linguala, via l'autorité sanitaire locale, pour le soutenir quand il irait chez son généraliste.

R. nous a été adressé par Praxis⁴⁵ où il avait reçu un appui. Ils l'ont aidé à remplir une demande d'aide psychologique via la fondation médicale pour le soin des victimes de torture.

Quand j'ai demandé à R. ce qu'il pensait de l'aide que nous lui proposons, il m'a donné la réponse suivante : « Quoi que le docteur fasse, qu'il s'intéresse à ma douleur me fait vraiment plaisir. »

La plupart des patients ont très rarement l'occasion d'être écoutés et, en même temps, ils ont un besoin énorme d'alléger leur douleur. Montrer de l'intérêt pour leurs problèmes et leur donner le temps et l'espace pour être écoutés fait partie de l'aide que nous apportons.

Depuis que nous l'avons vu en février 2006, R. a eu un rendez-vous avec son généraliste et nous a confirmé qu'il avait reçu tous les soins et traitements dont il avait besoin. Il a déjà un autre rendez-vous programmé. Depuis, une organisation l'a également aidé pour l'obtention d'une autorisation de séjour car il peut prétendre à l'amnistie. Il attend des nouvelles du Ministère de l'Intérieur à son sujet.

Nous lui avons demandé ce qu'il avait pensé de notre aide :

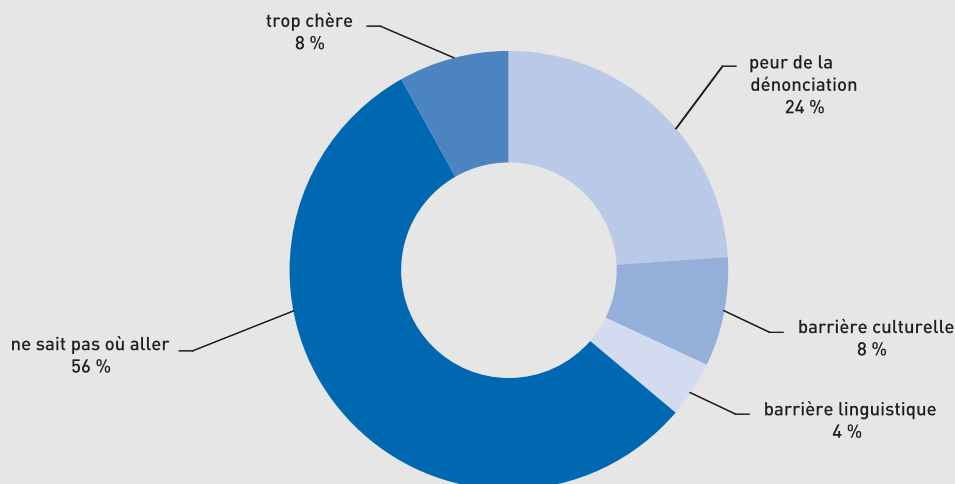
« Cela m'a beaucoup aidé. Je ne sais pas si j'aurais pu à ce jour avoir accès aux soins. Je me sens soulagé. J'étais inquiet de tomber malade et de ne pas pouvoir aller voir un médecin généraliste. Même si vous vous rendez à l'hôpital, ils vous demandent si vous avez un médecin généraliste et vous demandent également son nom. Si vous en avez, cela est bien mieux. Cela m'a réellement beaucoup aidé. »

Un autre exemple de déficit d'information : la vaccination des enfants

Le déficit d'information concernant l'accès aux soins gratuits pour les adultes est tout aussi criant en ce qui concerne l'accès à la vaccination infantile.

- Sur l'ensemble de la population concernée par ce sujet (et ayant répondu aux questions relatives à la vaccination), une petite majorité seulement (53.5 %) sait que leur enfant peut bénéficier gratuitement de la vaccination⁴⁶ et/ou dans quel lieu il est possible de s'adresser pour cela (51.5 %).
- Parmi les obstacles à la vaccination rapportés dans l'enquête, viennent en premier la méconnaissance des lieux où elle est disponible (56 %) ainsi que la peur de la dénonciation (24 %).

Figure 11. Obstacles à la vaccination.



45. Association partenaire

46. En Italie, la moitié des personnes sait que la vaccination est disponible moyennant paiement mais seules 4 personnes ont répondu à la question...

Même pour aller faire vacciner son enfant, la crainte de se faire arrêter est omniprésente, comme le témoigne les propos recueillis par MDM Pays Bas, auprès d'une jeune mère de 20 ans, originaire des Philippines :



E. a déclaré son enfant à la municipalité, elle a par conséquent reçu un appel du service de santé publique pour effectuer les vaccinations. Elle a vraiment dû chercher l'endroit où elle devait aller pour faire vacciner son enfant. Elle se souvient avoir été prudente, la crainte de se faire arrêter est omniprésente. Elle nous dit : « Mais heureusement, aujourd'hui, mon enfant est vacciné ».

3. L'accès effectif à une couverture santé : l'obstacle des démarches administratives

Parmi les personnes ayant entamé des démarches en vue d'obtenir une couverture santé, près d'une moitié ne dispose pas au jour de l'enquête du document d'attestation leur permettant d'accéder effectivement aux soins gratuits (44.6 %), sans corrélation avec la durée de résidence dans le pays d'accueil, ni avec le sexe et l'âge de la personne.

Cette proportion s'avère très différente selon le pays. **La situation est la plus favorable en Italie et, dans une moindre mesure, en Espagne**, où respectivement 97.4 % et 80.0 % des personnes qui ont engagé des démarches ont effectivement obtenu le document ouvrant droit aux soins gratuits.

La situation est en revanche nettement plus critique en France et en Belgique, puisque seule une minorité des personnes ayant engagé des démarches pour obtenir une couverture santé avaient vu celles-ci aboutir au jour de l'enquête (18.0 % en France et 26.7 % en Belgique). Cette situation est liée à plusieurs facteurs, en particulier la complexité des démarches administratives. En France par exemple, la durée d'instruction des dossiers des demandeurs est relativement longue, et s'y ajoute de surcroît le temps nécessaire pour faire parvenir l'attestation par courrier (ce qui est d'autant plus problématique que la situation au regard du logement est précaire).

Que ce soit par manque d'information sur leurs propres droits, par absence de résultat des démarches, ou encore parce que les procédures administratives sont encore en cours, **69.4 % des bénéficiaires théoriques n'ont pas, dans les faits (au jour de l'enquête), accès à la couverture santé leur permettant de bénéficier de la gratuité des soins dans le système de santé de droit commun. En d'autres termes, moins d'un tiers des bénéficiaires potentiels ont effectivement accès à une couverture santé.**

Rapporté à l'ensemble de l'échantillon, ce ne sont donc que **24.0 % des personnes enquêtées, seulement, qui bénéficient concrètement d'une couverture santé.**

4. Qui sont les personnes qui, bien qu'ayant droit à une couverture santé, n'en bénéficient pas dans les faits ?

On peut s'interroger sur les caractéristiques des personnes qui, bien qu'ayant théoriquement droit à une couverture santé dans le système de droit commun, n'ont pas dans les faits obtenu l'attestation concrétisant ce droit. Sur ce point, on n'observe **pas de différence significative selon le sexe, la situation familiale, ni le fait d'exercer une activité professionnelle**. Concernant l'âge, on soulignera **la situation critique des personnes âgées de 55 ans ou plus** : elles ne sont que 10.0 % à disposer de l'attestation leur donnant accès à la couverture santé (cette proportion étant d'un tiers environ pour les adultes des autres classes d'âge⁴⁷).

Par ailleurs (et toujours parmi les bénéficiaires théoriques), **les individus qui n'ont pas de domicile ont obtenu moins souvent que les autres l'attestation de leur droit à la couverture santé** : seulement 25.4 % de ceux qui n'ont pas de domicile l'ont obtenue contre 31.7 % des personnes qui ont un logement précaire et 31.8 % de ceux qui ont un logement stable. Cette différence souligne le problème de la domiciliation, une condition nécessaire pour l'obtention des droits dans plusieurs pays.

Enfin, le temps passé dans le pays d'accueil sans autorisation de séjour apparaît également discriminant. Parmi les bénéficiaires théoriques, **les personnes les moins couvertes sont d'une part celles qui sont arrivées récemment (ou qui n'ont plus de titre de séjour depuis peu) et, d'autre part, celles qui sont installées depuis plus longtemps.**

47. Parmi les 11 enfants concernés, aucun ne dispose du document leur donnant accès à la couverture santé.

Ainsi, 75.0 % des personnes vivant dans le pays (sans autorisation de séjour) depuis moins d'un an n'ont pas pu faire valoir leur droit à bénéficier d'une couverture santé. Cette proportion s'élève à 84.9 % lorsque le séjour irrégulier remonte à 4 ans ou plus (de façon significative, $p < 0.001$). Cela reflète sans doute un **biais de sélection**. En effet, parmi les personnes qui sont sur le territoire depuis plus de 4 ans (que MDM voit beaucoup plus rarement), ceux qui fréquentent toujours les centres de soins gratuits sont très majoritairement dépourvus de couverture santé. Sinon, ils auraient rejoint le système de soins de droit commun.

Pour conclure cette partie, on rapprochera l'accès à une couverture santé et l'état de santé des individus. Rappelons que parmi les personnes enquêtées, seules 24.0 % bénéficient concrètement d'une couverture santé donnant l'accès gratuit au système médical de droit commun (c'est-à-dire en dehors des associations humanitaires). Cette proportion est certes plus élevée parmi les personnes ayant des problèmes de santé, mais elles sont encore très nombreuses à ne pas bénéficier de couverture santé. Ainsi, **43.8 % des enquêtés qui souffrent de problèmes chroniques ne sont pas couverts dans les faits**. Lorsque les problèmes de santé ne sont pas chroniques, ils sont encore plus nombreux dans ce cas (59.1 %).

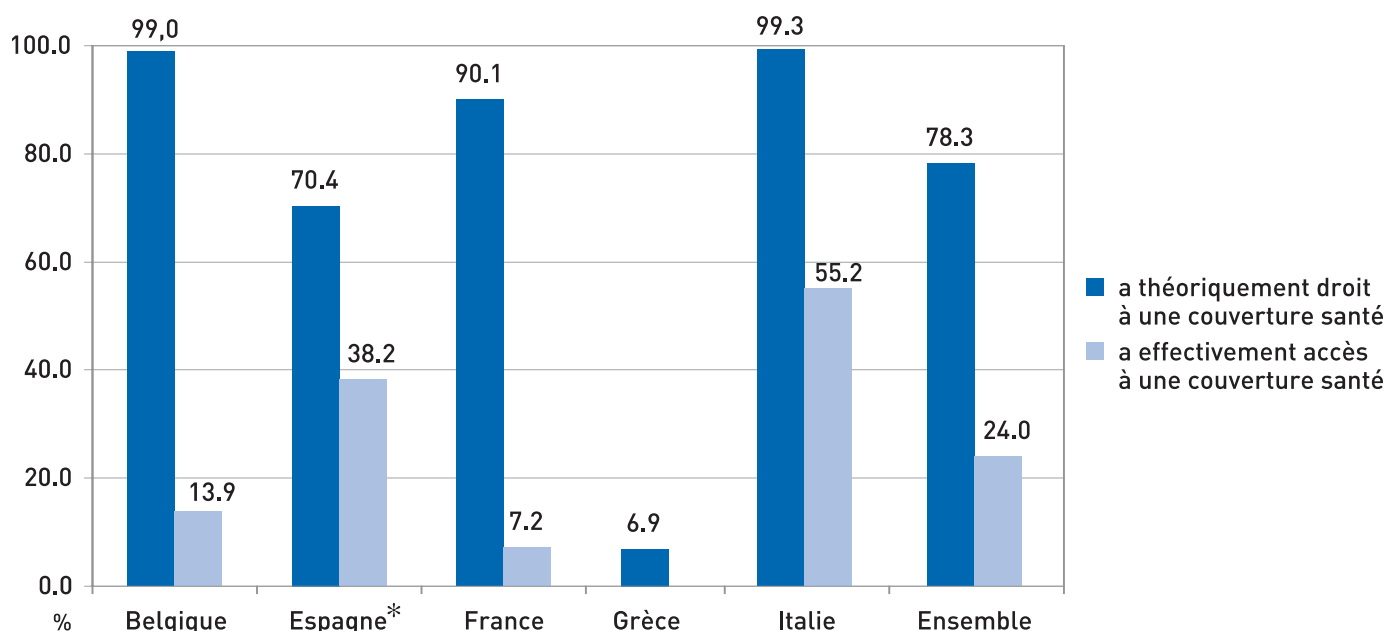
5. Récapitulatif par pays

L'analyse des différences par pays (figures suivantes) doit être conduite avec prudence. Le cas de la Grèce est difficile à interpréter, avec des intervalles de confiance statistiques extrêmement larges. En effet, la proportion de personnes pouvant bénéficier théoriquement d'une couverture santé y est – comme on l'a vu – extrêmement faible et la proportion de celles en bénéficiant réellement est calculée, en conséquence, sur un effectif très réduit.

Parmi les 4 autres pays, se distinguent :

- **la Belgique et la France, d'une part, où une toute petite minorité des personnes ont pu effectivement faire valoir leur droit à une couverture santé** : 13.9 % en Belgique (IC 95 % = [9,7 - 19,3]) et 7.2 % en France (IC 95 % = [4,3-13,5]) ;
- **et l'Espagne et l'Italie, d'autre part, où plus nombreux sont les bénéficiaires théoriques ayant pu faire valoir ce droit** : respectivement 38.2 % en Espagne (IC 95 % = [31.0 - 45.4]) et 55,2 % en Italie (IC 95 % = [47.1 - 63,8]).

Figure 12. Proportion de personnes ayant droit (en théorie) à une couverture santé et de personnes ayant effectivement accès à une couverture santé (en %).



* Rappel : en Espagne, 100 % des personnes peuvent en théorie bénéficier de la couverture santé si elles sont inscrites sur les registres municipaux qui conditionnent l'établissement de la carte de santé donnant l'accès gratuit aux soins. La figure ci-dessus montre que seules 70.4 % des personnes interrogées peuvent bénéficier d'une couverture santé car les personnes non inscrites, au jour de l'enquête, sur les registres municipaux, n'ont pas été comptées comme ayant-droits potentiels.

Au total donc, on distingue plusieurs types de pays :

1. Ceux où les droits théoriques à une couverture santé des personnes en situation irrégulière concernent la quasi-totalité des individus interrogés mais où, dans la pratique, seule une infime minorité des personnes interrogées en bénéficie : en **Belgique** et en **France** ;
2. Ceux où les droits théoriques à une couverture santé des personnes en situation irrégulière concernent la quasi-totalité des individus interrogés et où, dans la pratique, une proportion notable en bénéficie (mais *grosso modo* jamais plus d'une moitié des bénéficiaires théoriques néanmoins) : **l'Italie** et **l'Espagne** ainsi que le **Portugal** (mais les effectifs enquêtés sont trop faibles pour pouvoir vraiment estimer la pratique du droit) ;
3. Le **Royaume Uni** où les personnes en situation irrégulière n'ont accès qu'aux consultations de médecine générale mais où les autres soins (y compris les examens complémentaires et les traitements) ne sont généralement pas pris en charge.
4. La **Grèce**, enfin, est le pays où les droits théoriques sont les plus restrictifs et aussi les moins accessibles en pratique (aucun des rares bénéficiaires théoriques interrogés n'y avait accès en pratique).



4. État de santé



1. Motifs et recours aux soins lors de la dernière demande de soins

Parmi les personnes interrogées, 38 % ne sont pas concernées par cette question car elles déclarent ne pas s'être senties malades (37 %) ou n'ont pas répondu (1 %).

Quand elles se sont senties malades, les trois quarts des personnes ont consulté un médecin ou un dentiste (76.0 %) tandis que 19.5 % n'ont consulté personne.

Les autres types de recours aux soins sont anecdotiques (même si les recours aux tradipraticiens ont pu être sous-déclarés, comme c'est le cas dans toutes les enquêtes dont le thème majeur est le recours à la médecine moderne).

Tableau 16. Types de recours au cours de la dernière demande de soins

	%* (n=517)
N'a consulté personne	19.5
A consulté un médecin ou un dentiste	76.0
A consulté un infirmier	1.2
A consulté un praticien traditionnel	0.4
A consulté un voisin, ami, famille	3.9
A téléphoné à un médecin au pays	0.8
A consulté un médecin au pays	1.0

* plusieurs réponses possibles

«Je suis obligée d'appeler une amie médecin en Ukraine.»

Extrait de propos recueillis par MDM Belgique :



« Quand je ne me sens pas bien, je suis obligée d'appeler une amie médecin en Ukraine. Je lui explique mes plaintes et elle me conseille (par téléphone) un médicament que je vais acheter à la pharmacie... sans remboursement. »

La distribution du dernier problème de santé⁴⁸ cité par appareil montre la prépondérance de 5 grands types :

- le digestif (20.1 % des problèmes cités et 12.0 % des personnes),
- l'ostéoarticulaire (13.7 % et 8.1 % respectivement),
- le respiratoire (10.0 % et 6.0 % respectivement),
- la gynécologie (8.8 % et 5.3 % respectivement)
- tandis que la catégorie « général et non spécifié » (qui regroupe un ensemble hétérogène de symptômes et de maladies spécifiques⁴⁹) concerne 15.3 % des problèmes cités et 9.1 % des personnes.

48. Les médecins ont utilisé la Classification Internationale des Soins de santé Primaire (CISP) pour coder les problèmes de santé

49. Cette catégorie regroupe en effet toutes les maladies et symptômes qui ne peuvent être classées par appareil ou famille d'organes selon la logique générale de la CISP. On y retrouve par exemple :

- des symptômes généraux (fièvre, douleur),
- des caractéristiques générales (les facteurs de risque en particulier),
- des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc. ..., quand elles ne sont pas classables ailleurs dans les maladies du foie – hépatite virale - ou du système immunitaire – infection par le VIH - par exemple),
- des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué,
- mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires systémiques des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc...

Tableau 17. Dernier problème de santé cité, par appareil.

	Proportion parmi l'ensemble des problèmes cités (n=503) %	Fréquence dans la population d'enquête (n=835) %
Digestif	20.1	12.0
Général et non spécifié	15.3	9.1
Ostéoarticulaire	13.7	8.1
Respiratoire	10.0	6.0
Gynécologique	8.8	5.3
Neurologique	6.8	4.1
Psychologique	6.0	3.6
Cardiovasculaire	4.4	2.6
Dermatologique	3.6	2.2
Métabolique, endocrinien, nutritionnel	3.0	1.8
Ophtalmologique	2.8	1.7
Grossesse, accouchement et planification familiale	2.0	1.2
Urinaire	1.8	1.1
Oreilles	1.0	0.6
Système génital masculin	1.0	0.6
Sang, système hématopoïétique et immunologique	0.6	0.4

A un niveau de détail plus fin, 27 diagnostics représentent la moitié des derniers problèmes de santé déclarés. Leur fréquence figure dans le tableau suivant.

Tableau 18. Distribution des 27 derniers problèmes de santé les plus cités.

	n*	% de la population d'enquête (n=835)
Infection par le virus HIV⁵⁰	33	7.1
Douleur abdominale	25	5.4
Mal de tête	24	5.2
Grippe	13	2.8
Asthme	12	2.6
Douleur générale	12	2.6
S/P** dents ou gencives	12	2.6
S/P du dos	10	2.2
Douleur génitale chez la femme	9	1.9
Réaction de stress aigu	8	1.7
Fièvre	8	1.7
Hypertension non compliquée	7	1.5
Diabète insulino-dépendant	7	1.5
Usage abusif de drogues	6	1.3
Tumeur bénigne génitale femme	6	1.3
S/P des lombes	5	1.1
S/P du genou	5	1.1
Syndrome dorsolombaire sans irradiation	5	1.1
Douleur menstruelle	4	0.9
Dysurie ou miction douloureuse	4	0.9
Epilepsie	4	0.9
Hépatite virale	4	0.9
Lithiase urinaire	4	0.9
Toux	4	0.9
Trouble de la fonction gastrique	4	0.9
Autre ulcère peptique	4	0.9
Angine aiguë	4	0.9
Total	243	52.5

*codages bruts de la CISP, sans regroupement

** S/P : symptômes ou plaintes

50. Cette forte prévalence s'explique en partie par le fait que les personnes rencontrées connaissent pour certaines leur infection à VIH diagnostiquée auparavant, et ce d'autant plus que deux sites d'enquête étaient des lieux spécifiques pour le suivi des personnes atteintes du VIH (en Belgique) – se référer au paragraphe IV. 5. Infection par le VIH.

Au total, **70.8 % des personnes concernées par un problème de santé ont pris des médicaments prescrits par un médecin, 13.2 % ont eu recours à l'automédication et 15.9 % ne se sont pas soignées.** On n'observe pas de corrélation statistique entre la façon de se soigner et le fait d'avoir subi un refus de prise en charge.

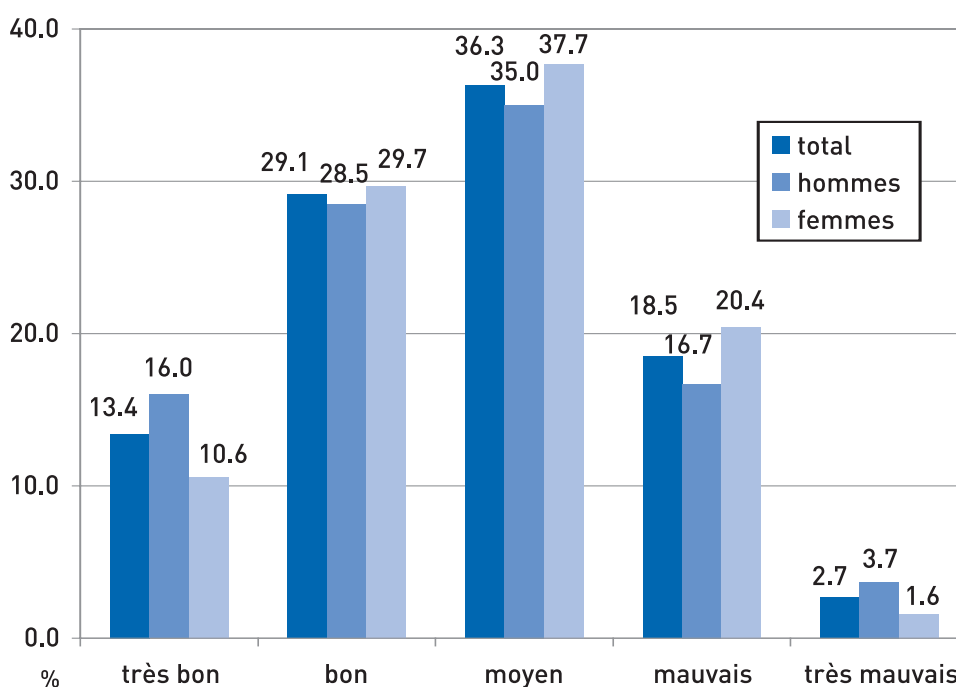
Quand elles ont pris des médicaments, 85.5 % des personnes se les sont procurés dans le pays d'enquête, une infime minorité (2.9 %) se les sont procurés dans leur pays d'origine et plus rares encore sont celles qui se les sont procurés dans un pays tiers (1 %).

2. Santé ressentie et problèmes de santé actuels

D'une manière générale, les (rares) enquêtes disponibles montrent que l'état de santé des migrants se différencie de celui des populations des pays d'accueil mais les explications ne sont pas univoques. D'une part, en effet, leurs conditions de vie (hébergement, travail, isolement social, etc.) les exposent à des risques sanitaires plus importants. Dans le monde du travail en particulier, la plupart des migrants sans papiers acceptent (par nécessité économique, par peur d'attirer l'attention ou encore par peur de perdre leur travail ou d'être expulsés) des emplois exposés à de nombreux risques de maladies ou d'accidents professionnels, provoqués en particulier par des agents toxiques, de longues heures de travail, des difficultés de communication ou par un encadrement et des mesures de protection limités – et ce d'autant plus qu'ils connaissent peu, voire rarement, leurs droits⁵¹. D'autre part, il existe dans le même temps une « sélection » par la migration, dans le sens où ce sont plus volontiers des personnes en bonne santé qui quittent leur pays d'origine⁵².

Dans l'ensemble de la population interrogée, 21 % des enquêtés perçoivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais. Comme cela est habituellement observé dans toutes les enquêtes sur la perception des états de santé, l'état de santé ressenti est légèrement moins bon chez les femmes que chez les hommes.

Figure 13. Etat de santé ressenti par sexe (en %).



51. Organisation Mondiale de la Santé. *Migrations Internationales, santé et droits humains*. Genève, OMS, 2005. Carballo M, Siem H. *Migration, Migration Policy, and AIDS*. In: Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. Bristol, Taylor & Francis, 1996.

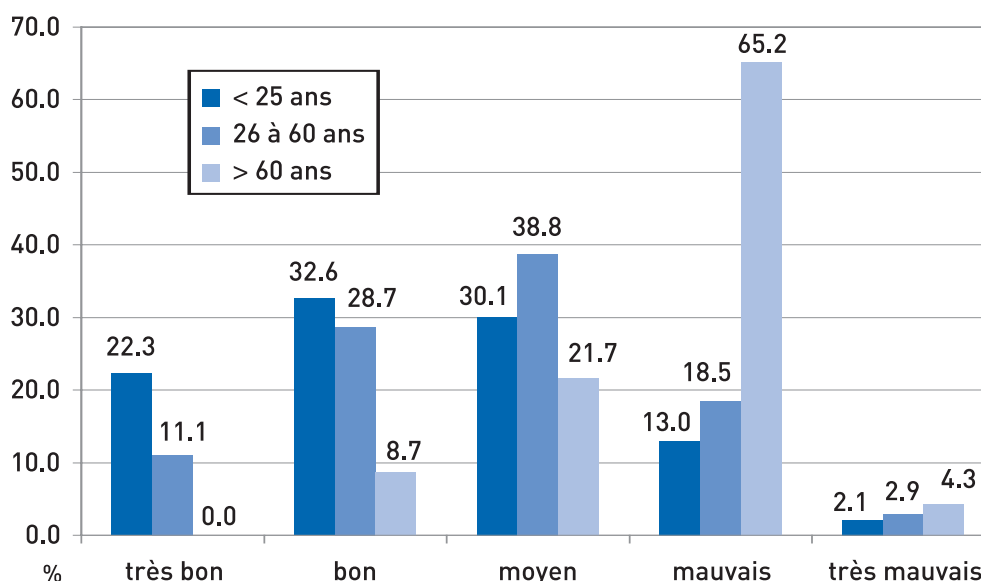
52. Khlal M, Darmon N. *Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe?* *Int J Epidemiol* 2003; 32: 1115-8.

Uitenbroek DG, Verhoeff AP. *Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands*. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1379-88. Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. *Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?* *Trop Med Int Health* 1998; 3: 297-303.

Powles J. *The best of both worlds: attempting to explain the persisting low mortality of Greek migrants to Australia*. In: Caldwell J, Findley S, Caldwell P, Santow G (eds). *What we Know about Health Transition: the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Canberra: Health Transition Centre, 1990, pp. 584-94.

L'état de santé ressenti se dégrade naturellement avec l'âge. Pourtant, **chez les plus jeunes (les moins de 25 ans), 15 % des personnes interrogées déclarent un état de santé mauvais ou très mauvais et cette proportion atteint 69 % chez les plus de 60 ans.**

Figure 14. Etat de santé ressenti par groupe d'âge (en %).



Dans l'ensemble, les individus interrogés déclarent en moyenne 1.2 problèmes de santé par personne. Les trois principaux domaines cités sont les problèmes digestifs, de santé mentale et ostéoarticulaires – mais aussi, pour les femmes, les problèmes gynécologiques (cités par 16 % d'entre elles).

L'importance des problèmes de santé mentale est fréquemment rapportée à propos des demandeurs d'asile, des personnes réfugiées ou des migrants sans papiers déboutés du droit d'asile. En effet, ces personnes ont souvent subi d'importants chocs et traumatismes, la perte de membres de leur famille ou de proches, des actes de torture ou de violences physiques et morales...⁵³

« Il a été lié par les deux bras au mur et on lui donnait des coups de pieds, des coups de poings et des coups de barre de fer. »

MDM Italie témoigne, au sujet d'un jeune homme, originaire de la République Démocratique du Congo :

”

A. est né en République Démocratique du Congo en 1975. Il a fréquenté une école professionnelle de mécanique, plus tard il a commencé à travailler sur les bateaux du port fluvial de Kinshasa. Son travail consistait à charger et décharger les marchandises sur les bateaux.

Il a vécu avec une femme avec laquelle il a deux garçons. Ses problèmes ont commencé au mois de septembre 2002 quand il a été arrêté. Bien avant son arrestation, son bateau avait été détourné pour transporter des armes et des combattants pour le nord du pays où il y avait la guerre.

Un jour pendant le voyage de Kinshasa à la Province de l'Equateur, le bateau a été attaqué et repris par les rebelles. Tous ceux qui étaient sur le bateau ont fui dans la forêt.

A. a cherché à sauvegarder sa vie en se cachant dans la brousse. Plus tard, il est retourné à Kinshasa avec les autres fugitifs quittant ainsi la zone de guerre. Deux mois après son arrivée à Kinshasa, il a été arrêté ainsi que tous les autres qui travaillaient sur le bateau.

Il a été jugé et condamné à dix ans de prison. Il a été libéré au mois de novembre 2003 par l'intermédiaire d'un ami de son père.

Pendant son incarcération, il a été torturé. Il a été lié par les deux bras au mur et on lui a donné des coups de pieds, des coups de poings et des coups de barre de fer. Il a été incarcéré dans une pièce sans fenêtre avec beaucoup d'autres prisonniers. Il n'y avait pas d'air, pas de lumière. Il voyait des prisonniers sortir de la pièce et qui ne revenaient plus. .../...

53. Kirmayer LJ. Le dilemme du réfugié. *Evol Psychiatr* 2002; 67 : 743-63.

A sa sortie de prison, il est resté caché pendant deux jours chez un ami, le temps pour lui de préparer ses documents et le même ami l'a mis dans l'avion pour l'Italie.

Il est arrivé à l'aéroport de Milan Malpensa le lendemain.

Il a demandé l'asile politique en décembre 2003. Pendant deux mois il a vécu dans la rue. C'est après cette période qu'il a été envoyé dans un centre d'accueil. Il a perdu également le contact avec sa femme et ses enfants.

« Il nous raconte qu'il n'est pas certain de son âge mais il croit avoir 24 ans, il ne sait pas quand ou comment il est arrivé au Portugal. »

MDM Portugal témoigne au sujet d'un jeune homme, d'origine guinéenne :

”

Il s'est présenté en mauvais état. Son discours est désordonné. Il nous raconte qu'il n'est pas certain de son âge mais il croit avoir 24 ans, il ne sait pas quand ou comment il est arrivé au Portugal mais il a toujours dormi au même endroit, aux portes du Ministério da Marinha, à côté du Terreiro do Paço. Tout le monde là-bas le connaît. Le seul moment où il n'était pas à cet endroit, c'est quand il a subi des « attaques », il était à l'hôpital Júlio de Matos dans l'unité de psychiatrie où encore aujourd'hui il retourne fréquemment.

Pour manger, il se rend aux camionnettes [distribution de repas], dont il connaît les lieux et les horaires pour toute la semaine. Quand il veut voir un médecin, il va à l'unité mobile de Medicos do Mundo ou à l'hôpital Santa Maria.

Il nous raconte aussi qu'il ne se rappelle pas avoir eu de titre de séjour et aussi, qu'il « n'a pas besoin d'en avoir ».

« Elle était enfermée dans une grande pièce avec d'autres femmes, (...) elles étaient frappées, torturées et abusées. »

MDM Italie témoigne, au sujet d'une jeune femme de 32 ans, originaire de République Démocratique du Congo :

”

N. est née à Gemena (République Démocratique du Congo) en 1974. Mariée, elle a deux enfants.

Le premier est né en 2002 en République Centrafricaine pendant sa fuite quand elle est partie du Congo. Le second est né à Milan en 2005.

Au cours de l'année 2002, ils habitaient à Gemena, territoire repris par les rebelles. En ce temps là, elle était enceinte. Elle a été faite prisonnière comme son mari et violée.

Elle était enfermée dans une grande pièce avec d'autres femmes, mais elles étaient séparées des hommes. La pièce contenait 200 personnes. Elles étaient frappées, torturées et abusées.

Deux semaines après leur incarcération, 70 prisonniers se sont évadés parmi lesquels N. et son mari. Ils ont marché des jours durant vers la frontière Centrafricaine qui était à environ 100 km de Gemena.

Arrivés à Bangui, ils sont restés là plusieurs mois. C'est là que N. a eu son premier enfant.

L'accouchement n'a pas été facile puisque il s'est terminé par une césarienne. A l'issue de cet accouchement, le bébé a eu de graves séquelles.

Deux mois plus tard, ils ont repris la route pour Mombassa (Kenya) en camion. De là, ils sont partis pour la Turquie où ils sont restés un an. Après, ils se sont embarqués sur un bateau pour l'Italie.

La traversée n'a pas été facile. Ils sont restés en mer sans eau, sans nourriture. Ils ont été découverts et sauvés par la marine militaire italienne, qui les a amenés à LAMPEDUSA.

N. a beaucoup souffert du voyage en mer, mais l'enfant encore plus. A leur arrivée en Italie, l'enfant a eu des convulsions. Ils ont été conduits à l'hôpital de Palermo.

Ensuite ils ont demandé l'asile politique, en juillet 2004.

Deux mois après leur arrivée en Italie, ils ont été transportés à Milan dans un centre d'accueil où ils sont restés tous ensemble.

N. a été traumatisée par toute cette aventure, elle est en train de suivre une psychothérapie. Elle parle seulement avec son mari et ses enfants. Elle refuse tous les autres contacts.

De surcroît, les conditions de vie en situation « irrégulière » dans le pays de migration (peur de l'arrestation ou de la dénonciation, vulnérabilité sociale et économique, stigmatisation, discriminations voire exploitations diverses, difficultés à se projeter dans l'avenir, difficultés d'adaptation linguistique et culturelle, perte des réseaux sociaux, etc...) risquent toujours de fragiliser l'état de santé psychologique des personnes.

« Elle développe des manifestations dépressives de plus en plus envahissantes, elle est enceinte et son repli devient de plus en plus intense. »

MDM France témoigne à propos d'une jeune mère de famille, d'origine albanaise :

” J’ai reçu ce couple mixte au CASO [Centre d’Accueil de Soins et d’Orientation de MDM], elle albanaise, lui macédonien avec leur dernière fille alors âgée de 3 ans une quinzaine de jours après leur arrivée en France. Leur fille aînée âgée de 6 ans était restée avec d’autres enfants du foyer d’accueil. La plus jeune restait accrochée à sa mère et refusait tout minime éloignement. Ils avaient fui la Macédoine après 5 années qu’ils décrivent comme un enfer : menaces de mort répétées, violation de leur domicile le jour comme la nuit par des hommes cagoulés pointant leur arme sur la tempe de Monsieur A en présence des enfants, hurlant des menaces et les insultant, leur demandant de l’argent. Madame A ne pouvait presque plus sortir dans le quartier sans se faire injurier, bousculer... Alors qu’elle était proche d’accoucher, elle n’a pu être admise à l’hôpital à cause de son origine, devant verser un « bakchich » qu’ils ne pouvaient avoir, sa fille est née dans les escaliers de l’hôpital.

A plusieurs reprises, la police l’a conduite dans ses bureaux pour des soi-disant interrogatoires et au cours de l’un d’eux, elle a été violée.

Cette femme ainsi que sa famille a connu depuis sa jeunesse des violences répétées, son père instituteur, ayant un engagement politique au Kosovo. Elle s’est mariée et est partie en Macédoine alors que toute sa famille a fui pour la France où elle a obtenu l’asile politique.

Devant l’enfer vécu là-bas, ils décident aussi de fuir pour la France. Ils partent par les montagnes avec leurs deux filles et pendant cette fuite, ils souffriront de faim et de froid et verront plusieurs personnes mourir d’épuisement.

D’abord logés dans un foyer provisoire, ils obtiennent une chambre dans un « hôtel » insalubre avec de la moisissure sur les murs et, ne pouvant cuisiner, ils se rendent dans des lieux de distribution de nourriture.

Madame A développe des manifestations dépressives de plus en plus envahissantes, elle est enceinte et son repli devient de plus en plus intense. Deux ans et demi passent pendant lesquels ils obtiennent une réponse négative à leur demande d’asile politique et au recours. Ils avaient déposé une demande d’asile territorial qui leur sera refusé environ 6 mois après.

Pendant cette période ils avaient obtenu deux chambres dans un foyer.

A la suite du dernier refus ils ont dû quitter le foyer, ils ont maintenant un bébé de 3 mois, ils sont pris en charge par une association qui leur trouve un logement décent.

La dépression de Madame A s’aggrave, elle sera hospitalisée d’urgence en psychiatrie où elle restera 3 mois, elle avait perdu tout espoir et était envahie par la violence. Une demande de titre de séjour pour raisons médicales est déposée : après 8 mois environ elle obtient une réponse positive pour un an.

Son mari, toujours sans papiers, obtient l’aide juridictionnelle et attendra plus de 6 mois pour être reçu chez un avocat.

Madame A reprend peu à peu goût à la vie, trouve quelques heures de ménage ce qui compte beaucoup pour elle bien qu’elle soit secrétaire.

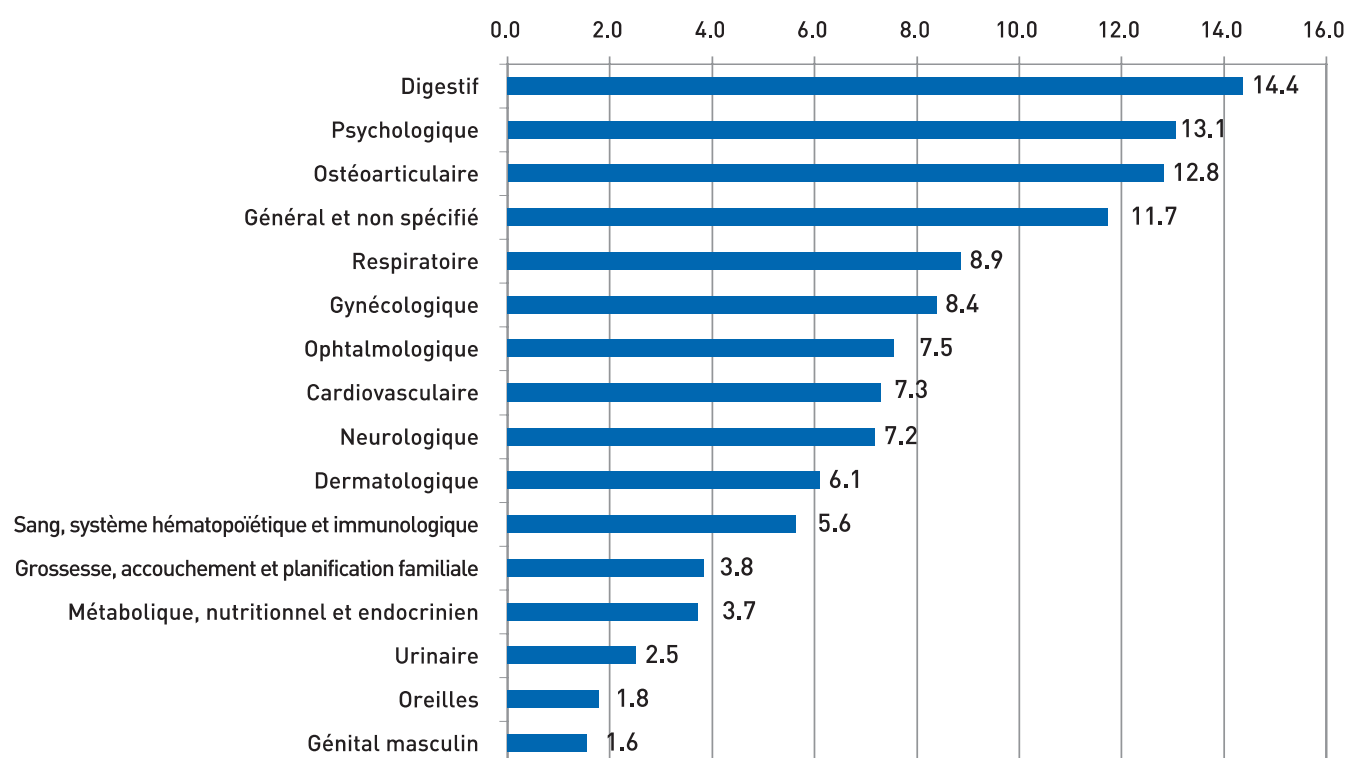
Elle revient abattue de l’entretien avec l’avocat qui leur laisse un seul espoir pour avoir des papiers : qu’elle puisse justifier d’un travail à temps plein ce qui bien sûr, dans l’état actuel de santé de Madame A est impossible. D’où de nouveau l’espoir fragile qui vacille.

Tableau 19. Problèmes de santé cités par appareil.

	Proportion parmi l'ensemble des problèmes cités (n=998) %	Fréquence dans la population d'enquête (n=835) %
Digestif	12.3	14.4
Psychologique	11.3	13.1
Ostéoarticulaire	11.0	12.8
Général et non spécifié	10.1	11.7
Respiratoire	7.6	8.9
Gynécologique	7.2	8.4*
Ophtalmologique	6.5	7.5
Cardiovasculaire	6.3	7.3
Neurologique	6.2	7.2
Dermatologique	5.2	6.1
Sang, système hématopoïétique et immunologique	4.8	5.6
Grossesse, accouchement	3.3	3.8**
Métabolique, endocrinien et nutritionnel	3.2	3.7
Système urinaire	2.2	2.5
Oreilles	1.5	1.8
Système génital masculin	1.3	1.6***

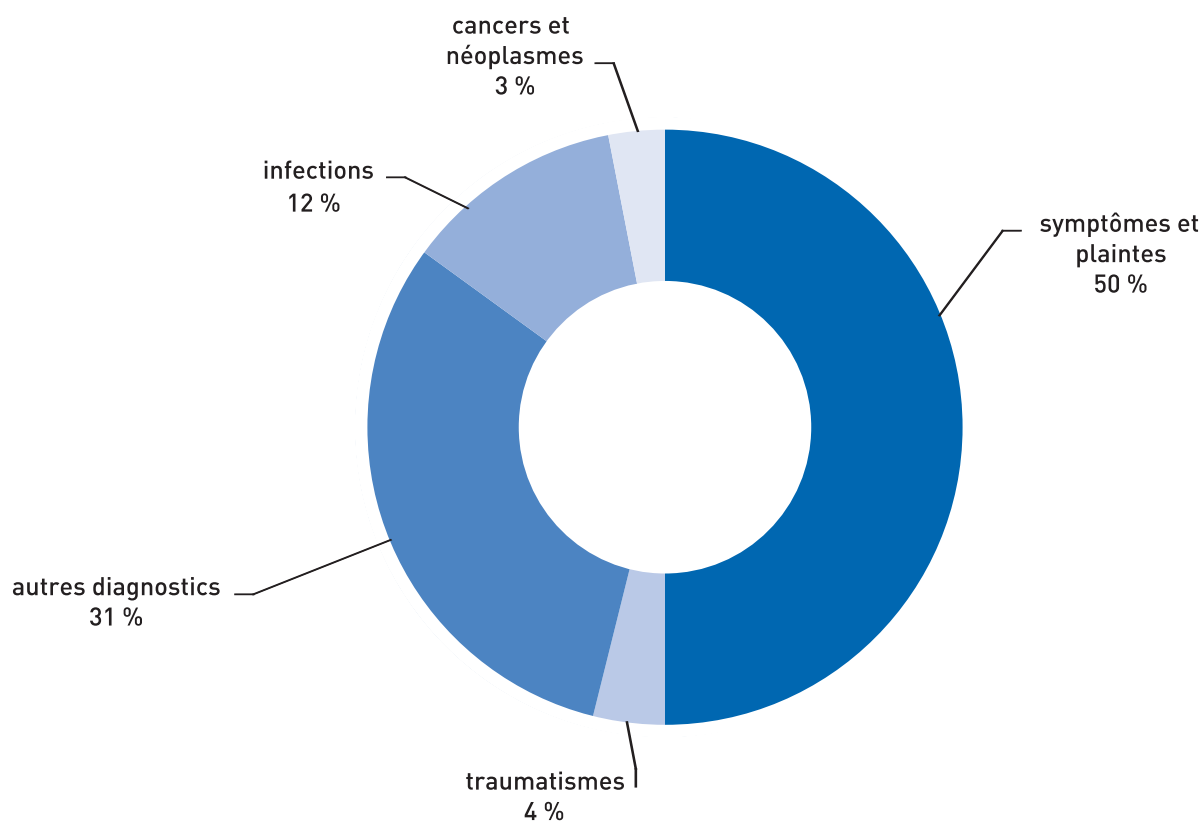
*15.9 % des femmes **8.4 % des femmes ***3.3 % des hommes

Figure 15. Problèmes de santé cités par appareil (fréquence en % de la population enquêtée).



Selon le regroupement de la CISP, la **moitié des problèmes de santé cités sont des symptômes et des plaintes (sans diagnostic final, donc)**. Les infections (toutes causes confondues), les cancers et les traumatismes représentent – tous ensemble – près de 20 % des problèmes cités (précisons que ce regroupement, proposé par la CISP, comprend des maladies très diverses et, en particulier, de gravités très différentes).

Figure 16. Problèmes de santé cités par type (fréquence en % de la population enquêtée).



En croisant les deux indicateurs précédents (type de problème et système concerné, aux sens de la CISP), on observe que les « diagnostics non finalisés » (enregistrés et codés en tant que symptômes) concernent particulièrement fréquemment les sphères digestive, musculo-squelettique, neurologique et psychiatrique ; c'est-à-dire celles qui, à la fois, ont une expression symptomatologique riche (douleurs, notamment) et pour lesquelles seule une prise en charge suivie – et pas seulement ponctuelle – permet de conduire à un diagnostic.

En ce qui concerne les pathologies immunitaires et hématologiques, il s'agit essentiellement de l'infection par le VIH⁵⁴.

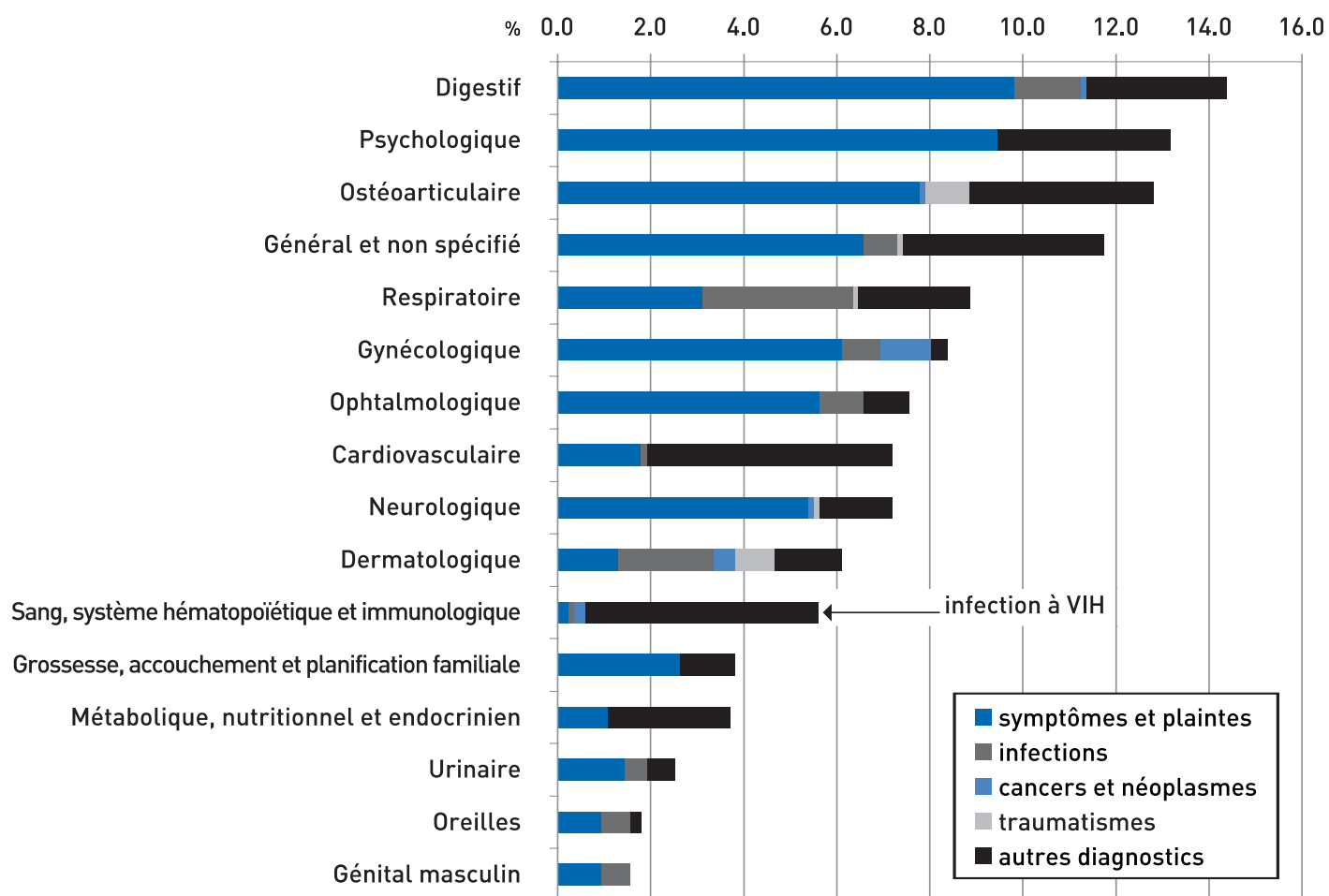
54. Il peut paraître étrange que le taux d'infection à VIH soit aussi important dans les diagnostics, sans avoir pu réaliser d'examen complémentaires.

Cela s'explique de deux façons complémentaires :

- les personnes rencontrées connaissent pour certaines leur infection à VIH, diagnostiquée auparavant,
- et ce, d'autant plus que deux sites d'enquête étaient des lieux spécifiques pour le suivi des personnes atteintes du VIH.

Sur ce type d'enquête d'observation, la vraie prévalence du VIH reste évidemment inconnue (se référer au chapitre IV-5. L'infection à VIH).

Figure 17. Problèmes de santé cités par type et système (fréquence en % de la population enquêtée).



A un niveau de détail plus fin, **27 problèmes de santé comptent pour une petite moitié (45.7 %) de l'ensemble des problèmes cités⁵⁵**. On retrouve parmi eux une fréquence élevée de douleurs abdominales, ostéoarticulaires et gynécologiques, de symptômes anxio-dépressifs, de symptômes infectieux (toux, fièvre) mais aussi des infections graves (VIH, hépatite virale).

55. Un tiers (32,8 %) des problèmes cités sont purement déclaratifs de la part de la personne enquêtée.

Tableau 20. Problèmes de santé cités.

	Proportion parmi l'ensemble des problèmes cités (n=998) %	Fréquence dans la population d'enquête (n=835) %
Problèmes dorsolombaires*	4.4	5.3
Dépression*	4.3	5.2
Infection par le VIH	3.7	4.4
Mal de tête	3.1	3.7
Lunettes	2.7	3.2
Douleurs épigastriques et troubles gastriques*	2.8	3.3
Douleur et autres S/P génitaux et menstruels* femme	2.5	2.9
Hypertension non compliquée	1.8	2.2
Anxiété	1.7	2.0
Stress aigu	1.7	2.0
Asthme	1.6	1.9
Douleur générale	1.6	1.9
Troubles du sommeil	1.6	1.9
Fatigue	1.4	1.7
S/P** dents ou gencives	1.4	1.7
Douleurs et crampes abdominales	1.3	1.6
Fièvre	1.2	1.4
Hépatite virale	1.1	1.3
S/P œil (autre que lunettes)	0.9	1.1
Diabète insulino-dépendant	0.9	1.1
Stérilité	0.8	1.0
Toux	0.8	1.0
Sinusite	0.7	0.8
Usage abusif de drogue	0.7	0.8

*après regroupement de tous les codages compatibles dans la CISP

**S/P : Symptômes et plaintes

Plus des deux tiers de ces problèmes de santé (69.9 %) sont déclarés chroniques et, dans le même temps, seul un tiers d'entre eux (30.1 %) fait l'objet d'un traitement en cours. Rapportés aux individus, 47.1 % d'entre eux déclarent avoir au moins 1 problème de santé chronique. Parmi eux, seulement la moitié (50.4 %) a un traitement en cours pour toutes leurs maladies chroniques tandis que 49.6 % ont au moins une maladie chronique non traitée, sans différence significative selon le sexe, l'âge et la durée de séjour dans le pays sans autorisation.

Le fait d'avoir une couverture santé augmente la chance d'avoir un traitement pour l'ensemble de ses maladies chroniques (RR = 1.71, IC 95 % = [1.28 – 2.29]). Pour autant, cela ne garantit pas une prise en charge de tous pour tous les soins, puisque seules 65.8 % des personnes ayant une telle couverture voient toutes leurs maladies chroniques traitées (contre 38.5 % des personnes sans couverture, p<0.001).

Pour près de la moitié des personnes concernées ayant déclaré au moins un problème de santé (46.7 %), l'un ou l'autre de ces problèmes a souffert d'un retard de recours aux soins. La comparaison des troubles les plus fréquents chez ceux déclarant – ou non – un retard de soins ne montre pas de différence notable : en d'autres termes, les personnes souffrant de troubles graves ou constitués (dépression, infection par le VIH, diabète, hépatite virale, HTA notamment) n'ont pas moins de retard au recours aux soins que ceux rapportant des troubles plus bénins ou des symptômes non étiquetés (fatigue, fièvre, douleurs articulaires, etc...). Globalement, **la gravité des troubles ne s'accompagne donc pas d'un meilleur recours aux soins – ce qui est particulièrement inquiétant** du fait des conséquences que peuvent avoir les retards aux soins dans le cas des pathologies graves.

« Durant la visite, il m'a posé plusieurs questions mais il ne m'a pas fait d'examen médical, il n'a même pas examiné la grosseur que je sentais dans mon sein. »

Témoignage de MDM Pays bas, recueilli auprès de M., 43 ans, originaire du Ghana :

”

« Il y a un mois, j'ai consulté un médecin généraliste parce que je sentais une grosseur dans mon sein et j'étais très inquiète. Ce médecin a bien voulu m'aider seulement si je payais d'avance. Durant la visite, il m'a posé plusieurs questions mais il ne m'a pas fait d'examen médical, il n'a même pas examiné la grosseur que je sentais dans mon sein. J'étais moi-même infirmière au Ghana, et je sais comment traiter les problèmes médicaux. C'est pourquoi, j'ai pensé que c'était vraiment étrange que ce médecin ne m'ait pas examinée correctement et cela m'a mis en colère. A la fin de la consultation, le médecin m'a donné une ordonnance pour des médicaments. Je ne suis pas allée à la pharmacie. Je ne crois pas que cette ordonnance peut m'aider, parce que le traitement n'a pas été prescrit sur la base d'un bon examen médical. Je ne fais pas confiance à ce médecin, la manière dont il m'a traitée me rend triste. J'ai décidé de ne plus aller le voir et d'en chercher un autre. »

Le fait d'avoir obtenu la couverture santé n'est pas significativement corrélé à un moindre retard de recours aux soins (pour les problèmes de santé au jour de l'enquête). On observe néanmoins une légère différence : 53 % des bénéficiaires de cette couverture présentent un retard de soins, contre 45.1 % de ceux qui ne l'ont pas ($p=0.2$). Si ce résultat peut paraître à première vue surprenant, il met en évidence que **le fait d'obtenir une carte d'accès aux soins gratuits ne garantit pas à lui seul la levée de tous les obstacles à l'accès aux soins**. Certains médecins sont réticents à prendre en charge les personnes en situation irrégulière⁵⁶.

Plus largement, **le fait que des personnes, ayant une couverture santé, viennent consulter dans des centres de Médecins du Monde ou d'autres associations, souligne en lui-même que ce droit est une condition nécessaire, mais pas suffisante, pour une véritable égalité d'accès aux soins pour toutes les personnes vulnérables résidant dans les pays européens.**

56. Se référer au chapitre V.2. Les refus de soins des professionnels de santé

3. Conduites addictives

Dans l'ensemble de la population interrogée, **10,0 % des individus ont un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool** (IC 95 % = [7.8 - 12.6]⁵⁷), sans corrélation avec l'âge. Il s'agit le plus souvent d'hommes : 15.2 % versus 3.0 % des femmes (RR = 4.9, IC 95 % = [2.5 – 9.4], $p < 10^{-6}$). Cette prévalence est significativement différente selon les pays, avec des écarts importants ($p < 10^{-6}$) : elle est plus faible en Espagne et supérieure en Italie. A titre de comparaison, rappelons que la consommation « problématique » d'alcool concerne, par exemple en France, 13.8 % de la population masculine et 5.0 % de la population féminine⁵⁸.

Tableau 21. Prévalence de l'alcoolisme masculin par pays.

	%	Intervalle de confiance (IC) 95 %
Italie	32.1	31.0 - 64.2
Belgique	12.8	6.3 - 22.3
France	9.6	3.9 - 18.8
Grèce	8.7	2.4 - 20.8
Espagne	7.8	3.6 - 14.3
Ensemble	15.2	11.7 - 19.3

Par ailleurs, **21.6 % de la population interrogée présente un abus ou une dépendance au tabac** (IC 95 % = [18.6 – 24.8]). On observe une tendance à la décroissance avec l'âge mais celle-ci n'est pas significative. Il s'agit là aussi plus souvent d'hommes mais avec des écarts plus faibles que pour l'alcool : respectivement 30.2 % des hommes et 12.2 % des femmes (RR = 2.5, IC 95 % = [1.8 – 3.4]). Cette surconsommation masculine est particulièrement importante en Belgique ; elle est aussi significative en France et en Grèce mais ne l'est pas dans les autres pays, en particulier en Espagne. A titre de comparaison, d'après les données de l'OCDE de 2002 ou 2003 : en Grèce, 35.0 % de la population totale fument quotidiennement, 28.6 % en France, 28.1 % en Espagne, 27.0 % en Belgique, 26.0 % au Royaume Uni, 24.2 % en Italie et 20.5 % au Portugal⁵⁹.

Tableau 22. Tabagisme masculin par pays : estimations du risque relatif hommes / femmes.

	Risque Relatif (RR) H/F	Intervalle de Confiance (IC) 95 %
Belgique	11.4	3.5 - 36.9
France	2.1	1.1 - 4.6
Grèce	2.7	1.3 - 6.5
Italie	0.8	0.3 - 2.0*
Espagne	1.5	0.9 - 2.5*

* non significatif (ce qui signifie que le risque de fumer n'est pas significativement différent pour les hommes et les femmes d'un point de vue statistique)

Note de lecture : en Grèce, les hommes ont 2.7 fois plus de risques que les femmes de fumer avec un intervalle de confiance (IC) à 95 % compris entre 1.3 et 6.5.

L'alcool-tabagisme, c'est-à-dire l'usage abusif ou la dépendance à la fois à l'alcool et au tabac est moins fréquent : 3.4 % (IC 95 % = [2.2 – 4.8]). Il concerne aussi 3 fois plus souvent les hommes que les femmes ($p=0.01$). La faiblesse des effectifs empêche toute comparaison par pays après ajustement sur le sexe.

Concernant l'usage de drogues, sa prévalence est estimée à 5.2 % (IC 95 % = [3.7 – 7.0]) et elle concerne, elle aussi, plus souvent les hommes (8.5 %) que les femmes (1.5 %) : RR = 5.7, IC 95 % = [2.3 – 14.5], $p < 10^{-4}$; mais aussi plus souvent les plus jeunes : respectivement 9.2 % des moins de 25 ans, 4.2 % des 26 - 60 ans et aucun cas observé chez les plus de 60 ans.

57. IC = Intervalle de Confiance ; RR = Risque Relatif

58. Estimation par le test Delta : Guilbert P, Gautier A, eds. Baromètre santé 2005, premiers résultats. Paris, INPES, 2006, 170 p.

59. Source : Ecosanté OCDE 2005.

La prévalence observée d'usage de drogues est significativement plus élevée parmi les enquêtés en Italie et significativement plus faible en Belgique (y compris après ajustement sur l'âge) – en lien bien sûr avec les recrutements spécifiques des différents centres enquêtés. Une co-dépendance à l'alcool et aux drogues est observée dans 19 cas (2.3 % de l'échantillon total) et 3.4 fois plus souvent chez des hommes ($p=0.04$).

Tableau 23. Usage de drogues par pays.

	%	Intervalle de Confiance (IC) 95 %
Italie	18.8	10.9 - 29.0
France	5.0	2.0 - 10.0
Espagne	4.2	1.8 - 8.1
Grèce	2.4	0.3 - 8.4
Belgique	1.0	0.1 - 3.5
Ensemble	5.2	3.7 - 7.1

Enfin, concernant l'usage abusif ou la dépendance à des médicaments, sa prévalence observée est plus faible encore : elle est comprise entre 2.2 % et 3.3 % (selon que l'on prend en compte, ou non, les données manquantes ; celles-ci étant alors entendues comme des réponses négatives). La faiblesse des effectifs rend peu pertinente la comparaison par sexe ou par pays. Une co-dépendance à l'alcool et aux médicaments n'est signalée que dans 6 cas (0.7 % de l'échantillon total).

4. Accès au dépistage et aux traitements liés à l'infection par le VIH

Dans tous les pays étudiés, le test de dépistage du VIH est théoriquement possible et gratuit pour toute personne qui le désire. Pourtant, dans l'échantillon étudié, 54.2 % des personnes interrogées ignorent qu'elles peuvent bénéficier gratuitement d'un dépistage du VIH. Cette proportion est significativement différente suivant les pays.

- Elle est, significativement, **la pire en Grèce**. On peut voir dans ce résultat un effet du déni de droit qui touche largement les étrangers en situation irrégulière dans ce pays : la règle générale étant qu'ils n'ont quasiment aucun droit aux soins, les rares exceptions à cette règle (en l'occurrence celle d'un accès au dépistage gratuit du VIH) sont – naturellement mais malheureusement - mal connues.
- Elle est **la plus favorable en France**. C'est dans ce pays que les enquêtés sont le plus informés de la possibilité de se faire dépister gratuitement (alors même qu'ils sont globalement peu informés de la possibilité d'obtenir une couverture maladie) : 59.0 % connaissent cette possibilité, et même 68.8 % à Paris (où plusieurs grandes campagnes d'affichage et d'information sur le dépistage ont été réalisées).

Tableau 24. Fréquence de l'ignorance du dépistage gratuit du VIH par pays.

	%	Intervalle de Confiance (IC) 95 %
Grèce	83.7	74.2 - 90.8
Royaume Uni	66.7	29.9 - 92.5
Portugal	64.7	38.3 - 85.8
Italie	63.0	54.2 - 71.1
Belgique	50.3	42.8 - 57.8
Espagne	47.2	40.1 - 54.4
France	41.0	32.9 - 49.5
Ensemble	54.2	50.6 - 57.8

« Chaque année, pour mon anniversaire, je m'offrais un dépistage, c'est normal, avec mon mari... »

MDM France témoigne au sujet d'une jeune femme, d'origine sénégalaise :

” F. a poussé la porte du bureau accompagnée par l'accueillante. Tandis qu'elle s'installe et ôte son manteau, je commence à lui expliquer les objectifs de l'enquête, et la remercie de sa contribution. Elle m'arrête alors d'un geste « c'est la première fois que je vais parler. Cela ne vous dérange pas ? ». J'ai posé mon stylo et repoussé le questionnaire. F. a commencé à parler de sa vie là-bas [au Sénégal], sa voix s'est tour à tour animée puis éteinte. Animée lorsqu'elle évoque une vie d'artiste comédienne, animée lorsqu'elle parle de ses enfants, d'une vie belle et aisée... Puis éteinte au moment d'évoquer l'excision, le don de sa fille aînée pour la sauver de cette torture, la « disparition » organisée des plus petites et les violences d'un mari volage et refusant le métier de son épouse. « Comédienne ? Prostituée oui ! ». Aux outrages verbaux viennent s'ajouter les violences physiques : un corps traîné sur des barbelés, et les menaces : « si tu rentres, je te crève un œil ». F. a résumé sa vie comme on respire, et pour respirer aussi peut-être. Revenant au problème de santé qui l'amène, une hépatite C doublée d'une syphilis, j'évoque avec elle le dépistage VIH. Elle connaît, même si elle ne sait pas qu'en France il est possible d'en bénéficier gratuitement. Là-bas, c'était son cadeau d'anniversaire : « chaque année, pour mon anniversaire, je m'offrais un dépistage, c'est normal, avec mon mari... ». La vie en France ? F. conclut notre rencontre sur ces mots : « Ici, on nous aide, mais il faut nous élargir la route pour que les sans papiers, ils puissent se faire soigner sans peur. Il faut forger le respect et non la peur. On se cache comme si on était des bêtes. »

Plus fréquentes encore sont les personnes qui ignorent où elles peuvent aller faire le test de dépistage du VIH : 62.3 % des personnes interrogées sont dans ce cas.

Ce taux est significativement plus élevé au Royaume Uni⁶⁰, en Grèce et en Italie et significativement plus faible en Espagne. Il se situe, en France, dans la moyenne générale.

Tableau 25. Fréquence de l'ignorance des lieux de dépistage du VIH par pays.

	%	Intervalle de Confiance (IC) 95 %
Royaume Uni	88.9	51.8 - 99.7
Grèce	86.4	75.0 - 94.0
Italie	74.5	65.1 - 82.5
France	66.7	58.0 - 74.5
Portugal	61.5	31.6 - 86.1
Belgique	60.3	52.8 - 67.6
Espagne	46.2	39.1 - 53.4
Ensemble	62.3	50.6 - 57.8

La situation est proche concernant les traitements : **63.1 % des personnes ignorent que des traitements gratuits contre le VIH sont disponibles.** Ce taux est significativement **supérieur en Grèce** (aucune des personnes interrogées ne le savaient) et, là encore, significativement **le plus faible en Espagne.**

Au Royaume Uni, la question n'a pas été posée puisque, dans ce pays, les séropositifs en situation irrégulière ne peuvent pas bénéficier de traitements gratuits.

60. Où, faute de traitements gratuits (cf. infra), aucune campagne d'information sur le dépistage du VIH n'existe en direction des personnes en situation irrégulière.

Tableau 26. Fréquence de l'ignorance de traitements gratuits contre le VIH par pays.

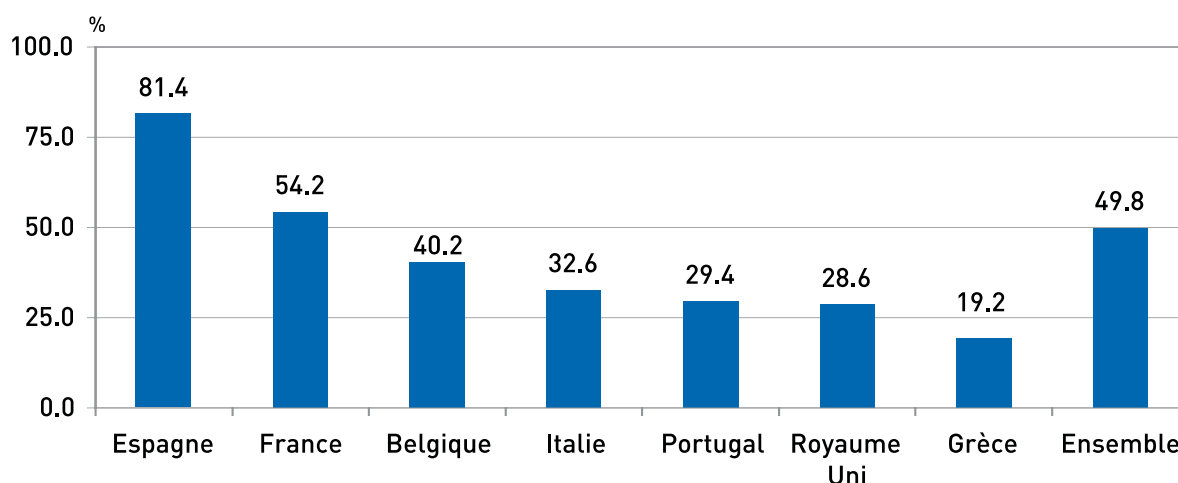
	%	Intervalle de Confiance (IC) 95 %
Royaume Uni	*	
Grèce	100.0	93.4 - 100.0
Portugal	73.3	44.9 - 92.2
Italie	68.2	58.5 - 76.9
France	67.9	59.3 - 75.7
Belgique	59.8	52.1 - 67.1
Espagne	49.2	42.1 - 56.4
Ensemble	63.1	50.6 - 57.8

* il n'y a pas au Royaume Uni de traitements gratuits

Ces taux sont particulièrement élevés compte tenu du fait que, en revanche, **près de la moitié des personnes interrogées ont déjà souhaité faire un dépistage du VIH** (49.8 %) : il ne s'agit donc pas d'un désintérêt global sur cette question, bien au contraire.

Des différences significatives existent selon le pays. En Espagne, les enquêtés ont très majoritairement (à 81.4 %) déjà souhaité faire un test de dépistage du VIH-sida ; en France, ils sont un peu plus de la moitié (54.2 %) dans ce cas. En revanche, ce souhait n'a été manifesté que par 40.2 % des enquêtés en Belgique, 32.6 % en Italie, 29.4 % au Portugal, 28.6 % au Royaume Uni et 19.2 % en Grèce.

Figure 18. Proportion d'individus ayant souhaité faire un dépistage du VIH par pays.



Pour expliquer ces différences entre pays, plusieurs arguments peuvent être avancés sans qu'ils puissent être distingués dans cette enquête⁶¹:

- la perception du risque d'être infecté peut être différente (en fonction des groupes migratoires majoritaires en particulier) ;
- les politiques d'information (et les connaissances des dispositifs) ont aussi un impact sur la demande de dépistage⁶² ;
- enfin, les différences constatées renvoient aussi pour une part au type d'activité des centres ayant participé à l'enquête (en Belgique par exemple, le souhait d'un dépistage est évidemment plus fréquent parmi les personnes interrogées dans les associations partenaires qui prennent en charge des personnes vivant avec le VIH : 64.4 % contre 40.2 % pour l'ensemble des personnes interrogées en Belgique).

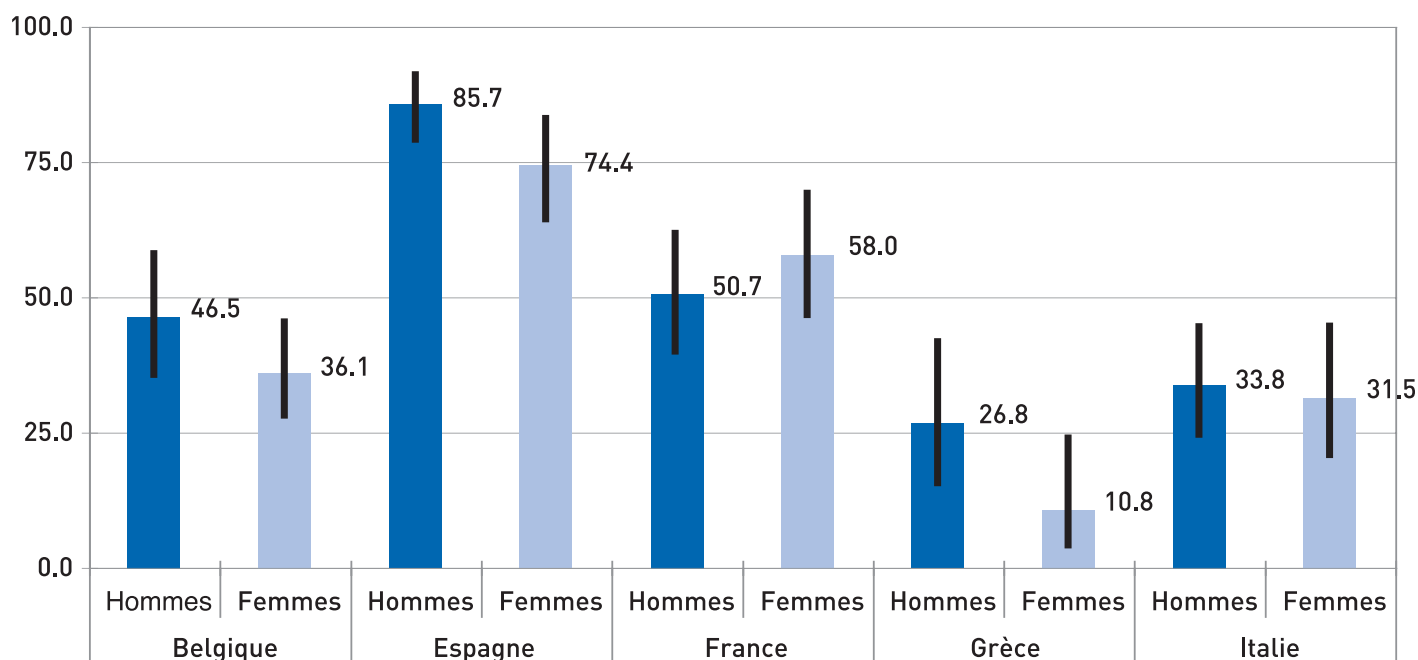
Dans l'ensemble de la population enquêtée, **un tel souhait est retrouvé significativement plus souvent chez les hommes** (53.4 %) **que chez les femmes** (45.4 %, $p=0.03$) **et décroît avec l'âge** (chez seulement 23.5 % des plus de 60 ans par exemple, mais les différences ne sont pas significatives).

61. Clarke K, Broring G, eds. *HIV/AIDS Care and support for migrant and ethnic minority communities in Europe*. Woerden: AIDS & Mobility, 2000.

62. Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Geneva, WHO, 2006, 298 p.

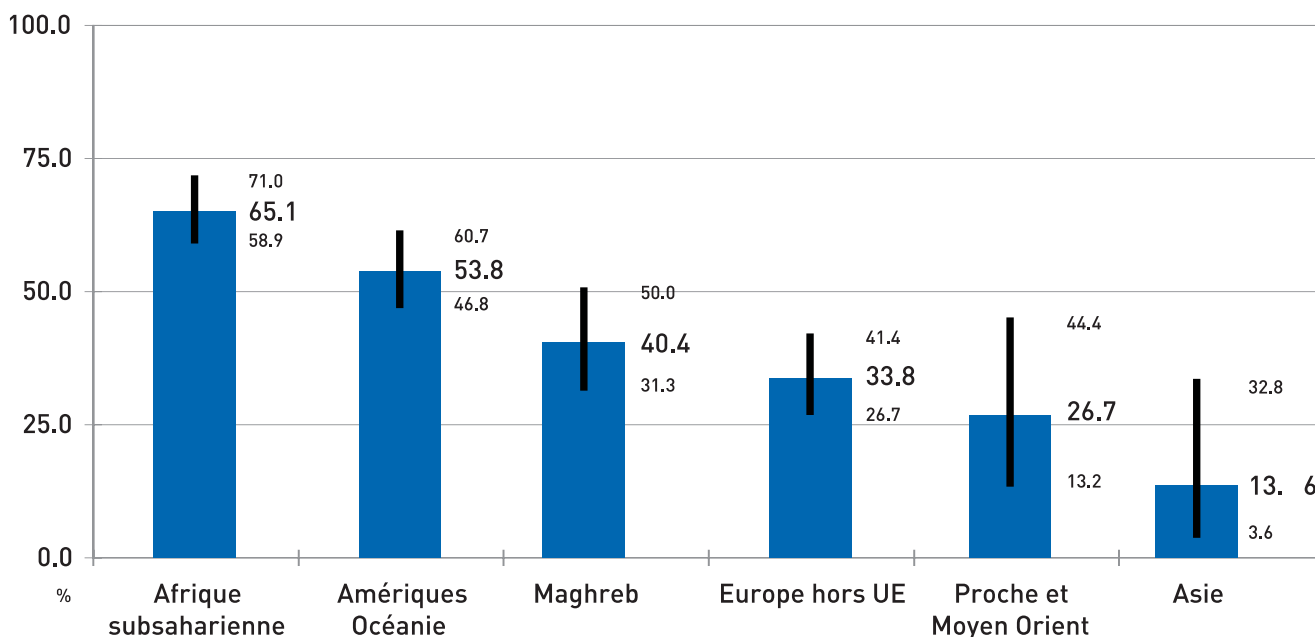
Pour autant, les différences par genre et par pays ne sont pas significatives pour des raisons liées à la faiblesse des effectifs (la figure, ci-dessous, montre la largeur des intervalles de confiance).

Figure 19. Prévalence du souhait de dépistage du VIH par pays et par sexe.



En revanche, le fait d'avoir souhaité un dépistage du VIH apparaît significativement différent selon le continent d'origine des personnes ($p < 10^{-6}$). **Les Africains sont les plus nombreux à avoir voulu bénéficier d'un tel dépistage** (65.1 % des personnes, soit significativement plus que la moyenne de l'ensemble de l'échantillon) et les Asiatiques les moins nombreux ; les Maghrébins, les Orientaux mais aussi les Européens sont dans une situation intermédiaire mais dans tous les cas, seulement une minorité d'entre eux déclare avoir déjà souhaité faire un dépistage du VIH.

Figure 20. Prévalence du souhait de dépistage du VIH par continent d'origine.



Note de lecture : la figure donne pour chaque pays la proportion observée dans l'échantillon (barre large) et son intervalle de confiance à 95 % (traits noirs). Ainsi, 40.4 % des personnes originaires du Maghreb ont souhaité se faire dépister et l'intervalle de confiance statistique de ce pourcentage est compris entre 31.3 % et 50.0 %.

L'immense majorité des personnes qui ont souhaité être dépistées pour le VIH ont pu faire le test (85.4 %) mais, inversement, 14.6 % n'ont pu en bénéficier⁶³. **Pratiquement aucun obstacle dans la connaissance du résultat n'est observé dans l'enquête** : parmi celles qui l'ont fait, 99.7 % en connaissent le résultat (1 seule personne déclare l'ignorer).

Les raisons pour lesquelles l'autre moitié de la population n'a jamais souhaité faire de dépistage concernent très majoritairement le sentiment de ne pas en avoir besoin ou de ne pas être concerné. La question des obstacles aux traitements (ignorance qu'ils sont gratuits ou perception qu'ils sont payants) est citée dans près de 10 % des cas. A l'opposé, il semble que la confiance dans la confidentialité des résultats soit très majoritaire – du moins elle ne constitue pas un obstacle au dépistage (une telle crainte n'est citée que par 8 personnes).

D'autres situations sont heureusement exceptionnelles (moins de 1 % de la population enquêtée) mais néanmoins observées dans l'enquête : test à l'insu de la personne (cité 5 fois par des personnes testées à leur insu, donc de façon involontaire), ignorance que des traitements existent (9 fois), n'a jamais entendu parler du sida (8 fois).

Tableau 27. Raisons pour lesquelles un dépistage VIH n'a jamais été souhaité.

	% (n=385)
n'en ressent pas le besoin	64.4
peur des résultats	11.4
ne sait pas que traitement est gratuit	5.5
sait que pas de traitement gratuit	4.2
pas concerné	2.9
ne sait pas qu'un traitement existe	2.3
crainte de l'absence de confidentialité	2.1
jamais entendu parler du sida	2.1
testé à son insu	1.3
ne sait pas où aller	1.3
trop cher	1.0
jamais eu l'occasion	0.5
refus de réponse	0.5
ne sait pas que le dépistage est gratuit	0.5

5. Infection par le VIH

Sur l'ensemble de l'échantillon, on observe une prévalence extrêmement élevée de l'infection à VIH : 5.7 % (IC 95 % = [4.3 – 7.5]), sans différence significative entre les hommes et les femmes. Cette prévalence est – bien évidemment – celle connue des personnes interrogées (et déclarée par elles). Elle est sans doute inférieure à la réalité : les personnes ignorant leur séropositivité ou préférant ne pas en faire part ne sont pas considérées comme séropositives (il ne s'agit pas d'une enquête de prévalence au sens « épidémiologique » du terme).

Cette très forte prévalence tient aussi à la manière dont l'échantillon a été constitué – en particulier au fait qu'une partie de l'enquête en Belgique s'est déroulée dans des associations qui s'adressent aux étrangers vivant avec le VIH-sida. Ainsi, parmi les 48 personnes séropositives de l'échantillon, 30 sont prises en charge (et ont été interrogées) dans ces associations belges. **Dans le reste de l'échantillon, la séroprévalence du VIH est deux fois moindre (2.3 %) mais reste particulièrement élevée.** Pour donner un point de comparaison, l'incidence annuelle des nouvelles infections à VIH est de l'ordre de 68 cas par million d'habitants dans l'Union européenne⁶⁴ ; soit une prévalence grossièrement de l'ordre de 1 % dans la population générale.

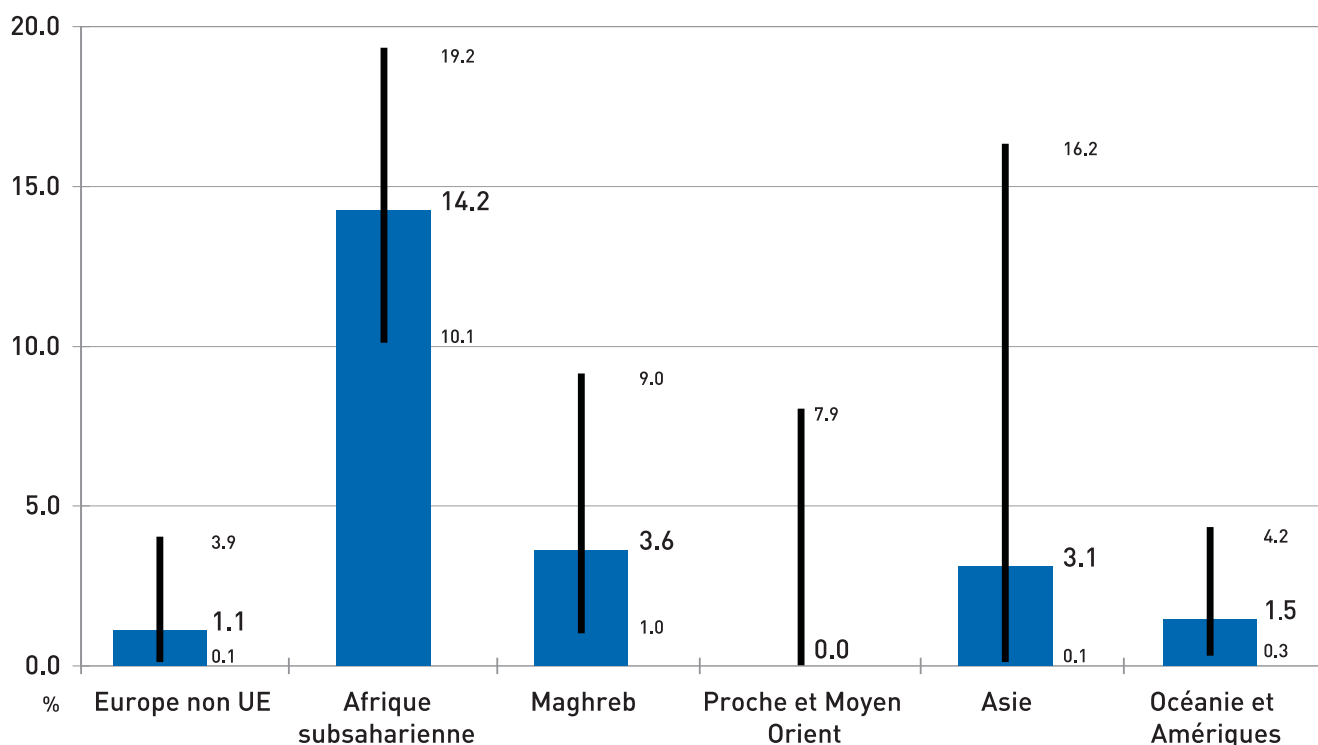
63. Sans différence significative entre les hommes et les femmes.

64. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006, n°72.

On observe une association significative ($p < 10^{-6}$) avec le continent d'origine des personnes : **les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ont une prévalence particulièrement élevée (14.2 %)** tandis qu'aucun cas n'a été observé chez des personnes originaires du Proche et du Moyen Orient. Notons toutefois que les effectifs faibles rendent les intervalles de confiance particulièrement larges pour l'Asie et, dans une moindre mesure aussi pour le Proche et le Moyen Orient.

Les pays d'origine des cas d'infection à VIH observés sont, pour l'Afrique sub-saharienne : le Cameroun (9 cas), le Rwanda (7 cas), la République Démocratique du Congo (5 cas), le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Ghana (2 cas chacun), le Burkina Faso, Le Cap Vert, la Guinée, la Guinée Bissau, le Niger, le Nigeria, le Sénégal et le Togo (1 cas chacun). Pour l'Amérique, il s'agit seulement de l'Equateur, le Pérou et le Salvador (1 cas chacun) ; pour l'Asie, le Kazakhstan (1 cas) ; pour l'Europe (hors UE) la Roumanie et la Serbie (1 cas chacun).

Figure 21. Prévalence de l'infection à VIH par continent d'origine.



Les personnes infectées par le VIH bénéficient plus souvent d'une couverture santé que les autres (93.8 % versus 76.0 %, $p < 0.01$)⁶⁵ et la quasi-totalité (93.8 % aussi) a consulté un médecin pour sa maladie.

Plus de 9 patients séropositifs sur 10 se sont vus proposer un traitement (90.9 %). Parmi eux, 42.5 % l'ont effectivement pris mais près de la moitié des personnes atteintes n'ont pas répondu à la question : si on ne prend en compte que les répondants, plus de 80 % l'ont effectivement pris (mais les effectifs deviennent faibles, de l'ordre de la vingtaine d'individus dans toute la population d'enquête ...).

La question sur la prise de traitements ARV comporte moins de non répondants (14.6 %) et s'interprète donc plus facilement : **au moins les deux tiers des personnes infectées par le VIH (64.6 %) – et jusqu'à 75,6 % si on ne prend pas en compte les non répondants – prennent un traitement ARV⁶⁶.** Les raisons évoquées par les personnes ne prenant pas ce traitement sont les difficultés à l'observance et un refus par l'enquêté de la mise sous traitement (cette question n'a été répondue que par 4 personnes...).

65. Seule 1 personne infectée par le VIH ne pouvait pas bénéficier d'une couverture santé dans l'enquête et n'avait pas consulté de médecin pour cette affection.

66. Le questionnaire ne permet pas de rapporter ce chiffre au dénominateur précis des personnes infectées par le VIH et présentant une indication médicale à la mise sous ARV.

« Je ne pouvais pas toucher une tasse ou autre chose, car elle était effrayée par mon infection au VIH. »

MDM Royaume Uni témoigne au sujet d'une femme, âgée de 48 ans, originaire d'Ouganda, atteinte du VIH :

”

A. est arrivée au Royaume-Uni en 2003. Elle a été diagnostiquée VIH positive dans son pays d'origine. Elle a perdu tous ses frères et sœurs à cause du Sida. Elle était donc restée seule pour s'occuper de ses enfants et de ceux de ses frères et sœurs.

« J'ai commencé à prendre des antirétroviraux (nevirapine) dans mon pays, mais ils fonctionnent mieux ici. Je pense que ceux que je prenais dans mon pays étaient probablement faux. Quelquefois, je dépensais tout mon argent pour les médicaments, et je n'avais plus d'argent pour acheter de la nourriture. Parfois, je devais emprunter 90 000 shillings ougandais (30 livres) par mois. Très peu de gens dans mon pays peuvent s'acheter les médicaments, ils sont seulement gratuits pour les femmes enceintes. J'étais dépressive, je n'avais plus d'intérêt pour rien. Quand je n'arrivais pas à trouver de l'argent pour les médicaments, mes amis me disaient de me prostituer ou de faire du trafic de drogues.

Je ne suis pas venue au Royaume-Uni pour bénéficier des aides sociales. Je voulais juste commencer une nouvelle vie, pour avoir une vie décente et meilleure.

Une amie m'a aidée à venir au Royaume-Uni. Je suis restée chez elle au Royaume-Uni mais elle a commencé à devenir hostile car elle pensait que j'allais mourir à tout moment. Je ne pouvais pas toucher une tasse ou autre chose, car elle était effrayée par mon infection au VIH. Je ne faisais pas la cuisine dans cette maison. Elle me disait : « Si tu meurs ici, qu'est-ce que je vais faire ? ». Elle pensait que j'allais l'infecter. J'espérais qu'elle me comprenne et qu'elle me console mais elle ne le faisait pas. Elle m'a présentée à un homme qui voulait avoir des rapports sexuels avec moi en échange d'un emploi. »

A. est venue nous voir par l'intermédiaire d'une association locale d'aide aux femmes, après que l'hôpital ait refusé de lui donner son traitement, parce qu'elle n'était pas inscrite chez un médecin généraliste.

L'équipe a repéré un cabinet de médecin vers qui elle pouvait aller, mais elle hésitait à y aller seule, parce qu'elle était effrayée d'être dénoncée et expulsée. Un membre de l'équipe l'a accompagnée dans le cabinet, pour l'aider à s'enregistrer. Malheureusement, l'accueil par la responsable du cabinet n'a pas été bon. A. a commencé à paniquer du fait de l'hostilité de la responsable et de sa crainte d'être dénoncée. Elle pensait que la personne avait enregistré des détails de sa vie pour la dénoncer.

Le volontaire de notre équipe explique : « J'ai essayé de rassurer A. sur le fait que la personne en question n'avait pas enregistré les renseignements sur elle et que nous allions essayer de trouver un autre médecin. A. était toujours contrariée et préoccupée mais j'ai réussi à suffisamment la rassurer pour qu'elle veuille bien s'adresser à d'autres médecins. »

Nous avons pu finalement repérer un autre cabinet de médecins où elle pouvait se sentir à l'aise. Nous l'avons accompagnée une fois encore. La procédure d'enregistrement s'est faite sans difficultés et A. semblait heureuse de cette issue.

Après plusieurs mois, nous avons décidé de contacter A. pour s'assurer qu'elle avait consulté le médecin, car c'est vital pour elle. Nous avons découvert qu'elle n'était pas allée voir le médecin après la procédure initiale d'enregistrement. Nous lui avons alors proposé de l'accompagner une dernière fois à un rendez-vous au cabinet du médecin. Elle a accepté et le rendez-vous avec le médecin a été pris.

L'accompagnement vers le cabinet s'est bien passé. Nous espérons maintenant qu'après cette première prise de contact avec le médecin, A. sera assez confiante pour aller voir le médecin toute seule.

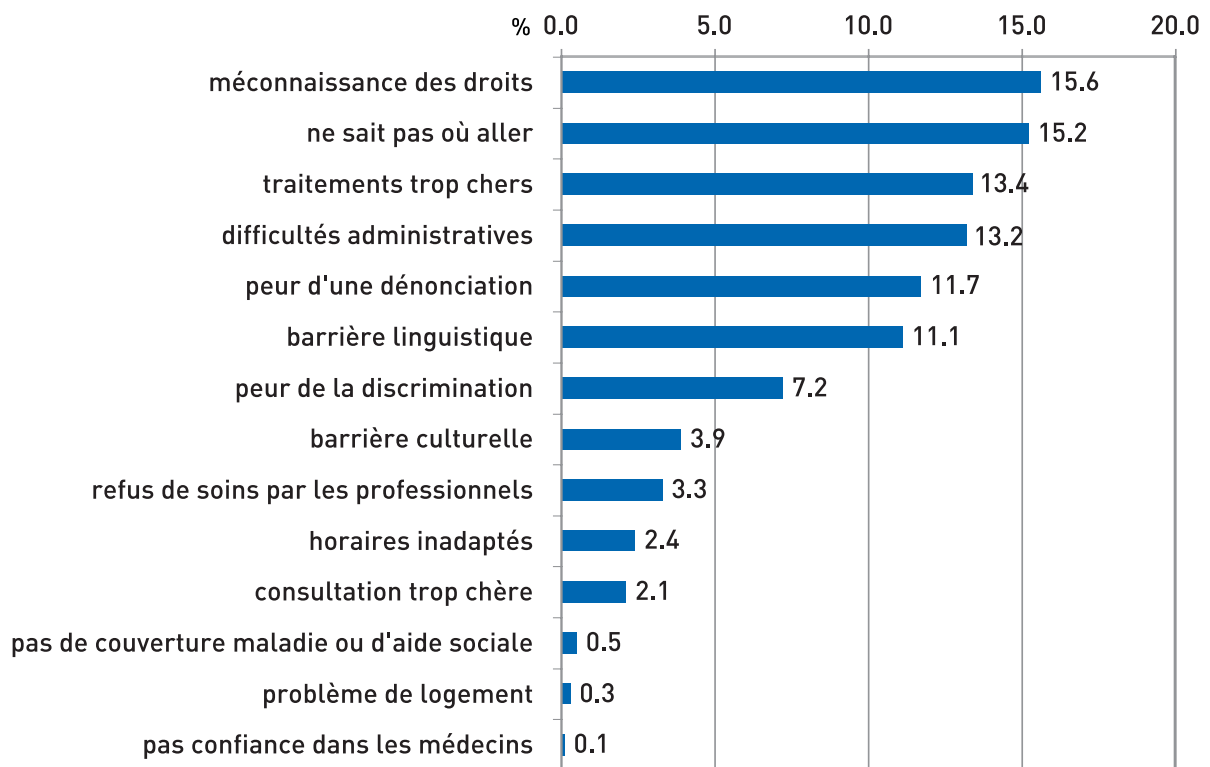
5. Obstacles à l'accès et à la continuité des soins



1. Les obstacles exprimés par les patients

Une question explorait – avec des réponses multiples – les obstacles rencontrés dans l'accès et la continuité des soins. Au total, 751 motifs ont été cités. Les plus fréquents concernent principalement la **méconnaissance des droits**, la **méconnaissance des lieux de soins** où s'adresser, le **coût des traitements**, les **difficultés administratives**, la peur d'une **dénonciation** et de la **discrimination**, et les barrières **linguistiques et culturelles**.

Figure 22. Fréquence des principaux obstacles dans l'accès aux soins (en % des obstacles cités)



A contre-cœur, le médecin a accepté de voir J. pour un seul rendez-vous, mais il ne voulait pas fournir d'interprète.

MDM Royaume Uni témoigne à propos d'un jeune homme de 27 ans, de nationalité irakienne :

”

J. a été victime des bombardements chimiques d'Hallabjah en Irak, quand il avait environ 8 ou 9 ans. « A cause de ces attaques chimiques, j'ai maintenant des problèmes de santé qui nécessitent un traitement continu. » Courant 2003, il a fui l'Irak après le début de la guerre avec le Royaume Uni et les Etats-Unis, il craignait pour sa vie à cause des actions de son cousin dans la région.

« Avant la guerre, mon cousin avait aidé le vieux régime irakien et avait tué des Kurdes dans la région. Une fois que les nouveaux groupes irakien et kurde ont commencé à commander la province, j'ai cru que ma vie était en danger, à cause des relations de notre famille. Toute ma famille a été tuée et j'ai fui en Syrie avant que les armées américaine et anglaise capturent Bagdad.

Un des membres de ma famille a payé quelqu'un pour m'aider à quitter l'Irak mais je ne savais pas où cela allait finir. J'ai voyagé à l'arrière d'un camion et j'ai été laissé juste à la périphérie de Londres. Je ne savais pas où j'étais et où je pouvais aller pour demander l'asile. La police m'a trouvé, avec d'autres, et m'a conseillé d'aller au bureau des affaires intérieures à Croydon pour demander l'asile.

.../...

J'ai demandé l'asile. Pendant que ma demande était en cours d'examen, j'étais logé dans le sud de Londres où j'avais une petite chambre et de la nourriture quotidiennement, j'avais accès au médecin régulièrement et je recevais une aide psychologique d'une organisation. Puis, en 2005, ma demande d'asile a été refusée et je me suis retrouvé sans aide pour le logement et les soins.

Le refus de ma demande d'asile m'a laissé sans ressource. Heureusement, des amis m'ont permis de rester chez eux mais changer constamment de logement a eu plus d'impact sur ma santé.

Lorsque j'étais chez des amis dans la région de Walthamstow, j'avais besoin d'aide pour des problèmes ophtalmologiques que j'ai développés depuis l'attaque chimique en Irak.

J'ai préféré vivre au Royaume-Uni parce que je m'y sentais plus en sécurité mais je crois que j'étais en meilleure santé en Irak, où ma famille pouvait facilement me payer des soins. L'impact psychologique des attaques chimiques et la disparition des membres de ma famille a montré que j'avais autant besoin de soutien psychologique que de médicaments pour suivre mon traitement. Une association de soutien psychologique m'a mis en contact avec «Project : London» où je suis venu expliquer ma situation difficile. »

Le réceptionniste d'un médecin généraliste lui a dit que son enregistrement était temporaire et que maintenant, il devait trouver un autre médecin. Cependant, J. avait besoin d'un rendez-vous de façon urgente pour pouvoir avoir une visite à l'hôpital pour ses problèmes ophtalmologiques. Un membre de l'équipe a parlé avec le réceptionniste et le médecin lui-même pour leur expliquer l'urgence de la situation. A contre-cœur, le médecin a accepté de voir J. pour un seul rendez-vous, mais il ne voulait pas fournir d'interprète.

L'équipe de « Project : London » a accompagné J. au rendez-vous chez ce médecin. Nous avons ensuite trouvé un autre médecin qui a accepté d'enregistrer J. sur sa liste et qui a offert un service d'interprétariat. J. était très heureux du niveau de service fourni et de la proximité par rapport à l'endroit où il vit.

Depuis que J. est venu à « Project : London », il a été orienté vers l'hôpital spécialisé en ophtalmologie. Une recherche concernant ses problèmes ophtalmologiques a débuté en même temps qu'un traitement régulier dispensé par son médecin. Il continue par ailleurs à recevoir un traitement pour ses problèmes psychologiques.

« Je leur ai expliqué que je n'avais pas d'assurance et que je ne pouvais pas payer la facture. »

Extrait de propos recueillis par MDM Pays Bas, auprès d'une jeune femme de 21 ans, originaire des Philippines :

”

« Avec l'aide de mes amis, j'ai trouvé une sage-femme, lorsque j'étais enceinte, pour m'aider à prendre soin de moi et me suivre régulièrement. J'ai dû lui payer d'avance toutes les consultations. Je pouvais payer car j'avais alors un travail stable. J'étais satisfaite des soins reçus, ils m'ont fait du bien. Je voulais donner naissance à mon enfant à la maison et j'avais déjà tout arrangé avec la sage-femme. Les coûts pour l'accouchement à la maison étaient pris en charge par l'acompte que j'avais déjà versé. Du fait de complications pendant l'accouchement, j'ai dû aller à l'hôpital. Je ne voulais vraiment pas y aller, parce que je savais que les coûts des soins seraient plus élevés et que la facture finale serait trop chère. Mais à ce moment là, il n'y avait pas d'autre solution : j'ai dû aller à l'hôpital. Dès que j'ai pu, j'ai quitté l'hôpital. L'admission et les soins procurés ont coûté au total 3000 euros. Je n'ai pas de couverture santé et je ne pouvais pas payer 3000 euros immédiatement. Je suis retournée à l'hôpital où j'ai discuté avec l'administration financière de ma situation. Je leur ai expliqué que je n'avais pas d'assurance et que je ne pouvais pas payer la facture. L'hôpital m'a aidé. Ils ont établi un accord de paiement de 200 euros par mois. Bien que cela reste quand même une grosse somme pour moi, je suis satisfaite de la manière dont ils ont traité mon problème.

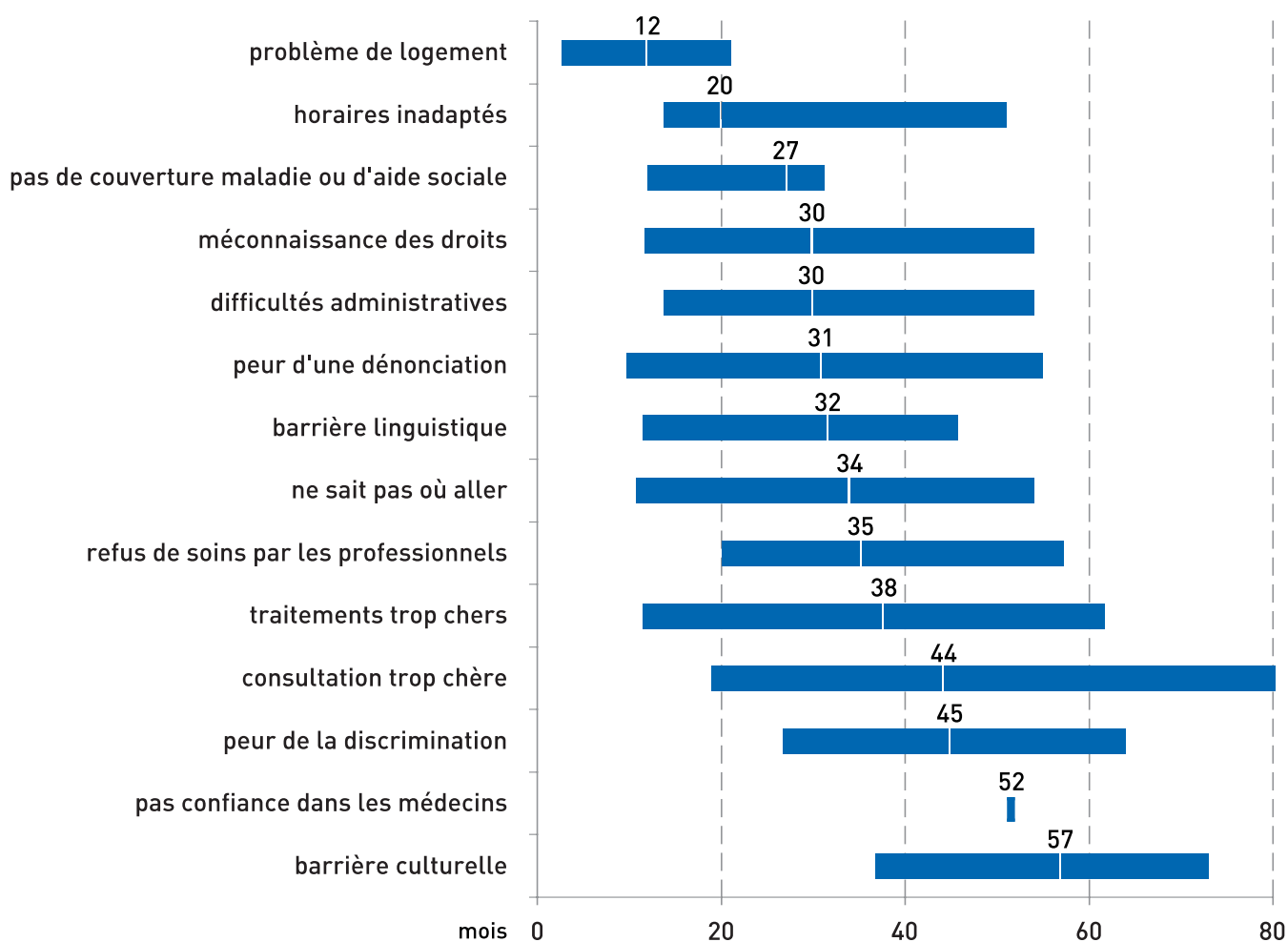
Le plus important maintenant est que mon bébé et moi soyons en bonne santé. Si mon bébé ou moi-même tombons malade, je peux arranger les choses avec mon petit ami. Il est en effet en situation régulière et il a son propre médecin. Si quelque chose arrive à mon bébé ou à moi, je pense que je peux aller voir son médecin. Je dois d'ailleurs aller le voir bientôt, car mon bébé a besoin d'aide, il est malade en ce moment. Il a des sortes de boutons. Mais mon petit ami n'est pas là en ce moment et je ne veux pas aller voir le médecin toute seule. Je vais attendre qu'il revienne et nous irons ensemble.

Quand vous pouvez payer pour vos soins et vos médicaments, les choses peuvent toujours s'arranger et le personnel médical peut vous aider à aller mieux. Le fait de ne pas avoir de papiers n'est alors plus un obstacle. »

L'ancienneté de résidence dans le pays d'accueil est corrélée avec le type d'obstacles cités. Les barrières culturelles, le coût des consultations et des traitements mais aussi la peur des discriminations sont cités par des personnes qui, en médiane, résident dans le pays depuis 3.5 ans ou plus, tandis que la peur d'une dénonciation, les problèmes administratifs, la méconnaissance des droits et les problèmes de logement sont associés à des durées médianes de résidence un peu plus courtes (mais de 1 à plus de 2 ans tout de même !).

En d'autres termes, **les principaux obstacles à l'accès aux soins évoluent au fil des années passées sans autorisation de séjour dans le pays d'accueil.** Lors des premiers temps, ces obstacles renvoient surtout à des questions de logement, d'inadaptation des horaires de travail des médecins, de couverture maladie, à la peur d'être dénoncé aux autorités ou encore à une méconnaissance quant aux lieux où les personnes peuvent se faire soigner. Les différences culturelles ne sont pas citées comme des obstacles en tant que tels lors des premiers mois de l'émigration... Ce ne serait qu'après plusieurs années passées dans le pays d'accueil (une fois peut-être que les autres obstacles ont été à peu près résolus), que la barrière culturelle serait vécue comme un obstacle dans l'accès aux soins. On soulignera que les obstacles financiers (coût des traitements et des consultations) perdurent au fil des années passées dans le pays d'accueil.

Figure 23. Ancienneté de séjour dans le pays d'accueil par type d'obstacles dans l'accès aux soins (médiane et interquartile en mois).



Note de lecture : la figure donne pour chaque motif, l'ancienneté médiane et l'interquartile de la durée de séjour dans le pays d'accueil des individus ayant cité chaque obstacle. Par exemple, les personnes ayant cité un problème de logement comme obstacle à l'accès aux soins résident depuis 12 mois en médiane (et 50 % d'entre eux résident entre 3 et 21 mois) dans le pays d'accueil. Barrières culturelles, peur de la discrimination, manque de confiance dans les médecins (cité par 1 seule personne) et coût trop élevé des consultations semblent être des obstacles qui perdurent pour des durées de séjour longues (plus de 40 mois en médiane).

Si le retard au recours aux soins pour l'un de ses problèmes de santé n'est pas, nous l'avons vu, significativement corrélé au fait d'avoir une couverture santé, il apparaît lié à deux de ces obstacles. En effet, **les personnes qui ont connu un retard de prise en charge mentionnent plus souvent que les autres, parmi les obstacles rencontrés pour l'accès et la continuité des soins, un refus de soins par des professionnels de santé (7.4 % vs 1.1 %, $p < 0.001$) ;** et une inadaptation des horaires des services de santé (6.1 % vs 2.2 %, $p = 0.02$).

Des patients expriment également la crainte d'être dénoncés ou arrêtés par la police, et préfèrent ne pas se rendre chez un médecin ou à l'hôpital.

« J'ai retardé la consultation parce que j'étais effrayée par la police et je ne voulais pas finir à l'hôpital. »

Extrait de propos recueillis par MDM Pays Bas, auprès d'une jeune femme de 21 ans :



« Il y a un moment, j'ai dû aller à l'hôpital. J'avais des saignements internes. Je pense que j'ai attendu trop longtemps, avec mes douleurs, j'avais peur de consulter un docteur. A la fin, c'était devenu trop urgent et j'ai dû me rendre directement à l'hôpital. J'ai retardé la consultation parce que j'étais effrayée par la police et je ne voulais pas finir à l'hôpital.

Un soir, vers 22h00, j'étais très malade et ensuite, j'ai eu des saignements internes. Mais j'avais très peur d'aller à l'hôpital, parce que je ne savais pas exactement quoi faire et ce qui allait se passer pour moi, ou si l'hôpital allait appeler la police. Tout le monde à la maison était effrayé. Finalement, je suis allée à l'hôpital vers midi le lendemain, avec un taxi, mais pas en ambulance, parce que c'était impossible, c'était trop cher. Là, le docteur m'a dit que si j'avais attendu 3 minutes de plus, je n'aurais probablement pas survécu. Mais qu'est-ce que je pouvais faire ? à part retarder ! Mais le docteur m'a expliqué que la prochaine fois, je ne devais pas être effrayée, parce qu'à l'hôpital, ils ne sont pas en lien avec la police, ils ne s'occupent pas des problèmes d'enregistrements ou autres choses du genre ; ils n'appellent pas la police. Beaucoup de gens l'ignorent, et par conséquent, ils ne savent pas où ils peuvent aller et où ils ne peuvent pas. Durant mon séjour à l'hôpital, j'ai reçu de bons soins. Mais maintenant, je suis coincée avec une grosse facture. J'ai pu m'arranger avec l'hôpital pour les paiements. Aujourd'hui, je vais bien, mais je suis très inquiète du montant de la facture des soins médicaux. »

2. Les refus de soins des professionnels de santé

Lors du dernier problème de santé, **11.1 % des personnes concernées ont essuyé un refus de prise en charge par des professionnels de santé** (toutes situations de couverture maladie confondues)⁶⁷. Le taux de refus observé dans l'enquête est significativement différent selon les pays ($p < 10^{-6}$) : il est **supérieur à ce taux moyen en Belgique et le plus faible en Espagne.**

Tableau 28. Taux de refus de prise en charge par les professionnels de santé par pays.

	%	Intervalle de Confiance (IC) 95 %
Belgique	15.0	9.5 - 22.0
France	10.6	5.2 - 18.7
Grèce	10.3	3.9 - 21.2
Italie	7.5	3.1 - 14.9
Espagne	6.4	1.3 - 17.5
Ensemble	11.1	8.3 - 14.3

Au total, 44 problèmes de santé s'étant soldés par un refus de prise en charge ont été déclarés dans l'enquête. On observera que **certains de ces motifs concernent des urgences** (fractures et brûlures notamment, mais aussi grossesse ou troubles de la personnalité), **des maladies graves** (diabète insulinodépendant, hépatite virale) **ou infectieuses** (sinusite, pneumonie).

67. Sans différence significative entre les hommes et les femmes ni selon l'âge.

Tableau 29. Derniers problèmes de santé s'étant soldés par un refus de prise en charge.

	n
Symptômes ostéoarticulaires	7
Symptômes gynécologiques	5
Douleurs diffuses	3
Fractures	3
Anxiété	2
Diabète insulino-dépendant	2
Diagnostic ou suivi de grossesse	2
Grippe	2
Hypertension artérielle	2
Alcoolisme chronique	1
Asthme	1
Autres symptômes	1
Brûlure	1
Douleur abdominale	1
Fatigue	1
Gastroentérite infectieuse	1
Hémorroïdes	1
Hépatite virale	1
Maux de tête	1
Pneumonie	1
Sinusite aiguë	1
Symptômes cardiovasculaires	1
Troubles de la personnalité	1
Tumeur bénigne	1
Usage de drogues	1

Le fait d'avoir subi un refus de prise en charge lors du dernier problème de santé **est certes deux fois moins fréquent lorsque les personnes ont un droit effectif et reconnu à une couverture santé** (6.2 %) que lorsqu'elles n'ont pas de couverture santé effective (13.0 %, $p=0.04$). Mais il n'est, dans tous les cas, pas négligeable.

Comment expliquer que des personnes ayant obtenu une couverture santé soient confrontées à des refus de prise en charge de la part de professionnels de santé ? Cela peut renvoyer à plusieurs types de facteurs – d'ailleurs pas exclusifs les uns des autres.

Tout d'abord, il n'est pas exclu que pour une petite partie d'entre elles, les personnes aient, en fait, essayé ce refus de soins avant d'obtenir leur couverture santé (si cette obtention est très récente au moment de l'enquête⁶⁸). D'autre part, il est possible que plusieurs parmi elles ne sachent pas à quels types de structures de soins elles ont accès (lorsque cette couverture santé ne donne accès qu'à une partie des structures) et dès lors se soient adressées au « mauvais endroit » ; ou que la couverture santé ne couvre pas les soins demandés (comme par exemple en Belgique où l'Aide Médicale Urgente ne prend pas en charge les soins psychiatriques, ou en Grande Bretagne où les étrangers sans papiers n'ont accès gratuitement aux soins que chez les médecins généralistes, mais pas à l'hôpital qui assure les examens complémentaires et les soins spécialisés).

68. L'ancienneté du refus de soins et sa chronologie par rapport à l'obtention des droits n'étaient pas interrogées dans l'enquête.

Enfin, **ce taux élevé de personnes confrontées à des refus de soins renvoie aussi aux réticences de certains professionnels**. En France par exemple, certains médecins refusent (de façon directe ou déguisée) de recevoir en consultation les bénéficiaires de l'AME (Aide Médicale Etat), en grande partie parce que ce système n'est pas informatisé (ce qui peut ainsi alourdir les démarches), mais aussi parce qu'il est encore méconnu par des professionnels de santé. C'est ce que montre une enquête menée par *Médecins du Monde France* début 2006 auprès de 725 médecins généralistes : 37 % d'entre eux refusent de recevoir les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat.⁶⁹

En France, toujours, une enquête récente conduite par un organisme public avec la méthodologie du « testing » estime que 41 % des spécialistes libéraux d'un département d'Ile-de-France refusent de prendre en charge les patients bénéficiant d'une couverture santé spécifique pour les plus démunis⁷⁰, notamment 39 % des dentistes, 41 % des pédiatres, 44 % des gynécologues et 50 % des psychiatres libéraux, contre « seulement » 4.5 % des généralistes⁷¹. Dans ces conditions, l'accès aux soins en médecine libérale des bénéficiaires de l'AME – encore plus précaires – est sans doute encore plus discriminatoire. Egalement, un certain nombre de professionnels, dans les différents pays enquêtés, semblent ne pas être suffisamment informés quant aux droits reconnus aux étrangers en situation irrégulière et quant aux procédures existant pour leur assurer un accès aux soins...

D'une manière générale, **la littérature scientifique (médicale ou de santé publique) sur les discriminations de soins chez les migrants est étonnamment rare en Europe : l'interrogation de la base de publications Medline® à ce sujet ne ramène que 3 articles depuis... 1992 !** (dont une seule avec des données statistiques)⁷². C'est dire l'importance de données telles que celles recueillies et rapportées ici sur cette question.

« Cette situation de rejet m'inquiète beaucoup. »

Exemple de refus de délivrance de médicaments, MDM Pays Bas témoigne :



K. est arrivé du Ghana aux Pays Bas en 1999.

« Mon diabète a été diagnostiqué il y a 10 ans au Ghana. Dans mon histoire familiale, beaucoup de gens ont le diabète, donc je n'ai pas été surpris quand le médecin a rendu son diagnostic. Je dépends du traitement et je dois faire des contrôles réguliers... Si je suis très satisfait de l'accès aux soins aux Pays Bas par les professionnels de santé, j'ai quand même eu une expérience négative pour obtenir mon traitement : j'ai été refusé à la pharmacie. Je n'ai pas reçu mon traitement. Le pharmacien m'a dit que je n'avais pas les papiers [résidence légale] et que par conséquent, il ne pouvait pas me donner mon traitement. Il m'a renvoyé. Quand je suis allé à la pharmacie avec la prescription, la dame derrière le comptoir m'a directement demandé mes papiers d'identité. Je lui ai dit que je n'avais pas d'autorisation de séjour. Elle a cherché mon nom dans l'ordinateur : quand elle a vu qu'elle ne me trouvait pas dans le système informatique, elle a dit qu'elle ne pouvait plus m'aider. J'ai été renvoyé malgré ma prescription. J'étais très en colère de cette situation. J'avais la prescription du médecin sur moi. Je ne pense pas que ce soit normal. J'étais à la fois en colère, frustré et triste de cet incident. Quand j'ai été renvoyé, j'ai quitté la pharmacie, je n'ai pas plus insisté pour obtenir mon traitement. Je me demandais ce qu'il fallait que je fasse. En fait, le mieux est de retourner au centre de soins Kruispost⁷³ le plus vite possible et de demander quoi faire au médecin. Cette situation de rejet m'inquiète beaucoup. »

69. Voir l'enquête de la Mission France de Médecins du Monde sur ce point : « Je ne prends pas ces patients », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Paris, Médecins du Monde, novembre 2006, 43 p.

70. Il s'agit de la Couverture Maladie Universelle

71. DIES. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire : une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. Paris, Fonds CMU, mai 2006, 80 p.

72. Peretti-Watel P, Spire B, Lert F, Obadia Y. Equipe de l'enquête VESPA. Seropositive people infected through intravenous drug use: a persistent vulnerability. *Rev Prat* 2005; 55: 2093-100. (en français)

Eshiet MU, Parry EH. Migrants and health: a cultural dilemma. *Clin Med* 2003; 3: 229-31.

Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginality, ethnic groups and health. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 115-7. (en espagnol)

73. Centre de soins gratuits pour les personnes sans assurance.

Conclusion



Ce premier rapport de l'Observatoire Européen de l'accès aux soins de *Médecins du Monde* a donc permis, malgré les difficultés méthodologiques liées à la diversité des situations rencontrées et des types de programmes menés par les équipes de terrain, de faire la preuve qu'il était possible de se rassembler sur des concepts partagés, de fournir une vision partagée de l'état de santé et difficultés d'accès aux soins des plus vulnérables des migrants, les sans papiers.

Nous avons constaté au cours de cette première enquête l'insuffisance de données concernant la situation des enfants. Qu'il s'agisse d'exclusion, de pauvreté ou de maladie, les enfants sont les plus vulnérables. Les législations des différents pays européens sont généralement et heureusement favorables à l'accès aux soins des mineurs, quel que soit le statut administratif de leurs parents. Et pourtant, les enfants que les équipes de MDM rencontrent sur le terrain n'ont trop souvent pas accès effectivement aux soins. Leur couverture vaccinale n'est pas satisfaisante. C'est pourquoi il nous faudra sans doute mener en 2007 une enquête spécifique auprès des enfants, pour la prise en compte de leur santé par les institutions de l'Union Européenne.

Nous devons maintenant pouvoir utiliser les résultats de cette première enquête pour améliorer les politiques de santé publique en Europe afin qu'elles abandonnent définitivement les discriminations liées au statut administratif de telle ou telle personne résidant sur le territoire.

Nous devons convaincre tant les politiques que nos concitoyens européens de l'importance de l'accès aux soins des personnes vivant dans la précarité comme baromètre de nos démocraties.

Le réseau européen de *Médecins du Monde* poursuit son objectif et ses actions en faveur de l'accès effectif aux soins des migrants et pour la protection des personnes gravement malades contre l'expulsion dans l'Union Européenne, en constituant dès 2006 un réseau d'ONG européennes : le réseau «Averroès». Le réseau «Averroès» veut mener une campagne de plaidoyer pour améliorer la santé des demandeurs d'asile et des personnes en situation irrégulière dans l'Union Européenne, en favorisant la production et la mise en place de normes juridiques communautaires contraignantes non discriminatoires dans les Etats membres, dans les cinq années à venir.

Le droit à la santé est un droit fondamental que les Etats européens se sont engagés à défendre, au travers de nombreux textes internationaux. Chaque Etat est responsable de promouvoir la santé de toutes les personnes vivant sur son territoire, de réduire les inégalités sociales de santé et de défendre l'égalité d'accès aux soins.

Ainsi, conformément aux engagements pris dans diverses chartes internationales des droits, le Conseil de l'Europe a recommandé aux Etats membres⁷⁴:

« (...)

- d'adopter le cadre d'une politique cohérente et globale qui :

- **garantisse et favorise la santé des personnes vivant dans la précarité ;**
- **protège la dignité humaine et empêche l'exclusion sociale et la discrimination ;**
- assure des environnements favorables à l'intégration sociale des personnes vivant dans des situations marginales ou dans la précarité ;

- de renforcer et d'appliquer leur législation afin **d'assurer la protection des droits de l'homme, la solidarité sociale et l'équité**

- (...)

- **de mettre en place des systèmes de santé généraux efficaces** pour répondre de manière adéquate et à temps aux besoins en matière de santé afin de garantir l'équité, **d'assurer l'égalité d'accès aux services de santé** en tenant compte des besoins en matière de santé et des ressources disponibles, et de pouvoir identifier, évaluer et traiter les ennuis de santé des personnes vivant en situation marginale. »

A quand la concrétisation de ces recommandations formulées par la haute institution qu'est le Conseil de l'Europe ?

Replacer la santé comme objectif prioritaire de l'UE, c'est reposer la question de l'ensemble des droits fondamentaux qui agissent comme autant de déterminants de la santé des populations. Diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé, c'est améliorer l'avenir de tous.

74. *Recommandations du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe (Rec(2001)12) aux Etats membres sur l'adaptation des services de soins de santé à la demande de soins et de services des personnes en situation marginale.*



Charte pour la santé de toutes les personnes étrangères résidentes en Europe

Considérant qu'il serait indigne de participer à un continent qui n'aurait pas pour principe de base la protection de la santé de tous ses habitants, *Médecins du Monde*, à l'issue de ce premier rapport européen, demande que le parlement européen, la commission européenne, et le conseil de l'Union Européenne, s'accordent sur des normes contraignantes qui obligent chaque pays membres à assurer concrètement l'accès aux soins des personnes vulnérables et en particulier migrantes, quel que soit leur statut.

Afin de proposer de premières avancées dans ce domaine, les 11 représentations de *Médecins du Monde* en Europe, à partir de l'expérience de terrain de chacune d'entre elles,

- **proposent une charte pour la santé de toutes les personnes étrangères résidentes en Europe,**
- **demandent que cette charte soit intégralement appliquée dans la prochaine stratégie santé de l'Union Européenne.**

Médecins du Monde International

Considérant l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme reconnaissant que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux... » ;

Considérant que la Convention Européenne des Droits de l'Homme se réfère explicitement à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;

Fort de son expérience médicale de terrain auprès des populations les plus vulnérables dans l'Union Européenne comme en dehors de l'Europe ;

Engageons l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne à prendre les mesures propres à assurer la garantie collective d'un droit à l'accès effectif aux soins et à la prévention pour tous les résidents* européens.

Remarquant à travers nos actions que les migrants en particulier les « Sans Papiers » et les demandeurs d'asile ont un état de santé et un accès aux soins inférieurs à la population générale,

Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne de reconnaître un droit à l'accès effectif aux soins et à la prévention** opposable pour chaque résident étranger présent sur son territoire.

Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne de refuser toute discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention fondée sur le caractère régulier ou irrégulier du séjour de ses résidents étrangers.

En conséquence :

- Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne d'assurer un accès aux soins et à la prévention à l'ensemble des résidents étrangers indépendamment du caractère régulier ou irrégulier de leur séjour dans les mêmes conditions - à niveau de ressources identiques - que celui qui est proposé aux nationaux.
- Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne d'assurer la gratuité du suivi médical et des soins médicaux de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche ainsi que des soins médicaux apportés aux mineurs et pour tous les résidents étrangers dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté***.

- Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne de mettre en place un véritable accueil sanitaire des demandeurs d'asile prenant en compte la spécificité des effets de la violence dont ils ont pu être victimes dans leur pays d'origine.
- Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne qu'ils accordent à toute personne étrangère souffrant d'une maladie grave, un titre de séjour autonome ou toute autre autorisation conférant un droit de séjour et l'accès effectif aux soins, à moins qu'il ne soit prouvé qu'elle peut avoir un accès effectif aux traitements et soins médicaux appropriés dans son pays d'origine.
- Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne d'assurer un accès aux soins gratuits à l'ensemble des personnes étrangères retenues, maintenues dans des centres de rétentions ou les zones d'attentes, présents sur leur territoire.
- Demandons à l'ensemble des Etats signataires de la Convention Européenne la reconnaissance d'un droit de visite permanent d'une ou plusieurs associations indépendantes de l'Etat -en particulier médicales et de Droits de l'homme - dans tous les centres fermés présents sur leur territoire et recevant des étrangers (zone d'attente, centre de rétention).

* Est **résident** d'un pays toute personne qui souhaite faire de ce pays sa résidence habituelle. En pratique cela exclue les personnes qui séjournent dans ce pays pour des raisons touristiques.

** **L'accès aux soins** comprend la consultation médicale, les traitements éventuellement prescrits et les examens complémentaires éventuellement prescrits

*** **Le seuil de pauvreté** est égal à 60 % du revenu médian d'une population



Recommandations méthodologiques

Plusieurs limites ont été relevées au cours de l'exploitation de cette enquête, limites qui mériteraient d'être corrigées dans la suite des études que prévoit l'Observatoire européen de *Médecins du Monde*. Ces recommandations en termes de méthodologie d'enquête en santé publique peuvent être regroupées de la façon suivante :

Le(s) dénominateur(s)

La question du dénominateur (c'est-à-dire de la population de référence) est évidemment toujours cruciale si on veut répondre sérieusement aux deux questions suivantes : à quelles populations rapporte-t-on les fréquences observées ? A quelles extrapolations peut-on raisonnablement prétendre à partir des répondants ?

Pour cette raison, **chaque centre participant devrait tenir une comptabilité exhaustive des personnes « éligibles » (étrangers en situation irrégulière) reçues et une comptabilité non moins exhaustive des répondants, des non répondants et des motifs de non réponse** (refus, absence de traducteurs, soins urgents, perdus de vue, etc...).

La représentativité

Nous ne parlons pas ici de la représentativité des répondants par rapport à l'ensemble des étrangers en situation irrégulière de la ville ou du pays d'enquête. Cette dernière est évidemment très difficile (voire impossible) à estimer, faute notamment de statistiques fiables sur cette population mais aussi parce que les consultants de centres de soins gratuits se distinguent évidemment – par définition et par « essence » - des autres du seul fait qu'ils sont malades ou ont souhaité puis réussi à pousser la porte d'un centre de soins.

La représentativité à laquelle on s'attache ici vise à être représentatif de l'ensemble des consultants en situation irrégulière fréquentant chaque centre. Qu'on fasse le choix de l'exhaustivité (toutes les personnes éligibles sont censées être interrogées) ou de l'échantillon (une sur deux, un jour sur deux, etc...), la procédure doit être systématique et aucune possibilité de choix par les enquêteurs de la personne à interroger (un consultant régulier, une personne sympathique, une histoire intéressante) ne doit être autorisé. De même, aucune personne ne doit être écartée à l'initiative de l'enquêteur (pour d'aussi bonnes raisons soit-il : barrière linguistique, troubles mentaux ou du comportement, nouveau consultant en urgence, etc...). En bref, **la stratégie d'inclusion – exhaustive ou sur échantillon – doit absolument être systématique et tous les écarts doivent être comptés et renseignés**. Le protocole d'enquête mis en place prévoyait les critères d'inclusion et d'exclusion à l'enquête.

D'une façon générale, il conviendrait dans l'avenir d'accroître le nombre de centres participant à l'Observatoire afin, d'une part, d'augmenter la taille de l'échantillon final (permettant ainsi d'augmenter la puissance statistique) et, d'autre part, s'assurer d'une plus grande diversité des populations accueillies. Bien entendu, il serait aussi souhaitable qu'un plus grand nombre de pays européens participent à cet Observatoire.

Les situations sociales

La description des situations sociales des personnes est, évidemment, un objectif important de cet Observatoire. Trois ordres de recommandations peuvent être faites pour améliorer encore la description des situations vécues par les personnes :

I. revoir et préciser certaines caractéristiques

La question sur le **logement**, notamment, devrait bénéficier de définitions plus conformes aux (rares) standards européens proposés par d'autres groupes de réflexion (on pense notamment à la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri⁷⁵). De même, certains items des *European Social Surveys* peuvent être retenus comme autant de standards européens même si – justement – ce travail de standardisation n'est pas achevé⁷⁶.

Les questions sur l'emploi méritent aussi que l'on s'assure d'une meilleure comparabilité entre les pays de l'Observatoire en mettant l'accent sur la formation des enquêteurs pour tenter de diminuer les biais d'information liés au risque de sous déclaration du **travail clandestin** dans certains pays.

Par ailleurs, la question des revenus – s'il est décidé de la conserver dans les enquêtes (ce qui est fortement recommandé) – doit être complètement reformulée et faire l'objet d'une formation spécifique des enquêteurs dans les centres et les pays où cette question ne fait pas partie de leur questionnaire de routine. Il apparaît indispensable – malgré la lourdeur et/ou la difficulté d'un tel interrogatoire – de mesurer les **revenus totaux par unité de consommation** du ménage de la personne. Ceci nécessite d'interroger la composition du ménage (nombre d'adultes et nombre d'enfants) et la somme des revenus du ménage, toutes sources confondues.⁷⁷

2. compléter certaines dimensions

S'il n'est pas question de recueillir des catégories socioprofessionnelles (peu standardisées au niveau Européen et peu discriminantes dans cette population), il semblerait intéressant de pouvoir recueillir d'une part, **le niveau d'éducation** des personnes (des enquêtes récentes ont mis l'accent sur la progression manifeste des niveaux d'étude chez les migrants, y compris en situation irrégulière et cette question est facile à poser) et, d'autre part, **le secteur d'activité**. Ce dernier (concernant notamment les secteurs faisant habituellement appel à la main d'œuvre non déclarée et/ou sans papier : construction – travaux publics, agriculture, services à la personne, restauration – hôtellerie - tourisme, etc...) permettrait d'illustrer le « double jeu » des politiques d'immigration dans de nombreux pays européens.

Par ailleurs, une question devrait être ajoutée concernant **la maîtrise de la langue du pays d'accueil** (à l'oral et à l'écrit). Egalement le statut « **expulsable ou non** » pourrait être recueilli, mais cela nécessite une formation des enquêteurs à la législation du pays d'enquête et ce n'est peut être pas envisageable partout.

Enfin, les trajectoires et conditions de migration seraient évidemment intéressantes à interroger mais cela relève peut être plus d'une enquête spécifique que d'un questionnement systématique. Sans entrer dans le détail des conditions et modalités de « voyage » (sans doute mieux étudiées de façon qualitative par des récits de vie que par des enquêtes statistiques), des items comme la **migration pour soins ou raisons de santé** ou encore la recherche systématique de **violences subies** dans le pays d'origine ou lors de la migration seraient intéressants à interroger.

3. interroger directement le ressenti des personnes

Deux dimensions (au moins !) de la situation sociale des personnes mériteraient d'interroger directement le ressenti des personnes (en interrogeant l'ensemble des personnes, sans question filtre) : d'une part **le sentiment d'isolement social**, qui se recueille facilement par une seule question à choix multiple (par exemple : « d'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez très seul, plutôt seul, plutôt entouré ou très entouré ? »⁷⁸) ; d'autre part, **la contrainte d'avoir dû se séparer de ses enfants** – qui pourrait s'interroger directement par la question : « avez-vous été obligé(e) de vous séparer de certains de vos enfants pour immigrer du fait de votre situation ? ».

Les maladies

Le codage CISP est une méthode intéressante de recueil standardisé et raisonnablement complète des motifs et diagnostics médicaux. Ses deux intérêts majeurs sont d'être multilingue et reconnu par la littérature scientifique et de santé publique. Son principal inconvénient est qu'il n'existe pas – à ce jour et à notre connaissance – d'outils automatisés d'analyse des données en routine. Ces analyses – lourdes et coûteuses en temps – restent du domaine de la recherche et/ou de la programmation ad hoc.

La qualification des maladies (effectuée dans l'enquête en distinguant le caractère « aigu » ou « chronique ») reste donc absolument nécessaire. Elle **mériterait sans doute d'être étendue par un critère de gravité** pour compléter l'information recueillie par le codage CISP. Différents critères existent, du plus empirique (aux dires du médecin accueillant, par exemple) à des échelles plus standardisées de *rapid assessment*, comme celles utilisées dans les services d'urgence, ou encore celles estimant assez rapidement le risque vital ou l'incapacité fonctionnelle.

75. <http://www.feantsa.org/code/fr/pg.asp?Page=546>

76. <http://ess.nsd.uib.no/index.jsp?year=2003&country=&module=documentation>

77. Dans notre expérience, compte tenu des faibles ressources et de la fréquence des situations d'isolement (adulte vivant seul avec 0 à X enfants), cette estimation n'est pas impossible !

78. Cf. enquête SIRS (Inserm, 2005) et AME (Drees, 2007)

Les modes de vie

Il semble difficile d'envisager de ne pas continuer à s'intéresser aux comportements liés à la santé tels que l'alcool ou le tabac. Pour autant, certains comportements de faible prévalence (abus de médicaments notamment) ne méritent d'être interrogés que si on pense pouvoir élargir très significativement le nombre de personnes interrogées (des fréquences inférieures à 5 % sont globalement peu propices à l'analyse statistique sur des populations de moins de 1000 personnes...).

En revanche, **d'autres modes de vie seraient intéressants à étudier, ou – du moins – à proposer et à discuter en comité de pilotage**, notamment certaines habitudes alimentaires (on souligne, sans toujours l'estimer réellement, la pauvreté des régimes alimentaires des personnes en situation de précarité) ou encore la contraception ou l'usage du préservatif...

Les prises en charge

Certains focus avaient été choisis par le Comité de pilotage de l'Observatoire qu'il ne semble pas pertinent de continuer à enregistrer systématiquement (accès aux médicaments, sources d'approvisionnement en médicaments notamment), une fois connus les résultats de cette première enquête.

D'autres éléments de la prise en charge des personnes seraient sans doute intéressants à considérer dans de futures enquêtes : notamment le besoin et le recours à des examens complémentaires, ou encore le recours à des soins de prévention (dépistage des cancers féminins, par exemple). On pourrait aussi distinguer les besoins de recours – et les difficultés d'accès - aux soins primaires et aux soins de spécialité. Soulignons, pour ce dernier point, qu'un travail préalable de définition est nécessaire pour que tous les pays s'accordent sur cette distinction (notamment en ce qui concerne les soins pédiatriques, gynécologiques, dentaires et de santé mentale).

Les enquêtes sur des populations spécifiques

Pour finir, un des enseignements méthodologiques de cette enquête renvoie à la difficulté – étant donné le dispositif utilisé – de réunir suffisamment d'effectifs pour interroger spécifiquement les enfants et les femmes enceintes (et, dans une moindre mesure les personnes infectées par le VIH).

Sauf une montée en charge radicale des effectifs inclus systématiquement dans une telle enquête « généraliste » (par la multiplication des centres participants dans chaque pays), la fréquence attendue des grossesses et des enfants consultant rend assez illusoire la possibilité d'exploiter les données recueillies auprès de ces populations.

Ces deux publics – femmes enceintes et enfants – nécessitent des dispositifs d'enquête particuliers :

- pour les femmes enceintes : soit un recueil de routine mais qui doit se poursuivre beaucoup plus longtemps (avec des analyses agrégeant plusieurs années) avec les difficultés que comporte un recueil prolongé de données ; soit une enquête réalisée dans des maternités prenant en charge par exemple les femmes étrangères en situation irrégulière ;
- pour les enfants : le dispositif doit être aussi complètement revu. L'enquête actuelle a en effet inclus un très petit nombre de mineurs. A partir de ce constat, soit des centres offrant des consultations pédiatriques aux enfants d'étrangers en situation irrégulière doivent être inclus dans le dispositif de l'Observatoire, soit les parents reçus (pour eux-mêmes) dans ces centres doivent être interrogés sur leurs enfants (ce qui n'a pas été réalisé dans cette enquête, alors que c'était prévu).

Questionnaire



Pays : _____ Ville : _____ Programme : _____

Nom de(s) l'enquêteur(s) : _____

1. N° de questionnaire : __ / __ / __ / __

2. Date d'entretien : __ / __ / ____ jj/mm/aaaa

Données générales

3. Date de naissance : __ / __ / ____ jj/mm/aaaa ou Age __ ans

4. Sexe : 1 M 2 F

Situation administrative

5. Quelle est votre nationalité ? _____

6. Appartenez-vous à un groupe ethnique ? (question facultative) 1 oui 2 non

Si oui lequel ? _____

7. Quand avez-vous quitté votre pays d'origine ? __ / ____ mm/aaaa

ou nombre de mois : ____ mois ou nombre d'années : ____ ans

8. Quelle est la date de votre dernière arrivée en (pays de l'enquête) ? __ / __ / ____ jj/mm/aaaa

9. Depuis combien de temps êtes-vous sans autorisation de séjour en (pays de l'enquête) (en mois) ? ____ mois

10. Avez-vous reçu un ordre de quitter le territoire ? 1 oui 2 non

Accès à la couverture santé

Pour l'enquêteur : Les critères spécifiques pour déterminer si la personne peut bénéficier gratuitement de soins doivent être dans une feuille annexe – ils ne seront pas saisis

11. Au regard de sa situation administrative, la personne pourrait-elle bénéficier gratuitement de soins ? 1 oui 2 non

Les questions 12, 13 et 14 sont à poser uniquement si la personne pourrait bénéficier gratuitement de soins

12. Savez-vous que votre situation vous permet de bénéficier gratuitement de soins dans une structure de santé de droit commun ou dans le système national de santé ? (à déterminer la formulation selon le pays) 1 oui 2 non

13. Avez-vous fait les démarches pour accéder à la couverture santé ? 1 oui 2 non

14. Si oui, avez-vous actuellement le document (carte santé, attestation, ...) nécessaire pour bénéficier gratuitement des soins ? 1 oui 2 non

Accès à la prévention, aux soins et aux traitements

15. La dernière fois que vous vous êtes senti(e) malade en (le pays de l'enquête), qui avez-vous consulté ?

1 ne s'est pas senti malade

4 a consulté un infirmier

7 autre : _____

2 n'a consulté personne

5 a consulté un praticien traditionnel

3 a consulté un médecin/dentiste

6 a consulté un voisin, ami, famille

16. Où avez-vous consulté ?

1 à l'hôpital

4 dans une association/ONG

7 autre : _____

2 dans un cabinet médical privé

5 au domicile de la personne

3 dans un centre de santé

6 chez vous

17. Quel était votre problème de santé ? _____ code CISP ____

18. Avez-vous eu un refus de prise en charge par des professionnels de santé lors de ce dernier problème de santé ? 1 oui 2 non

19. Comment vous-êtes vous soigné ?

1 avec des médicaments prescrits ou donnés par un médecin

3 pas pris de médicaments/ne s'est pas soigné

2 en auto-médication

20. Si vous avez pris des médicaments, où vous les êtes vous procuré ?

- 1 dans le (pays de l'enquête) 2 dans votre pays d'origine 3 dans un pays tiers

Accès au dépistage et aux traitements liés à l'infection VIH/Sida

Dans le cas où le dépistage est gratuit :

21. Savez-vous que vous pouvez bénéficier gratuitement d'un dépistage pour l'infection à VIH/sida ? 1 oui 2 non

Dans le cas où le dépistage n'est pas gratuit :

21'. Savez-vous que vous pouvez avoir accès à un dépistage pour l'infection à VIH / sida en payant X euros ? 1 oui 2 non

22. Savez-vous où il est possible de faire ces tests ? 1 oui Où _____ (sans saisie) 2 non

Dans le cas où le traitement est gratuit :

23. Savez-vous qu'une personne dans votre situation administrative et touchée par l'infection à VIH/sida peut bénéficier gratuitement d'un traitement ?
1 oui 2 non

24. Avez-vous déjà souhaité faire un test de dépistage pour l'infection à VIH/sida ? 1 oui 2 non

25. Si non, pourquoi ? *plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> peur de la non confidentialité des résultats | 5 <input type="checkbox"/> ne sait pas si peut avoir accès gratuitement aux traitements |
| 2 <input type="checkbox"/> test trop cher | 6 <input type="checkbox"/> peur des résultats |
| 3 <input type="checkbox"/> sait que pas d'accès gratuit aux traitements | 7 <input type="checkbox"/> n'en ressent pas le besoin |
| 4 <input type="checkbox"/> ne sait pas qu'un traitement existe | 8 <input type="checkbox"/> autre raison : _____ |

26. Si oui, avez-vous pu faire un test ? 1 oui 2 non

27. Si vous avez pu faire ce test de dépistage, connaissez-vous le résultat de ce test ? 1 oui 2 non

Problèmes de santé/Accès aux soins et aux traitements

28. Comment est votre état de santé en général ? Diriez-vous qu'il est ...

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> très bon | 4 <input type="checkbox"/> mauvais |
| 2 <input type="checkbox"/> bon | 5 <input type="checkbox"/> très mauvais |
| 3 <input type="checkbox"/> moyen | 6 <input type="checkbox"/> ne sait pas |

29. 30. 31. Quels sont les problèmes de santé et/ou maladies qui vous concernent aujourd'hui ? Sont-ils aigus ou chronique ? Sont-ils traités ?

- | | | | |
|-------------------|------|--|--|
| 29. Problème(s) : | CISP | 30. Pathologie : | 31. Traitements en cours : |
| ----- | --- | 1 <input type="radio"/> aiguë 2 <input type="radio"/> chronique | 1 <input type="radio"/> oui 2 <input type="radio"/> non |
| ----- | --- | 1 <input type="radio"/> aiguë 2 <input type="radio"/> chronique | 1 <input type="radio"/> oui 2 <input type="radio"/> non |
| ----- | --- | 1 <input type="radio"/> aiguë 2 <input type="radio"/> chronique | 1 <input type="radio"/> oui 2 <input type="radio"/> non |
| ----- | --- | 1 <input type="radio"/> aiguë 2 <input type="radio"/> chronique | 1 <input type="radio"/> oui 2 <input type="radio"/> non |

Cocher uniquement si les questions 29, 30 et 31 ont été renseignées à partir du déclaratif du patient (pas de médecin ni d'infirmier lors du recueil de données) : 1 déclaratif du patient

32. Retard de recours aux soins pour l'un ou l'autre des problèmes de santé (appréciation du médecin ou de l'infirmier) : 1 oui 2 non

33. Avez-vous un problème d'abus ou de dépendance à (Codage CISP) :

- | | | | |
|--------|--|----------------|--|
| Alcool | 1 <input type="radio"/> oui = P15 2 <input type="radio"/> non | Médicaments | 1 <input type="radio"/> oui = P18 2 <input type="radio"/> non |
| Tabac | 1 <input type="radio"/> oui = P17 2 <input type="radio"/> non | Autres drogues | 1 <input type="radio"/> oui = P19 2 <input type="radio"/> non |

34. Si le patient est VIH positif : 1 code CISP B90

35. Est-ce que vous avez vu un médecin (consultation spécialisée) ? 1 oui 2 non

36. Vous a-t-on proposé un traitement ? 1 oui 2 non

37. Si oui, avez-vous pris ce traitement ? 1 oui 2 non

38. Prenez-vous des traitements ARV ? 1 oui 2 non (mais prescrits) 3 non (mais non prescrits)

39. Si vous n'avez pas pris les ARV prescrits, pourquoi ?

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> traitement trop cher | 4 <input type="checkbox"/> difficultés à l'observance |
| 2 <input type="checkbox"/> peur des effets secondaires | 5 <input type="checkbox"/> refus de la thérapie |
| 3 <input type="checkbox"/> peur de la stigmatisation | 6 <input type="checkbox"/> autre : _____ |

Obstacles à l'accès et à la continuité des soins

40. De manière générale, quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez pour l'accès et la continuité des soins ? *plusieurs réponses possibles*

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> consultation trop chère | 6 <input type="checkbox"/> ne sait pas où aller | 11 <input type="checkbox"/> peur d'une dénonciation |
| 2 <input type="checkbox"/> traitement trop cher | 7 <input type="checkbox"/> barrière de la langue | 12 <input type="checkbox"/> pas d'obstacles |
| 3 <input type="checkbox"/> horaires des services de santé pas adaptés | 8 <input type="checkbox"/> barrière culturelle | 13 <input type="checkbox"/> autre raison exprimée : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> difficultés administratives | 9 <input type="checkbox"/> refus de soins par les professionnels de santé | _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> méconnaissance des droits | 10 <input type="checkbox"/> peur de la discrimination | _____ |

«Il faut forger le respect et non la peur»

F., patiente de MDM France, Lyon, février 2006



CONCEPTION & RÉALISATION

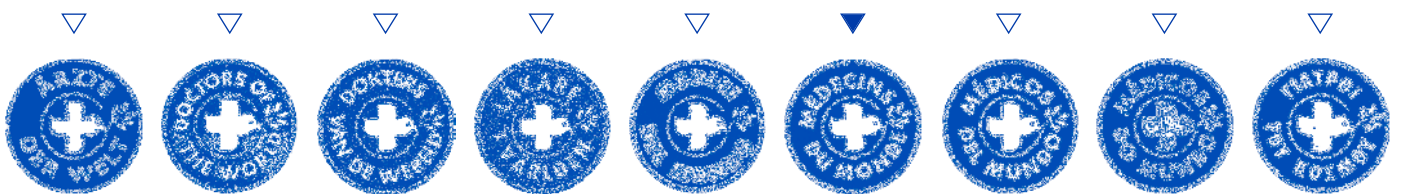
Frédéric Blancot
fblancot@hotmail.com

IMPRESSION

Imprimerie COMELLI
Av des deux lacs - ZA Courtabœuf
91000 Villejust

CREDITS PHOTOS

© Agence Meura	Première de couverture
© Valérie Dupont	Charte pour la santé de toutes les personnes
© Matias Costa	Introduction
© Martin Mazurkiewicz	Obstacles à l'accès et continuité des soins
© Andrew Aitchison	État de santé
© MDM Espagne	Accès à une couverture santé
	Situation sociale
	Edito
	Recommandations méthodologiques
© Yannis Giannakopoulos	Présentation de l'enquête
	Caractéristiques démographiques
© Fabrice Demoulin	Résumé de l'enquête
	Conclusion



ISBN 2-9522405-3-1 - Dépôt légal : juin 2007



juin 2007

Nous remercions...

Tout d'abord toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie.

Ce travail de recueil de données et d'observation n'a été rendu possible que grâce à la mobilisation des équipes des MDM en Europe : accueillant(e)s, travailleurs sociaux, infirmier(e)s, psychologues, médecins et personnes chargées de la saisie informatique des questionnaires, que nous tenons à remercier ici.

Nous remercions particulièrement toutes les personnes investies dans l'élaboration des outils :

- l'équipe projet qui a travaillé avec la Coordination Mission France pour cette première enquête de l'Observatoire européen :

**Dr. Emmanuel Condé (MDM Belgique),
Dr. Guillaume Fauvel (MDM France),
Sonia Fernandes (MDM Portugal),
Pablo Traspas (MDM Espagne),
Christos Velissaropoulos (MDM Grèce),**

- **Michel Verdier** du service informatique de MDM France ;
- et les personnes qui ont traduit ces outils dans les langues utilisées.

Rapport écrit par :

Pierre Chauvin et Isabelle Parizot

Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 - Inserm - Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Nadège Drouot, Nathalie Simonnot et Anne Tomasino

Médecins du Monde France - Coordination Mission France

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Direction Générale de l'Action Sociale en France

Conception graphique & réalisation : Frédéric Blancot - fblancot@hotmail.com
Imprimerie COMELLI : Av des deux lacs - ZA Courtabœuf - 91000 Villejust

www.mdm-international.org