

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

RAPPORT
**20
16**



SOMMAIRE

ÉDITO.....	4
RÉSUMÉ	6
GLOSSAIRE	12
LES PROGRAMMES DE MDM EN FRANCE EN 2016	18

PARTIE I ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO 21

1. ACTIVITÉS DES CASO DE 2000 À 2016	22
2. LES POPULATIONS ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2016	24
Une population jeune, confrontée à des conditions de vie particulièrement difficiles	24
Les mineurs accueillis dans les Caso.....	28
<i>La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant : une occasion manquée</i>	<i>30</i>
Les demandeurs d'asile	32
<i>La procédure de demande d'asile en France.....</i>	<i>33</i>
Les étrangers en situation irrégulière	36
<i>Etrangers malades et Ofii – Quelles perspectives ?</i>	<i>37</i>
3. ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2016	38
Les problèmes de santé des patients accueillis.....	39
<i>Une médecine essentiellement symptomatique dans les Caso</i>	<i>39</i>
<i>Un état de santé bucco-dentaire très dégradé</i>	<i>42</i>
<i>L'accès à l'équipement en optique particulièrement difficile pour les bénéficiaires de l'AME... ..</i>	<i>43</i>
Santé sexuelle et reproductive des femmes reçues dans les casos.....	44
<i>Améliorer l'accès à la prévention du cancer du col chez les femmes en situation de précarité : l'expérience de MdM</i>	<i>46</i>
Les troubles d'ordre psychologique repérés chez les patients des Caso.....	47
La couverture vaccinale des patients reçus en consultation.....	49
<i>Les PMI : Quel avenir pour la protection de la mère et de l'enfant ?</i>	<i>50</i>
Les statuts sérologiques, VIH, VHB, VHC, des patients accueillis.....	51
4. L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN	54
Les droits à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso en 2016.....	54
<i>Protection universelle maladie – une réforme à droit constant ?</i>	<i>55</i>
<i>Comment croire qu'une suppression de l'AME permettrait de faire des économies ?.....</i>	<i>56</i>
Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins des personnes reçues dans les caso en 2016.....	57
<i>Les refus de soins – tentatives d'encadrement et Défenseur des droits</i>	<i>59</i>
<i>Vers une reconnaissance de la médiation en santé.....</i>	<i>61</i>
<i>Les permanences d'accès aux soins de santé : un dispositif à promouvoir et à harmoniser.....</i>	<i>62</i>
Le retard et le renoncement aux soins des patients reçus dans les Caso en 2016.....	63
<i>Des risques de renoncement aux droits liés à la complexité et aux défaillances des administrations.....</i>	<i>65</i>

1. LA RÉDUCTION DES RISQUES	68
La prévention du VIH, des hépatites B et C et des IST auprès des populations en situation de précarité.....	68
<i>De la nécessité de promouvoir des stratégies de prévention diversifiées</i>	70
<i>Traitement contre l'hépatite C : une innovation thérapeutique majeure qui révèle des ruptures dans le modèle économique du médicament, dont la fixation du prix de l'innovation thérapeutique</i>	72
La réduction des risques auprès des usagers de drogues	74
<i>Le réseau XBT : un dispositif d'analyse de produits comme outil de réduction des risques</i>	75
La réduction des risques avec les personnes proposant des services sexuels tarifés.....	76
<i>Un contexte politique contreproductif pour la santé des personnes qui se prostituent</i>	78
2. ACTIONS AUPRÈS DES PERSONNES À LA RUE OU EN HABITAT PRÉCAIRE	80
Interventions auprès des personnes sans domicile fixe	80
<i>Loi égalité et citoyenneté : dépôt d'un amendement sur les occupations intercalaires censuré par le conseil constitutionnel</i>	81
<i>Le déni du besoin de soins chez les personnes sans domicile stable : résultats d'une étude qualitative à Nice</i>	83
Interventions auprès des populations vivant dans les bidonvilles.....	84
<i>Les conséquences des expulsions à répétition sur la continuité des traitements : l'exemple de la prise en charge de la tuberculose</i>	86
<i>La trêve hivernale applicable aux bidonvilles</i>	88
Interventions auprès des migrants en transit, à Calais, Paris et dans la vallée de la Roya	89
<i>Crise de l'accueil en France – Dérives des solutions d'urgence par l'éloignement des garanties du droit commun</i>	93
Mayotte : une année explosive	94
<i>À Mayotte, un droit des étrangers dérogatoire</i>	95
<i>Intervention médicale sur le campement de la Place de la République, Mayotte</i>	96
<i>Un dépistage et une prise en charge de la malnutrition aigüe infantile insuffisants voire inexistantes</i>	100
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
ANNEXES	107

COMPRENDRE LES PRÉCARITÉS, CHANGER DE POLITIQUE

4

Alors que les récentes échéances électorales auraient pu être l'occasion de repenser le système français de protection sociale, la question cruciale de la lutte contre les inégalités et de la précarisation des plus vulnérables a été quasiment absente des débats. Les constats des équipes de Médecins du Monde présentés dans ce rapport sont pourtant sans appel : en 2017, la 5^e puissance mondiale n'est toujours pas en mesure de prendre soin des plus fragiles sur son territoire. Pire, les décisions politiques sur l'accueil des migrants, en particulier, aggravent leur situation et mettent en danger la santé publique. Il est urgent de changer de politique, de penser un système de santé réellement inclusif et une politique d'accueil adaptée aux réalités et aux besoins des populations.

Nos équipes, au plus près des personnes en situation de grande précarité dans une trentaine de villes en France, constatent au quotidien les obstacles auxquels celles-ci sont confrontées pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité. Ces difficultés augmentent les risques de renoncement ou de retard des soins : ainsi plus de 46 % des patients reçus en consultation médicale dans les Caso présentaient un retard de recours aux soins en 2016. Les entraves à l'obtention d'une couverture maladie liées à la complexité des démarches, aux dysfonctionnements et à certaines pratiques abusives des administrations restent la première cause de non-recours aux soins. Pour ces raisons, Mdm s'est fortement mobilisé pour demander la suppression de l'Aide médicale d'État (AME) pour mieux l'intégrer dans le régime général de la Sécurité sociale afin de donner à tous un accès effectif et continu aux soins et mettre fin aux attaques politiques dont ce dispositif fait l'objet chaque année. L'association reste également très préoccupée par la récente réforme de la Sécurité sociale, portant création de la PUMa, qui rend l'accès et la continuité des droits plus difficiles pour les étrangers en situation régulière.

Nos 2 254 intervenants salariés et bénévoles sur le terrain constatent cette année encore les conséquences de la gestion désastreuse de l'accueil des migrants par les autorités françaises, dont les exemples les plus symboliques se retrouvent à la frontière franco-italienne, à Paris ou encore sur le littoral des Hauts-de-France. La fermeture des frontières terrestres impose des conditions de voyage extrêmement dangereuses, comme en témoigne le nombre de morts en mer Méditerranée qui dépasse le seuil des 5 000 personnes en 2016 selon l'UNHCR. Ainsi, aux souffrances du parcours migratoire s'ajoutent celles liées aux conditions d'accueil en France.

Les dysfonctionnements dans la prise en charge des mineurs non accompagnés, estimés à 14 000 à l'heure actuelle sur le territoire français, sont également symptomatiques d'une politique de non-accueil. Alors qu'ils devraient être protégés et placés sous la responsabilité de l'Aide sociale à l'enfance, leur minorité est très souvent réfutée après des évaluations fréquemment sommaires et subjectives, se fondant très largement sur des méthodes de détermination médicale de l'âge unanimement contestées.

Si des évolutions positives du dispositif d'accueil ont pu être constatées pendant l'année (création de 10 000 places en centres d'accueil et d'orientation suite à la fermeture de la jungle de Calais, ouverture du Centre de premier accueil à Paris en novembre 2016), leurs effets restent contrastés. Et, en tout état de cause, ces dispositifs transitoires ne compensent pas le sous-dimensionnement chronique des dispositifs d'hébergement de droit commun. Plus globalement pour l'ensemble des personnes vivant à la rue, ce sont plus de la moitié des demandes d'hébergement au 115 qui n'aboutissent pas et on observe des renoncements de plus en plus fréquents liés aux difficultés rencontrées ou encore aux mauvaises expériences.

Paradoxalement, le rythme des expulsions des bidonvilles s'est maintenu en 2016 avec plus de 10 000 personnes expulsées pendant l'année. Cette politique d'expulsions, identique depuis 25 ans, ne permet en aucun cas la résorption des bidonvilles et ne fait qu'augmenter la précarité des personnes et les éloigner d'une possible insertion dans le droit commun : lorsque l'on est expulsé de son lieu de vie 5 à 6 fois dans la même année, comment imaginer se soigner, aller à l'école ou trouver un emploi stable ?

Migrants, demandeurs d'asile, populations rom, personnes en grande précarité... Les problématiques de santé sont similaires, les besoins sont souvent les mêmes. Une approche globale est nécessaire pour permettre l'émergence de solutions adaptées et pérennes. Il faut aussi lutter contre une « grammaire » qui renverrait les précarités les unes contre les autres en stigmatisant des populations par rapport à d'autres.

L'année 2016 est également marquée par l'entrée en vigueur de la Loi de modernisation de notre système de santé qui apporte de nombreuses avancées réclamées depuis longtemps par l'association telles que la généralisation du tiers payant ou encore la reconnaissance de la médiation sanitaire comme outil d'amélioration de l'accès aux droits. En matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues, nous notons avec satisfaction que certaines approches portées par MdM depuis des années s'inscrivent enfin dans cette loi telles que l'analyse de drogue, l'éducation aux risques liées à l'injection ou encore l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. La loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel adoptée le 6 avril 2016 apparaît beaucoup moins compatible avec les principes de réduction des risques. Cette loi, introduisant la pénalisation du client, se traduit par une dégradation des conditions d'exercice et de vie des travailleuses du sexe et une exposition accrue aux violences et aux maladies sexuellement transmissibles du fait de clients rendus plus « exigeants » par le risque pénal.

Les constats présentés dans ce rapport démontrent à nouveau que les politiques mises en œuvre par les autorités ne répondent pas suffisamment aux enjeux de santé publique des populations en situation de précarité. Nous pensons que d'autres réponses peuvent et doivent être apportées, et nous réaffirmons avec détermination la nécessité absolue de mettre le principe de solidarité au cœur des politiques publiques.

Nous espérons que ce rapport contribuera à une prise de conscience du gouvernement et de tous les acteurs concernés.

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

RÉSUMÉ

➤ En 2016, Médecins du Monde compte 68 programmes dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion, dont l'objectif est de promouvoir ou faciliter leur accès aux droits et aux soins. Nos équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurer la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.

L'ACCUEIL DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ET/OU D'EXCLUSION EN FRANCE

DE L'IMPÉRIEUSE NÉCESSITÉ D'AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACES EN HÉBERGEMENT D'URGENCE

La grande majorité des personnes rencontrées sur les programmes de MdM connaissent d'importantes difficultés de logement : ainsi seules 8 % des personnes accueillies dans les Caso disposent d'un logement personnel, 60 % sont hébergées (par des connaissances ou une association), 10 % vivent en squat ou campement illégal et enfin 21,5 % sont à la rue ou accueillies en hébergement d'urgence pour une courte durée.

6

En 2016, ce sont plus de la moitié des demandes d'hébergement au 115 qui n'ont pas abouti (source : Fnars, 2017) et selon l'enquête de MdM réalisée en 2015/2016 plus de 4 personnes sur 10 ayant déjà sollicité le 115 n'y font plus appel, par découragement face à l'absence de place ou aux mauvaises expériences.

Si le nombre de places d'hébergement d'urgence a indéniablement augmenté au cours des dernières années (+ 38 % entre 2012 et 2015), les besoins sont loin d'être couverts.

L'absence d'hébergement implique pour les personnes concernées une logique de survie et d'errance permanente qui les met en danger et les expose à toutes formes de violences.

>> MdM demande que les droits à l'hébergement, quelle que soit la situation administrative des personnes, soient respectés. Il est urgent de renforcer les moyens des 115 pour assurer un réel accueil des personnes en situation de précarité.

LA GESTION DES BIDONVILLES : L'INEFFICACITÉ DE 25 ANS DE POLITIQUES SYSTÉMATIQUES D'EXPULSIONS

En 2016, on recensait 539 bidonvilles et grands squats en France, abritant un peu plus de 15 600 personnes. Parmi elles, plus de 10 000 auraient été expulsées de leur lieu de vie, soit près de 6 familles sur 10 (source : Dihal, 2017). Seuls 52 % des bidonvilles évacués en 2016, ont pu voir

leurs habitants bénéficier de proposition de solutions de relogement, en accord avec la circulaire du 26 août 2012. Même dans ces cas-là, les réponses sont souvent provisoires et partielles, ne prenant pas en compte l'ensemble de la population des bidonvilles.

Les effets des expulsions à répétition sont dévastateurs à court terme : la scolarisation est impossible, l'emploi difficile ; les parcours de soins interrompus. La prévention est extrêmement difficile dans ces conditions, ce qui augmente les risques de maladies à potentiel épidémique. À moyen ou long terme les aptitudes des habitants à se projeter, à s'investir sur leur lieu de vie, à travailler les espaces communs sont réduits à néant.

Le ramassage et la gestion des déchets, ainsi que l'accès à l'eau constituent un problème récurrent sur ces sites. Les accidents sont fréquents.

Depuis février 2014 une mission nationale pour résorber les bidonvilles a été lancée dont les résultats restent très décevants selon les associations.

>> MdM appelle au respect des droits fondamentaux des personnes vivant en bidonvilles et à la fin des expulsions sans alternative de relogement et sans accompagnement social, conformément aux dispositions fixées par la circulaire du 26 août 2012.

UNE GESTION DÉSASTREUSE DE L'ACCUEIL DES MIGRANTS PAR LES AUTORITÉS FRANÇAISES

Les conflits armés et l'instabilité mondiale, qu'elle soit géopolitique, économique ou climatique, poussent de nombreuses personnes à fuir leur pays. Ainsi en 2016, on estime que plus de 350 000 personnes sont entrées en Europe en passant par l'Espagne, l'Italie ou la Grèce (source : UNHCR 2017).

Le rétablissement des contrôles aux frontières impose des conditions de voyage extrêmement dangereuses : les passages et les routes migratoires sont de plus en plus dangereux, exposant les personnes aux trafics et aux réseaux malveillants, aux violences et aux traumatismes, leur imposant de vivre dans une insécurité constante. L'année 2016 s'est achevée avec plus de 5 000 morts ou disparus en Méditerranée (source : UNHCR, 2017).

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

Les équipes de MdM présentes dans toute la France font le triste constat de l'augmentation des espaces d'indignité comme à Paris, Calais ou à la frontière franco-italienne. Si 2016 se caractérise par des initiatives louables telles que l'ouverture de 2 centres de premier accueil (CPA) à Paris, ou la création de plus de 10 000 places en Centre d'accueil et d'orientation (CAO), ces solutions se sont rapidement trouvées saturées, ne répondant pas toujours aux objectifs initiaux de centres de répit ou aux besoins des populations.

En octobre 2016, le démantèlement de la jungle de Calais et l'organisation des départs en CAO se sont réalisés dans une totale improvisation et une absence d'anticipation des pouvoirs publics. De nombreuses associations sont très préoccupées de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement assuré dans les CAO, dans un contexte de manque d'information et de visibilité nationale sur ce dispositif.

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

>> Il convient d'informer, d'aider et d'accompagner les personnes dans leurs démarches, en tenant compte de leur projet de vie en Europe.

De la vallée de la Roya à Mayotte en passant par Calais, des citoyens et associations, comme MdM, ont tenté, face à l'inacceptable, de pallier les carences de l'État à assurer les droits fondamentaux des personnes à travers des gestes de premiers secours (soins, hygiène, repas, informations, ...). Les personnes ou associations portant ces initiatives ont souvent été dissuadées et menacées, parfois condamnées par la justice pénale. Ainsi ces obligations légales et conventionnelles pourtant à la charge de l'État sont accomplies par des bénévoles, citoyens et associatifs régulièrement menacés.

>> MdM se mobilise, avec les citoyens et les associations, pour réaffirmer le droit d'être solidaire.

LES DEMANDEURS D'ASILE : UNE DÉGRADATION CONTINUE DE LEURS CONDITIONS D'ACCUEIL

En 2016, 2 142 demandeurs d'asile ont été accueillis dans les Caso. Un peu plus de 2 ans après la dernière réforme du droit d'asile, les équipes de MdM constatent des dysfonctionnements majeurs : les Plateformes d'accueil pour

demandeur d'asile son engorgées, les convocations en préfecture octroyées dans des délais extrêmement variables... Seuls 25 % des demandeurs reçus dans les Caso sont hébergés par un organisme d'accueil. Même si **les capacités d'accueil ont fortement augmenté au cours des dernières années, cette évolution n'est pas à la hauteur des enjeux, aboutissant à une part importante de demandeurs d'asile à la rue** ou dans les dispositifs d'hébergement d'urgence, non adaptés à leur situation et déjà eux-mêmes saturés.

>> MdM regrette que la réforme de l'asile ait été davantage abordée sous l'angle du contrôle et de la dissuasion que sous celui de la promotion des libertés individuelles et du respect des droits et dénonce les difficultés toujours criantes d'accès aux droits pour les demandeurs d'asile en France.

En 2016, la France a effectué 25 963 saisines, soit 2 fois plus qu'en 2015, pour renvoyer des demandeurs d'asile vers un autre État européen, en vertu du règlement dit « Dublin III » (source : Cimade, 2017). Le sort des personnes dont la demande d'asile relève d'un autre État du fait de Dublin III constitue un enjeu central, beaucoup se retrouvant soumis à des mesures coercitives (assignation à résidence, rétention) puis, au terme d'une procédure complexe, dans une véritable impasse administrative.

>> MdM demande une révision des règles européennes de l'accueil et de l'asile centrée sur le respect des droits fondamentaux des personnes. Le renvoi ou le blocage dans des pays tiers ne respectant pas les droits humains ne peut être une politique acceptable.

>> MdM défend le principe de liberté pour l'exilé de demander l'asile dans l'État de son choix.

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS : UN DROIT À LA PROTECTION LARGEMENT COMPROMIS

En 2016, 3 046 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 12,8 % de la file active totale. Parmi eux, près d'un quart étaient des mineurs non accompagnés. Ces jeunes constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires, d'exploitation et de violences. La plupart d'entre eux se trouvent en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent bénéficier en France.

Alors qu'ils devraient être protégés et placés sous la responsabilité de l'Aide sociale à l'enfance, leur minorité est très souvent réfutée par des évaluations subjectives qui se fondent très largement sur des méthodes de détermination médicale de l'âge unanimement contestées.

>> MdM milite pour que l'évaluation de la situation des mineurs non accompagnés soit fondée sur des éléments objectifs, en respectant la présomption de minorité, et recommande l'interdiction de la pratique des tests médicaux d'évaluation de l'âge.

>> MdM demande la garantie de l'accès effectif des jeunes à leurs droits et le respect de leur intérêt supérieur.

MAYOTTE : VICTIME D'UNE POLITIQUE MIGRATOIRE HORS NORME

À Mayotte, on assiste à une politique migratoire hors norme, permise entre autres par un droit des étrangers dérogatoire. Des ruptures familiales massives sont provoquées par cette politique d'expulsion et d'arrestation sur le sol et en mer. Par ailleurs, l'année 2016 a été marquée par des phénomènes de violences sociales et xénophobes de grande ampleur : une grève générale « pour l'égalité réelle » a paralysé l'île pendant un mois en avril ; de janvier à mai, des groupes de villageois mahorais ont à plusieurs reprises organisé des expulsions, menacé, brûlé, détruit et pillé de nombreuses habitations dans plusieurs villages, dans un climat d'impunité et de visibilité glaçant.

>> L'État doit de toute urgence prendre des dispositions nécessaires pour assurer le respect des personnes et de leurs droits fondamentaux sur l'ensemble du territoire français.

8

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

UNE COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES, AMPLIFIÉE PAR DES DYSFONCTIONNEMENTS ET DES PRATIQUES ABUSIVES

Plus de 84 % des personnes ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont accueillies pour la 1^{re} fois dans un Caso, alors que la grande majorité pourrait théoriquement en bénéficier. Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les principaux obstacles et sont régulièrement renforcées par des dysfonctionnements et des pratiques abusives des administrations (demande de document injustifiée, refus d'adresse déclarative, politique restrictive d'accès à la domiciliation...). Enfin, on constate un désengagement des services publics, une non-application fréquente du droit et des procédures par le secteur institutionnel. Par ailleurs, la dématérialisation des services publics constitue une véritable barrière à l'accès aux droits pour un certain nombre de personnes, en particulier celles ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les usages d'Internet.

>> MdM demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous et le maintien de dispositifs

alternatifs au 'tout numérique' pour faciliter l'accès aux droits des publics en situation de précarité.

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

Près d'un patient sur cinq accueilli dans les Caso évoque la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Ces résultats conduisent à suggérer le développement de moyens adaptés et pérennes, avec notamment un recours facilité aux interprètes professionnels et aux médiateurs, reconnus récemment dans la Loi de santé.

>> MdM milite pour la promotion de l'interprétariat professionnel dans l'ensemble des structures médico-sociales ainsi que le développement et la pérennisation des actions de médiation en santé en direction de toutes les populations en situation de précarité.

DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SOINS POUR PRÈS D'UN PATIENT SUR CINQ

Près de 18 % des patients évoquent les difficultés financières dans l'accès aux soins. Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais ou de souscrire à une complémentaire santé.

La généralisation du tiers payant, adoptée dans la Loi de santé de janvier 2016, constitue de ce fait un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre la stigmatisation des titulaires de la CMUc et de l'AME et les retards de recours aux soins.

>> MdM demande l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

L'AME : UN DISPOSITIF EXPOSÉ À DES ATTAQUES RÉCURRENTES ET INFONDÉES

Fin 2015, 316 314 personnes étaient couvertes par l'AME (source : CNAMTS, 2017). Si les bénéficiaires sont plutôt jeunes, leur état de santé apparaît plus dégradé que celui des assurés sociaux du même âge. Pour de nombreuses raisons, une grande majorité ne recourt à ce dispositif qu'en cas de besoins de soins.

Malgré une augmentation des dépenses de l'AME depuis 2011, le coût de ce dispositif reste marginal par rapport aux dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale. En 2014, 723 millions d'euros ont été dépensés pour l'AME, soit moins de 0,5 % des dépenses d'assurance maladie. Malgré tout, le dispositif d'exception que constitue l'AME lui confère une extrême précarité et l'expose à des attaques permanentes, hors de toute approche scientifique et de

toute considération de santé publique. Les associations dénoncent les menaces récurrentes de suppression du dispositif, contre-productives tant d'un point de vue médical qu'économique et en totale contradiction avec une politique de prévention des maladies. Enfin, la suppression de l'AME placerait les médecins dans une situation déontologiquement intenable de « tri des patients » et le système hospitalier verrait converger ces malades vers les services d'urgences déjà saturés. Le dispositif de financement des hôpitaux et des structures de soins seraient ainsi mis en grande difficulté.

>> MdM demande la fusion de l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale afin de donner à tous un accès effectif et continu aux soins. Il s'agirait d'une mesure majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations en situation de précarité, et une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.

>> La fusion de l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale lèverait la menace annuelle qui pèse sur cette couverture maladie au moment de la discussion sur la loi de finances et entérinerait de manière pérenne l'universalité de l'accès aux soins.

À MAYOTTE : NI CMUC, NI AME

À Mayotte, la CMUC et l'AME n'existent pas en droits. Par ailleurs, de nombreuses personnes sont dans l'incapacité de fournir les pièces justificatives exigées, parfois de façon abusive, pour s'inscrire auprès de l'Assurance maladie. Ainsi on considère que 40 % des résidents mahorais pouvant être affiliés à la Sécurité sociale en étaient exclus en 2011 et selon le Défenseur des droits, 75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés.

>> MdM demande la mise en place d'un système d'assurance maladie tel qu'il existe en métropole et dans les autres départements, régions et collectivités d'outremer, ainsi que la mise en place de l'AME pour les personnes en situation irrégulière à Mayotte.

LES PASS : UN DISPOSITIF À PROMOUVOIR ET À HARMONISER

L'accès aux soins pour les populations en situation de grande précarité reste possible par le biais des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) lorsqu'elles existent ou sont fonctionnelles. Près de 20 ans après la création de ce dispositif, on compte plus de 430 Pass sur le territoire dont seules 25 % satisfont aux critères d'exigences de la DGOS. Les équipes de MdM font le constat d'une mise en place des Pass inégalement effective selon les régions et observent de nombreux dysfonctionnements dans l'accueil des populations en particulier : une saturation fréquente, un

repérage des patients en situation de précarité et un accès à un accompagnement social souvent aléatoires ; un accueil de tous les publics non systématique. Le recours à l'interprétariat est rarement assuré et enfin des difficultés d'accès à la pharmacie et/ou aux traitements sont constatées.

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

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

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ

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

En 2016, plus de 31 500 consultations de médecine générale ou spécialisée ont été réalisées dans les Casos (pour 18 200 patients), auxquelles s'ajoutent plus de 6 500 consultations menées par les professionnels des programmes mobiles auprès des personnes à la rue ou vivant en bidonvilles.

Une étude comparative entre les patients de médecine générale de ville et les consultants des Casos indique que chez ces derniers, les infections (notamment les infections aiguës hivernales), les problèmes digestifs, cutanés et respiratoires sont plus fréquents [Huaume 2017]. L'absence ou les mauvaises conditions de logement (promiscuité, insalubrité, absence de chauffage, humidité) et les difficultés d'accès à une alimentation quantitativement et qualitativement suffisante les rendent plus vulnérables à ces pathologies.

Au total, près de 60 % des patients ayant consulté dans les Casos souffrent d'une pathologie chronique et 80 % nécessitent un suivi et/ou un traitement, ce qui pose la question des modalités de prises en charges dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions d'extrême précarité.

Ces populations présentent également un état de santé buccodentaire très dégradé : les patients ayant consulté un dentiste au Caso, présentent en moyenne 4,6 dents cariées et 4,8 dents absentes. Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé de soins et de prévention parmi les populations en situation de précarité.

>> Il est indispensable d'intégrer la prévention des pathologies buccodentaires dans une approche de prévention et d'accès aux droits et aux soins globale. Pour cela un meilleur remboursement des soins dentaires est indispensable.

>> Le dispositif des Pass dentaires doit être renforcé.

UNE FRÉQUENCE ÉLEVÉE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

En 2016, des troubles d'ordre psychologique ont été diagnostiqués chez 9 % des patients reçus en consultation dans les Caso. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs.

Pour les étrangers, la prévalence des troubles psychologiques augmente avec la durée de résidence en France. Ce résultat met en évidence l'impact des conditions de vie et d'accueil sur leur santé mentale.

S'il existe dans le droit commun une offre diversifiée pour les personnes souffrant de troubles d'ordre psychologique, l'insuffisance générale de ces structures et le déficit en offre de consultations disponibles allongent les délais de rendez-vous. Par ailleurs la prise en charge des patients allophones reste fortement problématique.

>> Les dispositifs existants (Pass, centre médico-psychologique, Lits d'accueil médicalisé, Lits halte soins santé...) doivent être renforcés et leur offre de soins adaptée aux populations en situation de précarité et migrantes, avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel. De nouveaux lieux sont également à développer comme par exemple des consultations transculturelles.

À MAYOTTE, UN DÉPISTAGE ET UNE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË INFANTILE INSUFFISANTS VOIRE INEXISTANTS

En 2016, parmi les nouveaux enfants de moins de 5 ans ayant consulté le programme de MdM à Mayotte, 2,3 % présentaient une malnutrition aiguë sévère et 11 % une malnutrition aiguë modérée lors de leur première visite. Les équipes constatent de nombreuses difficultés pour la prise en charge de la malnutrition à Mayotte relevant de nombreux facteurs : sous-dimensionnement de l'offre de soins, manque de formation des professionnels de santé sur la malnutrition aiguë, ses causes, son dépistage et sa prise en charge ; absence de relai post-hospitalisation pour finaliser à domicile le traitement nutritionnel...

>> MdM alerte sur la situation de malnutrition aiguë infantile et la nécessité de développer une approche cohérente de prévention et de prise en charge.

UN RETARD DE RECOURS AUX SOINS POUR PRÈS D'UN PATIENT SUR DEUX

Selon les médecins des Caso, 47 % des patients présentent un retard de recours aux soins, 38 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente et 45,5 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse.

Face à ces résultats, il apparaît clairement que l'un des facteurs décisifs de l'accès aux soins est bien l'existence d'une protection maladie et son degré de couverture. À ce titre, MdM est particulièrement préoccupé par la réforme récente de la Sécurité sociale portant création de la PUMa qui, en dehors de nombreux aspects positifs, rend l'accès et la continuité des droits plus difficiles pour certaines catégories d'étrangers en situation régulière.

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

Aujourd'hui, notre système de protection sociale reste encore bien éloigné du principe d'universalité. Il est également fragilisé par des mécanismes de transfert progressif des remboursements à des assurances privées ainsi que par les modalités très inflationnistes de fixation des prix des médicaments innovants.

>> MdM demande que l'État assume sa fonction de régulateur et intervienne fortement pour faire baisser le prix des médicaments innovants afin de préserver notre système de santé solidaire.

LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

UN ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES LIMITÉ ET POURTANT INDISPENSABLE

D'une manière générale, les taux de couverture vaccinale des personnes reçues dans les Caso sont faibles : moins d'une personne de plus de 15 ans sur deux est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG et moins d'une sur trois est à jour pour le ROR, la coqueluche et l'hépatite B. Pour les enfants de moins de 15 ans, la couverture vaccinale est un peu meilleure, même si elle reste insuffisante : huit enfants sur dix sont à jour pour le DTP, sept sur dix sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et six sur dix pour l'hépatite B.

Parmi les femmes de 25-65 ans rencontrées dans les Caso, seules 29 % ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie, soit trois fois moins qu'en population générale française, et seules 12 % des femmes en âge de procréer ont indiqué utiliser une contraception, soit cinq fois moins qu'en population générale.

Ces résultats mettent en évidence des disparités sociales réelles en matière de prévention et de nombreux obstacles au dépistage pour les personnes en situation de précarité.

>> MdM demande le renforcement des structures de proximité telles que les PMI et la garantie de leur pérennité, et milite pour le développement d'actions allant au-devant des publics les plus exposés et les plus vulnérables.

En 2016, seules 21 % des personnes accueillies en consultation médicale dans les Caso connaissaient leur statut sérologique pour les hépatites et 26 % pour le VIH. Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso.

>> MdM souligne la nécessité de diversifier la palette d'outils de prévention et de dépistage dans une stratégie globale de réduction des risques.

LA PORTÉE ÉDUCATIVE DES DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES

MdM a mis en œuvre et soutenu des actions innovantes et expérimentales auprès des usagers de drogues dès 1989. Nombres d'entre elles ont fait la preuve de leur efficacité et ont fini par être transférées dans le système de droit commun, tel que le programme d'éducation aux risques liés à l'injection (Erli) développé par MdM, Sida-Paroles et Gaïa Paris de septembre 2009 à juillet 2016.

Dès 2000, MdM a développé une action d'analyse de drogues à travers le réseau XBT. Au cours des 2 dernières années, 1 069 échantillons de drogues ont été analysés. Dans 1 cas sur 5, l'utilisateur n'avait pas encore consommé l'échantillon avant de le déposer pour une analyse. Et, parmi les personnes ayant déjà consommé une partie du produit avant analyse, 70 % ne déclarent pas d'effet indésirable et font tout de même analyser leur produit. Ces chiffres montrent que les motivations des usagers vont bien au-delà des effets indésirables et illustrent la portée éducative du dispositif.

>> MdM se réjouit que la Loi de santé adoptée en 2016 ait inscrit l'analyse de drogues comme un des éléments à mettre en œuvre dans les programmes de RdR, que le dispositif Erli puisse être déployé dans les structures de droit commun et que des salles de consommation puissent ouvrir à titre expérimental.

>> MdM insiste sur la nécessité de replacer l'expertise de santé publique au cœur de la politique des drogues en France.

LA LOI VISANT À RENFORCER LA LUTTE CONTRE LE SYSTÈME PROSTITUTIONNEL : PEU COMPATIBLE AVEC LES PRINCIPES DE RÉDUCTION DES RISQUES

En 2016, les programmes de MdM ont réalisé plus de 26 400 contacts auprès de 2 100 travailleuses du sexe. Celles-ci connaissent des conditions de vie souvent précaire, en termes de logement, d'accès aux droits et aux soins et d'isolement social. Elles sont confrontées de ce fait à des risques sanitaires accrus tels que le VIH/sida, les hépatites et autres infections sexuellement transmissibles et les problèmes divers de santé sexuelle et reproductive.

En avril 2016, la loi pour renforcer la lutte contre le système prostitutionnel a été votée et a introduit la pénalisation du client. Cette mesure se traduit par une dégradation des conditions d'exercice et de vie des travailleuses du sexe et une exposition accrue aux violences et aux infections sexuellement transmissibles du fait de clients rendus plus exigeants par le risque pénal. Elle favorise ainsi le développement d'une prostitution dans des lieux plus isolés.

>> MdM demande l'abrogation des lois qui pénalisent directement ou indirectement en raison de leur activité les personnes qui offrent des services sexuels tarifés.

GLOSSAIRE

AAD	Antiviraux à action directe	Clat	Centre de lutte antituberculeuse
ACS	Aide à la complémentaire santé	CMP	Centre médico-psychologique
ACT	Appartement de coordination thérapeutique	CMU	Couverture maladie universelle
Ada	Allocation pour demandeur d'asile	CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
ALUR	Accès au logement et pour un urbanisme rénové	Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
AME	Aide médicale d'État	CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales	CNDA	Cour nationale du droit d'asile
APS	Autorisation provisoire de séjour	CNS	Conseil national du sida
ARS	Agence régionale de santé	CPA	Centre de premier accueil
Ase	Aide sociale à l'enfance	Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
BCG	Bacille de Calmette et Guérin	Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues	CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	DDD	Défenseur des droits
CAO	Centre d'accueil et d'orientation	DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
CASF	Code d'action sociale et des familles	DGOS	Direction générale de l'offre de soins
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	DGS	Direction générale de la santé
CCAS	Centre communal d'action sociale	Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
CCM	Chromatographie sur couche mince	DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	DSS	Direction de la sécurité sociale
CEPS	Comité économique des produits de santé	DTP	Diphtérie tétanos polio
CES	Centre d'examen de santé	EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
CESA	Centre d'enregistrement de la situation administrative	Erli	Éducation aux risques liés à l'injection
CESE	Conseil économique, social et environnemental	Eprus	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	ERRC	European roma rights centre
CFDA	Coordination française pour le droit d'asile	Fnars	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
CISP	Classification internationale des soins primaires		

FSUV	Fonds soins urgents et vitaux
Guda	Guichet unique de demande d'asile
Halde	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
HSB	Homme(s) ayant des rapports sexuels avec un (des) autre(s) homme(s)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IST	Infection sexuellement transmissible
LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lit halte soin santé
MdM	Médecins du Monde
MNA	Mineur non accompagné
OCRTEH	Office central pour la répression de la traite des êtres humains
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OEB	Office européen des brevets
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
Pada	Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile

Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
Pnud	Programme des Nations unies pour le développement
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PUMa	Protection universelle maladie
R&D	Recherche et développement
RdR	Réduction des risques
ROR	Rougeole oreillons rubéole
Sintes	Système d'identification national des toxiques et substance
SMPR	Service médico-psychiatrique régional
Strass	Syndicat du travail sexuel
TDS	Travailleur(se) du sexe
Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UE	Union européenne
UNHCR	Agence des Nations unies pour les réfugiés
USM	Unité de santé mentale
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
XBT	Xenobiotrope

LES PROGRAMMES FRANCE

EN 2016





MDM COMPTE EN 2016

68 **PROGRAMMES** MENÉS PAR
2 137 BÉNÉVOLES ET 117 SALARIÉS DANS 37 SITES

20 **CENTRES D'ACCUEIL,
DE SOINS ET D'ORIENTATION** (CASO)

1 **CENTRE PÉDIATRIQUE DE SOINS ET D'ORIENTATION**
À MAYOTTE

24 **PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES NON OU MAL LOGÉES**
(SANS DOMICILE FIXE, EN SQUAT OU EN BIDONVILLE)

3 **PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS**
À PARIS, CAEN ET NANTES

2 **PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS EN TRANSIT** SUR LE LITTORAL
DU NORD-PAS-DE-CALAIS ET À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE

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

1 **PROGRAMME AUPRÈS DES PERSONNES PRÉCAIRES VIVANT EN ZONE
URBAINE SENSIBLE** À LILLE

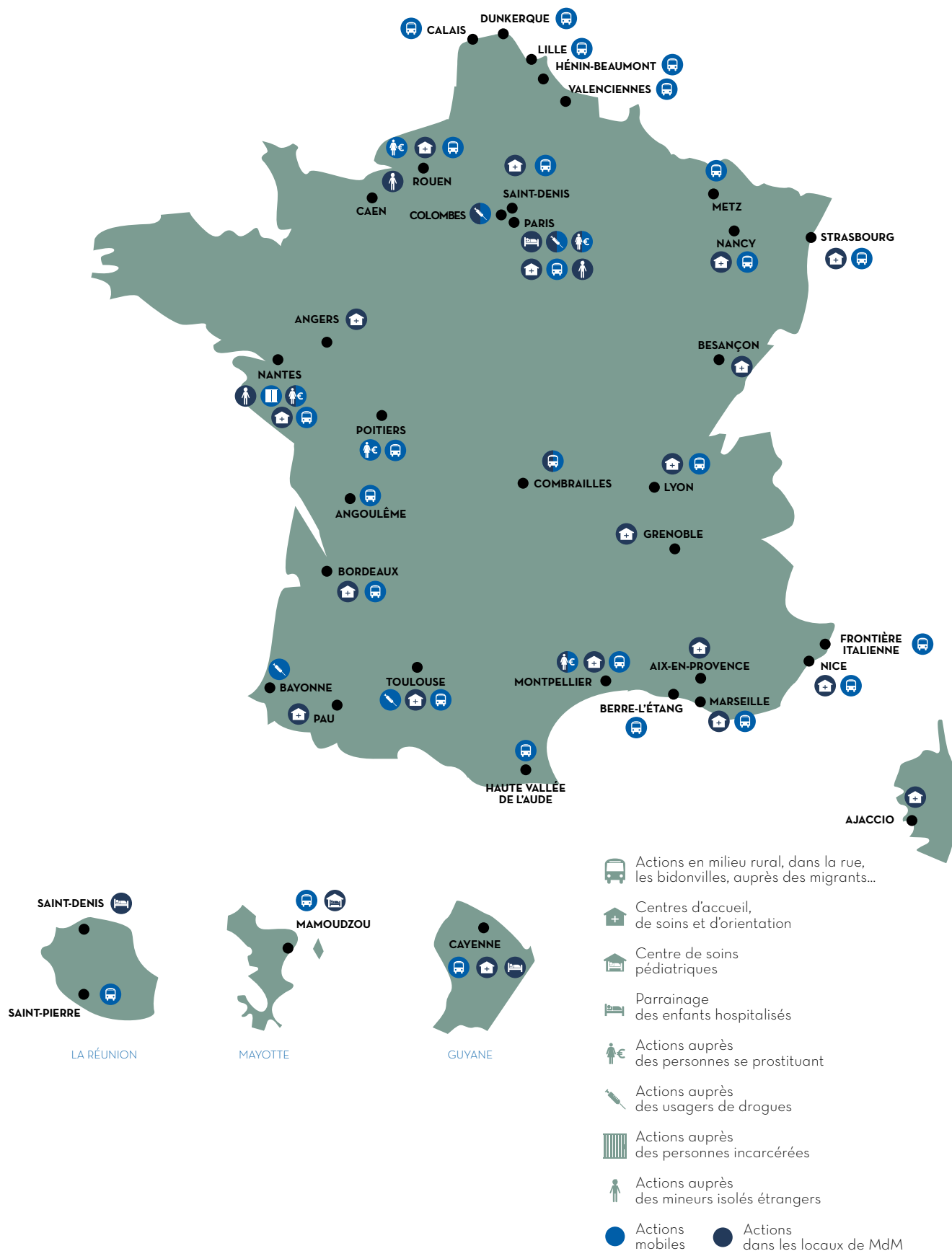
1 **PROGRAMME AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES**
À NANTES

1 **PROGRAMME AUPRÈS DES TRAVAILLEURS AGRICOLES**
À BERRE-L'ÉTANG

10 **PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES** AUPRÈS DES USAGERS
DE DROGUES (5 PROGRAMMES) ET DES PERSONNES PROPOSANT
DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS (5 PROGRAMMES)

2 **PROGRAMMES TRANSVERSAUX DE PRÉVENTION** (PRÉVENTION
DU VIH, DES HÉPATITES, DES IST, DE LA TUBERCULOSE
ET DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS)

1 **PROGRAMME DE PARRAINAGE**
POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS



LES PROGRAMMES DE MDM EN FRANCE

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert, un centre de soins gratuits pour les plus démunis à Paris avec la volonté de le fermer dans les 6 mois et d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion.

Plus de 30 ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent MdM à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) mais également d'actions mobiles de proximité.

En 2016, MdM compte 68 programmes dans plus de trente villes.

LES CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION

En 2016, 20 **Caso** assurent un accès aux soins pour les personnes vulnérables exclues du système de santé français. Ce sont des structures « à bas seuil d'exigence » qui accueillent le public sans condition et sans rendez-vous. Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des prises en charge adaptées, assurent les orientations nécessaires et les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun si besoin.

En plus des consultations de médecine générale proposées par l'ensemble des Caso, certains centres dispensent également des consultations de spécialistes (gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie, soins dentaires...), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers, psychologie...) et des entretiens avec des travailleurs sociaux. Certains Caso réalisent également des actions de prévention individuelles ou collectives notamment sur le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose.

En 2016, cinq Caso ont pu fermer dans la mesure où les dispositifs de droit commun étaient fonctionnels sur ces communes : le Caso de Cayenne a fermé en mai, celui de Valenciennes en juillet, celui d'Angers en août, celui de Nantes en octobre et celui d'Aix-en-Provence en décembre. Enfin le Caso de Paris a fermé en août 2016 et réorienté ses activités à partir d'octobre afin de proposer un lieu d'accueil inconditionnel davantage axé sur l'information, l'orientation

et l'accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins. Ce centre ne propose plus de consultations médicales mais s'oriente davantage vers des actions de prévention et de promotion de la santé.

LE CENTRE DE SOINS PÉDIATRIQUES

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

LES ACTIONS DE PROXIMITÉ

Ces programmes de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller vers des personnes qui ne peuvent, quel qu'en soit le motif, faire la démarche de venir d'elles-mêmes dans des structures fixes. Ils s'adressent en particulier aux personnes à la rue, en squats ou bidonvilles, aux migrants en transit, aux usagers de drogues et aux personnes proposant des services sexuels tarifés.

Aller vers les sans-domicile et les mal-logés : MdM assure des consultations médico-sociales dans la rue, dans des centres d'hébergement d'urgence et en partenariat avec d'autres associations. À partir de sa mobilisation sur le terrain, l'association témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal-logement : épuisement, stress, mauvaise alimentation, difficultés d'accès à l'hygiène, ruptures de traitements médicamenteux, problèmes d'addiction ou de santé mentale... Par ailleurs, MdM assure auprès des populations vivant en bidonvilles une veille sanitaire, oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions de vie sur le terrain (accès à l'eau potable, gestion des déchets...). Par ces programmes de médiation sanitaire, MdM assure l'interface entre les populations et les services administratifs, sanitaires et sociaux pour en faciliter l'accès.

Les actions de proximité **auprès des usagers de produits psychoactifs** ont pour objectif de leur faciliter l'accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction

des risques liés aux usages de drogues. MdM dispose d'un pôle transversal d'analyse de drogues avec le soutien d'un programme (XBT) qui vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs consommés par les usagers. Enfin, fin 2016, MdM a pu fermer son programme d'éducation aux risques liés à l'injection (Erl) car ce dispositif, inscrit dans la Loi de modernisation du système de santé adoptée en janvier 2016, a vocation à se déployer dans les structures de droit commun.

Depuis 1999, MdM intervient **auprès des personnes posant des services sexuels tarifés** dans 5 villes de France (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Ces programmes assurent des tournées nocturnes et/ou diurnes sur les lieux de prostitution afin de mettre à disposition du matériel de prévention et d'offrir un espace d'écoute et d'information sur les risques liés à l'activité prostitutionnelle, en particulier l'exposition aux violences et aux IST et sur les droits des personnes. Deux équipes proposent également des permanences en lieu fixe afin de proposer un suivi plus individualisé, en dehors des lieux et heures de travail.

MdM dispose de 2 programmes pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des **personnes en situation de précarité en milieu rural** dans les Combrailles (Puy-de-Dôme) depuis 2013 et dans la Haute vallée de l'Aude depuis 2016. Un programme d'accès aux soins et aux droits en **zone urbaine sensible** a également été ouvert à Lille en 2015.

Enfin, depuis 2014, MdM, en partenariat avec l'administration pénitentiaire, le Service médico-psychiatrique régional (SMPR), le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa), développe un programme expérimental auprès des **personnes détenues** au centre de détention et à la maison d'arrêt de Nantes dans l'objectif de promouvoir la santé et améliorer l'accès aux soins, dans le cadre d'une démarche de santé communautaire en milieu carcéral.

PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Un programme spécifique en direction des mineurs non accompagnés a été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches dès 2015, à Caen et Nantes au cours de l'année 2016.

PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS

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

Depuis 1988, un programme de parrainage pour des enfants hospitalisés a été développé dans les hôpitaux d'Île-de-France, puis de la Guyane et depuis 2013 à la Réunion. Le parrainage permet d'aider les enfants isolés de leur famille à affronter la maladie et les éventuels troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation.

DEUX PROGRAMMES TRANSVERSAUX DE PRÉVENTION

MdM a mis en place un programme de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès aux dépistages et de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies sur les programmes depuis 2003. Les objectifs sont : délivrer des messages de prévention adaptés ; inciter les patients à se faire dépister afin de faciliter une prise en charge précoce et leur faciliter l'accès aux soins ; témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies. Ce travail se fait en étroite collaboration avec les médiateurs de santé publique.

Depuis 2016, un programme de prévention du cancer du col de l'utérus a également été initié dans 8 programmes (les Caso de Lyon, Bordeaux, Rouen et Paris, Les programmes auprès des personnes en bidonvilles de Bordeaux et Saint-Denis et les programmes auprès des travailleuses du sexe de Paris et Rouen). L'objectif du projet est d'améliorer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant en situation de précarité, éligibles au dépistage. MdM a mis en œuvre parallèlement une étude de type recherche interventionnelle dont l'objectif est de comparer l'adhésion des femmes en situation de précarité à un parcours de dépistage face à deux stratégies :

- consultation de prévention suivie d'une proposition d'auto-prélèvement vaginal puis d'une orientation vers le frottis cervico-utérin,
- consultation de prévention et orientation vers le frottis cervico-utérin uniquement.

01

ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO



1. ACTIVITÉS DES CASO DE 2000 À 2016

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, les Caso ont reçu 25 224 personnes et réalisés 31 555 consultations médicales, 2 277 consultations dentaires, 8 622 consultations paramédicales et 12 815 consultations sociales.

→ 8 personnes sur 10 connaissent le Caso grâce au « bouche à oreille ».

→ 80,9 % des personnes s'adressent au Caso pour un problème de santé, 28,1 % expriment une demande d'accompagnement social ou juridique.

En 2016, 31 555 consultations médicales (généralistes et spécialistes), 2 277 consultations dentaires, 8 622 consultations paramédicales et 12 815 consultations sociales ont été réalisées (tableau 2).

Les personnes ont consulté en moyenne 1,7 fois un médecin et 2 fois un dentiste au cours de l'année. Le faible nombre de consultations par patient illustre la volonté pour les équipes de MdM de ne pas s'engager dans une démarche de suivi médical et d'orienter au maximum les personnes vers le système de droit commun.

22

Le Caso constitue un lieu de premiers recours aux soins et d'accès aux droits pour toute personne en situation de grande précarité ou en situation d'exclusion. Entre 1986 et 2000, jusqu'à 32 Caso ont été ouverts. Grâce aux différentes réformes qui sont intervenues à partir de 1998, et en particulier la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998¹ qui a modifié de manière substantielle le paysage institutionnel, certains Caso ont pu fermer au fil des années². En 2016, MdM comptait 20 Caso, dont 5 qui ont pu fermer au cours de l'année³.

En 2016, les Caso ont reçu 25 224 personnes. Pour 8 personnes sur 10, la venue au Caso s'est faite par le « bouche à oreille », sans orientation préalable ; dans plus de 8 cas sur 10, les personnes s'adressent au Caso pour un problème de santé et plus d'une fois sur 4 pour une question administrative, sociale ou juridique (tableau 1).

**TABEAU 1 : MOTIFS DE RECOURS AU CASO EXPRIMÉS
PAR LES PERSONNES LORS DE LEUR 1^{RE} VISITE, 2016**

Plusieurs réponses possibles ¹	%	n
« Besoin de santé »	80,9	15 345
Besoin d'un accompagnement administratif, social ou juridique	28,1	5 330
Autres motifs	1,1	204

Taux de réponse : 79,6 %.

(1) Les personnes peuvent consulter pour plusieurs motifs, c'est ce qui explique que le total soit > 100 %.

(1) Loi qui a porté la création des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et de la CMU-CMUc.

(2) La fermeture des Caso est possible lorsque les dispositifs socio-sanitaires de droit commun sont fonctionnels et prennent le relais.

(3) Cayenne a fermé le 30/05/16, Valenciennes le 30/07/16, Angers le 31/08/16, Nantes le 31/10/16, Aix-en-Provence le 31/12/16.

TABLEAU 2 : ACTIVITÉS DES CASO DE 2000 À 2016

	Nb de Caso	Caso participant à la saisie de données	File active totale	Consultations médicales (généralistes et spécialistes)			Consultations dentaires		
				Nb de consultations	Nb de patients reçus	Nb moyen de consultations par patient	Nb de consultations	Nb de patients reçus	Nb moyen de consultations par patient
2000	32	24	nd	35 541	26 347	1,4	nd	nd	nd
2001	25	23	25 619	42 815	23 340	1,8	5 720	3 113	1,8
2002	24	22	24 682	45 018	23 079	2,0	5 698	2 856	2,0
2003	23	20	19 863	38 076	18 514	2,0	5 450	2 346	2,3
2004	21	21	22 378	35 651	18 377	1,9	4 974	2 246	2,2
2005	21	21	26 348	40 039	20 186	2,0	5 737	2 568	2,2
2006	21	21	24 977	33 148	16 948	1,9	5 342	2 254	2,4
2007	22	21	24 092	33 070	16 690	2,0	4 964	2 223	2,2
2008	22	21	24 685	33 339	17 388	1,9	5 190	2 432	2,1
2009	21	21	25 863	35 535	19 481	1,8	4 806	2 339	2,1
2010	21	21	28 160	38 606	21 236	1,8	3 919	1 742	2,2
2011	21	21	29 466	40 627	22 081	1,8	4 112	1 771	2,3
2012	20	20	30 560	41 033	23 181	1,8	3 855	1 854	2,1
2013	20	20	29 960	40 547	22 827	1,8	3 685	1 696	2,2
2014	20	19	28 517	37 087	20 894	1,8	3 703	1 644	2,2
2015	20	19	30 571	38 483	23 137	1,8	3 097	1 463	2,1
2016	20	19	25 224	31 555	18 201	1,7	2 277	1 136	2,0

Nb : nombre ; nd : non-disponible.

2. LES POPULATIONS ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2016

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

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 62 % des personnes accueillies sont des hommes, la moyenne d'âge est de 33,3 ans.

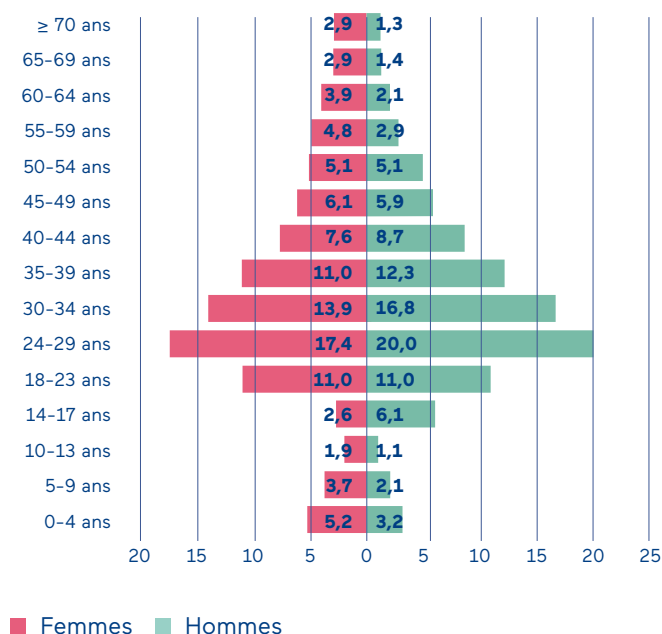
→ 96 % de la file active est de nationalité étrangère, en majorité originaire d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et de l'Union européenne.

→ Seules 8 % des personnes accueillies disposent d'un logement personnel ; plus de 6 sur 10 sont hébergées par de la famille, des amis ou une association, 9,5 % vivent en bidonville ou en squat et 21,5 % sont sans domicile fixe.

→ Moins de 20 % des personnes rencontrées exercent une activité professionnelle et 98,7 % des ménages vivent sous le seuil de pauvreté.

La population des Caso⁴ se caractérise par une majorité d'hommes (62 %) et une population relativement jeune dans la mesure où la moyenne d'âge s'élève à 33,3 ans (figure 1). Près de la moitié des personnes (47 %) sont âgées de 24-39 ans et les mineurs représentent 12,8 % de la file active⁵.

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO, 2016¹



(1) En % de la file active.

Taux de réponse : 99,5 %.

Parmi les adultes accueillis dans les Caso, seuls 24 % vivent en couple ; 36 % indiquent par ailleurs avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Dans la majorité des cas (59,1 %), ils ne vivent pas avec eux, ce qui met en évidence l'éclatement des familles lié à la migration (tableau 3). Il est reconnu que les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille ont des effets néfastes sur la santé mentale des migrants [Deshingkar 2009 & 2011], en particulier parmi les femmes séparées de tout ou partie de leurs enfants [MdM 2015, Bourris 2012].

(4) Les données sociodémographiques ne concernent que 15 Caso sur les 20 existants en 2016 (les Caso d'Aix-en-Provence, Ajaccio, Cayenne, Nancy et Valenciennes n'ayant pas utilisé le même outil de saisies, leurs données n'ont pas pu être intégrées aux autres), soit une file active totale de 23 824 personnes.
(5) Un chapitre est consacré aux mineurs page 28.

TABLEAU 3 : SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2016

	%	n
En couple (avec ou sans enfants)	23,9	3 952
Présence d'enfant(s) mineur(s)	36,1	5 821
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
- Vivent avec tous leurs enfants	34,6	1 934
- Vivent avec une partie de leurs enfants	6,3	350
- Ne vivent pas avec leurs enfants	59,1	3 299

Taux de réponse : Situation familiale : 79,8 % ; Présence de mineurs : 78,0 % ; Lieux de vie des mineurs : 95,9 %.

UNE GRANDE DIVERSITÉ DES NATIONALITÉS

En 2016, 96 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers (tableau 4). La diversité des origines des patients est toujours très grande avec 150 nationalités différentes représentées en 2016.

Les Algériens sont les plus représentés (13 %), suivis par les Ivoiriens (9 %), les Roumains (8 %) et les Marocains (6 %). Les Français arrivent en 7^e position, représentant 4 % de la file active (6^e en 2015) (figure 2).

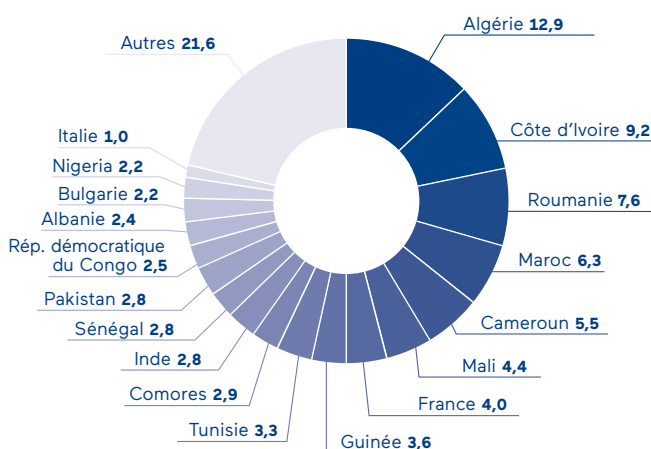
Le groupe continental le plus représenté reste, comme les années précédentes, l'Afrique subsaharienne (41 % des patients), devant le Maghreb (23,4 %) et l'Union européenne (17,1 %).

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2016

	%	n
Français	4,0	945
Étrangers	96,0	22 879
Groupe continental		
- Afrique subsaharienne	41,0	9 765
- Maghreb	23,4	5 577
- Union européenne (avec France)	17,1	4 065
- Europe (hors UE)	7,9	1 879
- Proche et Moyen-Orient	5,0	1 183
- Asie	4,7	1 127
- Océanie et Amériques	0,9	208

Taux de réponse : 100,0 %.

FIGURE 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2016



Taux de réponse : 100,0 %.

Parmi les étrangers accueillis dans les Caso, plus d'un tiers (34 %) indiquent résider en France depuis moins de 3 mois lors de leur première visite et sont donc considérés comme des « primo-arrivants »⁶ (tableau 5) ; pour 30,8 % la dernière date d'entrée en France est comprise entre 3 et 12 mois et 35 % résident en France depuis 12 mois ou plus.

Les « primo-arrivants » sont particulièrement nombreux parmi les étrangers en provenance d'Afrique subsaharienne (40 %) et d'Europe hors UE (39 %).

TABLEAU 5 : DURÉE DE PRÉSENCE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2016

	%	n
< 3 mois	34,3	5 154
[3-12 mois [	30,8	4 627
[1-3 ans [	16,6	2 503
[3-10 ans [	14,1	2 124
≥ 10 ans	4,2	628

Taux de réponse : 65,7 %.

La diversité des origines se traduit par la nécessité d'un recours à un interprète pour plus de 3 personnes sur 10. Dans 76 % des consultations nécessitant un interprète, la traduction a pu être assurée, mais le plus souvent par une personne accompagnante (44 %). Malgré une sensibilisation et des efforts importants de la part des équipes, l'interprétariat professionnel n'a été sollicité que dans seulement 13 % des cas, alors qu'il reste la solution la plus adaptée pour une prise en charge optimale dans le respect du secret médical. MdM s'est engagé en ce sens en signant fin 2012 la charte de l'interprétariat médical et social professionnel

(6) Par primo-arrivants, on entend toute personne dont la durée de résidence en France est inférieure à 3 mois. Ici la durée de résidence est calculée à partir de la dernière date d'entrée en France. Une partie des « primo-arrivants » ont pu avoir déjà séjourné par le passé en France.

en France⁷, et continue de s'investir pour que de plus en plus de patients puissent bénéficier de consultations avec l'appui d'interprète professionnel lorsque c'est possible.

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

MdM milite à ce titre pour la promotion et le financement de l'interprétariat professionnel dans tous les établissements d'accueil et se réjouit que Loi de santé⁸ adoptée en janvier 2016 ait permis l'inscription au code de la Sécurité sociale d'un article⁹ prévoyant l'élaboration « de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT PRÉCAIRES

La grande majorité des personnes accueillies connaissent des difficultés de logement puisque moins de 8 % d'entre elles disposent d'un logement personnel lorsqu'elles se présentent pour la première fois au Caso ; 6 sur 10 sont hébergées (dans la moitié des cas par de la famille, des amis ou connaissances), 10 % vivent en squat ou campement illégal et enfin 21,5 % sont à la rue ou accueillies en hébergement d'urgence pour une courte durée¹⁰ (tableau 6).

TABLEAU 6 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO, 2016

	%	n
Logement personnel	7,8	1 467
Hébergé(e) par de la famille, des amis...	51,8	9 694
Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	9,4	1 755
Occupe un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	4,4	821
Occupe un terrain sans droit (campement illégal)	3,2	593
Personnes à la rue	15,8	2 964
Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins	5,6	1 055
Autre situation	1,9	362

Taux de réponse : 78,5 %.

D'une manière générale, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à être hébergées (64 % contre 60 % des hommes) et à disposer d'un logement personnel (11 % contre 6 % des hommes) (figure 3). Toutefois ceci peut cacher une réalité néfaste pour la femme à savoir devoir payer cet hébergement en nature par la pratique de services sexuels et/ou une exploitation non rémunérés. Enfin, près d'un quart des femmes vivent à la rue ou dans un logement précaire (squat, campement...)

Des variations importantes sont également relevées selon la nationalité (figure 4) : les Français accueillis dans les Caso se caractérisent par une part plus importante de personnes à la rue (31 % contre 21 %) mais aussi de personnes disposant d'un logement personnel (28 % contre 7 %). A contrario, les ressortissants étrangers sont plus nombreux à être hébergés (62 % contre 35 % des Français).

Même si la situation vis-à-vis du logement s'améliore progressivement pour les étrangers avec la durée de présence en France, les difficultés s'inscrivent dans la durée dans la mesure où la proportion de personnes hébergées se maintient à un niveau élevé même parmi les étrangers résidant depuis plus de 10 ans en France (56,8 %) et 15,1 % restent sans domicile fixe.

Comme souligné dans le dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre, le mal-logement a des conséquences lourdes, notamment en matière de santé [Fondation Abbé Pierre 2017]. S'il reste particulièrement difficile d'établir les liens de causalité entre problèmes de santé et difficultés de logement, ces dernières sont néanmoins reconnues comme un facteur qui vient accroître le risque de développer une maladie ou aggraver des symptômes déjà existants. « L'expérience de la vie à la rue et les parcours marqués par l'errance sont parmi les situations les plus graves et aux conséquences les plus manifestes sur la santé » selon la Fondation Abbé Pierre. Les habitants des bidonvilles souffrent par ailleurs, de la rareté voire de l'inexistence des infrastructures de base, responsable de problème d'hygiène et d'accidents domestiques. Enfin pour les personnes disposant d'un logement, l'insalubrité par exemple constitue un facteur de risque ou d'aggravation du risque sanitaire, indéniable (intoxications, pathologies allergiques, respiratoires, accidents domestiques, troubles du sommeil...). L'hébergement chez des tiers pose également de nombreux problèmes, tant pour les hébergés que pour les hébergeurs : surpeuplement, bruit, promiscuité, ... Ces solutions souvent provisoires, peuvent se révéler très pénalisantes lorsqu'elles se prolongent, en particulier pour les enfants, alors même qu'elles restent peu visibles [Fondation Abbé Pierre 2017]. Elles peuvent également constituer des facteurs de vulnérabilité en particulier pour les femmes ou les enfants (exploitation, services sexuels,...).

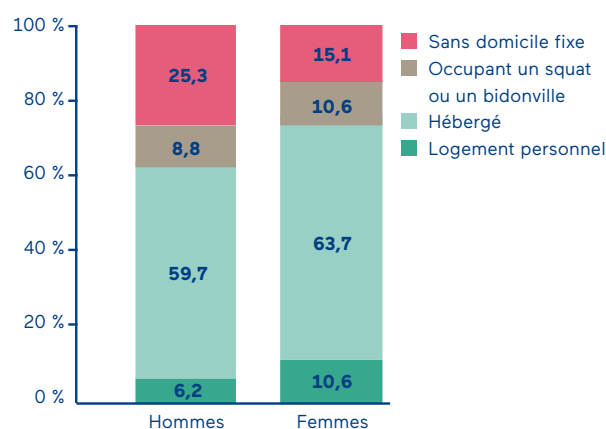
(7) <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signée-sacan19-12-2012.pdf>

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

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

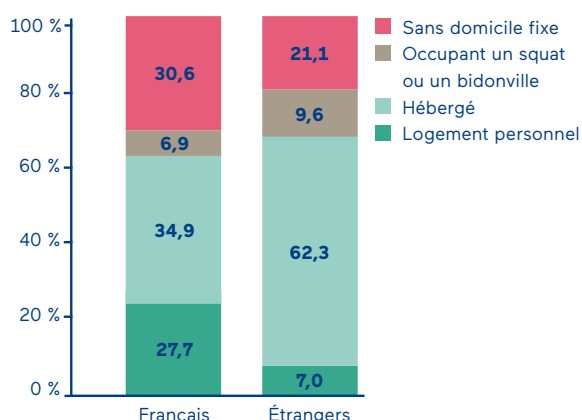
(10) Un chapitre spécifique est consacré aux actions menées auprès des personnes sans logement ou en logement précaire page 80, et aux personnes vivant en bidonville page 84.

FIGURE 3 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT¹ DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2016



(1) Situation au jour de la première visite.

FIGURE 4 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT¹ DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2016



(1) Situation au jour de la première visite

En 2016, seules 19 % des personnes de 16 ans ou plus déclarent exercer une activité professionnelle, dans une très large majorité il s'agit d'une activité non déclarée (tableau 7). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer une activité (24 % contre 11 %). Par ailleurs, la pratique d'une activité professionnelle progresse plus nettement pour les étrangers après un an de présence en France : 6 % travaillent parmi les personnes présentes depuis moins de 3 mois ; contre 36 % parmi celles installées depuis au moins un an. Mais force est de constater que le travail non déclaré reste le plus fréquent. Ce résultat est à rapprocher de la situation administrative des ressortissants étrangers qui bien souvent ne leur permet pas l'accès au travail de manière légale.

De ce fait, **la situation financière des ménages accueillis dans les Caso est extrêmement précaire : 98,7 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté¹¹ et 43,4 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre.**

TABEAU 7 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES DES PERSONNES DE 16 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2016

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie en France	19,4	3 228
- Activité déclarée	2,1	345
- Activité non déclarée	17,3	2 883
Niveau de ressources financières		
- Aucunes ressources	43,4	2 549
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté	55,3	3 252
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	1,3	77

Taux de réponse : Activité : 77,6 % ; Ressources du foyer : 27,4 %.

En 2016, les Caso ont accueilli 9 924 étrangers en situation irrégulière, soit 54 % de la file active totale et 65 % des étrangers majeurs (tableau 8).

Toutefois, il convient de souligner que la très large majorité des étrangers accueillis dans les Caso sont en situation administrative précaire dans la mesure où aux 2/3 des patients sans titre de séjour, s'ajoutent les 20 % des étrangers qui ne disposent que d'un titre de séjour de moins de 6 mois¹².

TABEAU 8 : SITUATION ADMINISTRATIVE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES DE 18 ANS ET PLUS REÇUES¹ DANS LES CASO, 2016

	Ressortissants de l'UE ²		Étrangers hors UE ³		Ensemble des étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Situation régulière	37,1	690	34,6	4 639	34,9	5 329
Situation irrégulière	62,9	1 170	65,4	8 754	65,1	9 924

Taux de réponse : 92,6 %.

(1) Situation au jour de leur première visite.

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

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

(11) Le seuil utilisé est celui publié par l'Insee et correspond à 60 % du revenu médian de la population. Ce seuil s'établit en 2014 à 1 008 euros mensuels pour une personne seule.

(12) Sont inclus les patients disposant d'un titre de séjour inférieur ou égal à 6 mois, d'un visa touristique, d'un rendez-vous /convocation en préfecture ou enfin d'un titre de séjour dans un autre pays européen.

LES MINEURS ACCUEILLIS DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 12,8 % des personnes accueillies dans les Caso sont des mineurs ; près d'un tiers sont âgés de moins de 5 ans.

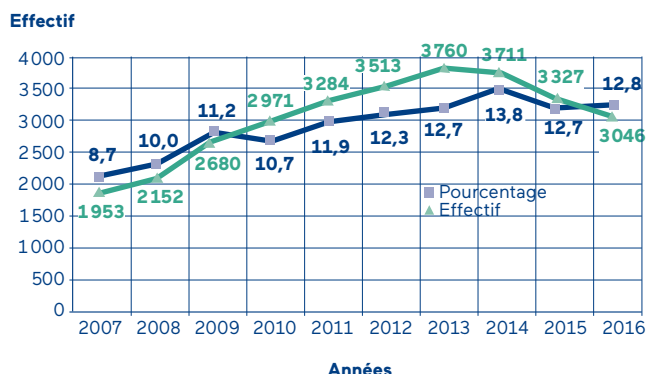
→ Seuls un peu plus d'un quart des enfants de moins de 6 ans sont suivis en PMI et seuls la moitié des enfants de 6 à 15 ans sont scolarisés.

→ 22,6 % des mineurs sont seuls sur le territoire français.

En France, on estime que plus de 3 millions d'enfants vivent sous le seuil de pauvreté, plus de 30 000 seraient sans domicile et 9 000 vivraient en bidonville [Unicef 2015].

Dans les Caso, 3 046 mineurs ont été accueillis en 2016, soit 12,8 % de la file active totale. La part des mineurs au sein de la file active est stable depuis 4 ans (figure 5). L'âge moyen des mineurs est de 9,2 ans (31 % sont âgés de moins de 5 ans et 37 % de 14 ans ou plus). La très large majorité des mineurs accueillis dans les Caso est d'origine étrangère (96 %), principalement d'Afrique subsaharienne (40 %), d'Union européenne hors France (22 %), du Maghreb (15 %) et d'Europe hors UE (13 %). Par nationalité, les mineurs provenant de Roumanie sont les plus représentés (13 %), suivis par ceux venant d'Algérie, de la Côte d'Ivoire et du Mali.

FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MINEURS REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2016



Parmi les mineurs de moins de 6 ans, seuls un peu plus d'un quart sont suivis par les services de la Protection maternelle et infantile (PMI) (tableau 9). Ce suivi est plus important pour

les enfants de nationalité française puisque 40 % d'entre eux sont suivis contre 26 % pour les étrangers. Ce résultat souligne la nécessité d'informer et de sensibiliser les familles sur les dispositifs d'accès aux soins existants, et la PMI en particulier, dès leur arrivée en France (cf. encart page 50).

Les conditions de vie des mineurs accueillis dans les Caso paraissent très difficiles : seuls 10 % d'entre eux vivent en logement personnel, 26 % sont hébergés par de la famille ou des amis et 18 % par un organisme, 17 % vivent dans un squat ou un campement et enfin 29 % sont à la rue.

Rappelons que le mal-logement peut avoir des conséquences néfastes importantes sur la santé, le développement et la réussite scolaire de l'enfant [Roze 2016]. À ce titre, **seul un jeune sur deux âgé de 6 à 15 ans a déclaré être scolarisé lors de sa 1^{re} visite au Caso**, avec des disparités très importantes selon la situation vis-à-vis du logement : 80 % des enfants vivant en logement personnel sont scolarisés, contre 61 % pour ceux hébergés, 48 % pour ceux vivant en squat ou campement et seulement 14 % des enfants sans domicile fixe. Il est reconnu que les ménages sans logement personnel sont contraints à de fréquents déménagements ou subissent des expulsions des lieux de vie qui ont des répercussions multiples et importantes sur les foyers, notamment sur la socialisation et la scolarisation des enfants et donc sur leur santé. Selon une récente enquête réalisée en Île-de-France, la non-scolarisation des enfants sans logement serait au moins 10 fois plus importante que dans la population générale, et associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée [Observatoire du Samu social 2014].

TABLEAU 9 : SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO¹, 2016

	%	n
Suivi en PMI (< 6 ans)	27,0	198
Scolarisation (de 6 à 15 ans)	50,0	397

Taux de réponse : PMI : 67,1 % ; Scolarisation : 69,2 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS : UN DROIT À LA PROTECTION TOUJOURS LARGEMENT COMPROMIS

Même s'il n'existe aucune donnée fiable sur le nombre de mineurs non accompagnés (MNA¹³) vivant en France, leur nombre est estimé à 14 000 (outre-mer compris) à la fin de l'année 2016¹⁴. En 2016, 8 054 personnes déclarées mineures non accompagnées ont été portées à la connaissance du ministère de la Justice et ont intégré les dispositifs de protection de l'enfance [DPJJ 2017]. À titre comparatif,

(13) Par mineur non accompagné, on entend tout enfant qui a été séparé de ses deux parents et d'autres membres proches de sa famille et n'est pas pris en charge par un adulte investi de cette responsabilité par la loi ou la coutume.

(14) Source : Président de l'assemblée des départements de France, le 30 mai 2017.

l'Allemagne, où l'accès à une protection est conditionné au dépôt d'une demande d'asile, a reçu 36 000 demandes de protection émanant de MNA en 2016¹⁵.

Les raisons pour lesquelles ces jeunes quittent leur pays sont multiples et se confondent avec les motifs de départ des personnes migrantes adultes. Fuyant la guerre, la précarité, les violences ou les discriminations, ces jeunes cherchent bien souvent un avenir meilleur. Des caractéristiques communes se dessinent souvent parmi eux : violences, décès de proches, très forte précarisation de la famille qui mandate l'aîné afin de subvenir aux besoins du foyer, etc. Le choix de la France comme pays de destination, lorsqu'il s'agit d'un choix, repose en partie sur une tradition migratoire, une langue et une culture commune. Pour certains d'entre eux, la France n'est qu'un pays de transit dans leur parcours migratoire. Ces deux profils ne sont pas exclusifs et un mineur peut aspirer à rejoindre un pays tiers et finir par décider de s'installer en France ou entamer une nouvelle séquence de migration après avoir vu sa demande de protection rejetée en France.

Dans les Caso, plus de 600 MNA ont été accueillis en 2016, soit près d'un quart des enfants reçus dans les Caso (22,6 %). Ces jeunes sont principalement des garçons (94 %), âgés de 15 ans ou plus (95 %). Près de 90 % sont originaires d'Afrique subsaharienne (principalement du Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun), 5 % du Proche et Moyen-Orient et 4 % du Maghreb. **Parce qu'ils ont fait l'expérience de parcours migratoires parfois longs, éprouvants et dangereux et qu'ils ont dû survivre dans des conditions de forte précarité lors du trajet ou à leur arrivée en France, ces jeunes constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires, d'exploitation et aux troubles post-traumatiques.** Ils présentent un état de santé physique et psychique particulièrement fragile, comme le souligne l'étude récente de Péaud et al. [Péaud 2017]. Notons à ce titre, qu'un peu plus d'un jeune non accompagné sur dix reçu en consultation médicale au Caso présentait un trouble d'ordre psychologique selon les médecins. Leurs conditions de logement sont extrêmement précaires puisque plus de la moitié vivent à la rue, 16 % dans un squat ou en campement, 12 % sont hébergés par des proches ou des membres de leur communauté et seuls 19 % sont hébergés par une association, au jour de leur première visite au Caso.

« Je suis arrivé à Rouen en 2016. L'Ase m'a fait une interview et m'a dit que je n'étais pas mineur. Ils ont déchiré mon acte de naissance. [...] J'ai fait trois mois dans la rue, je ne dormais pas beaucoup, je marchais toute la nuit, je ne mangeais presque rien. [...] Avec l'avocate, j'ai expliqué ma situation et le juge des enfants a dit que j'étais mineur. [...] L'Ase m'a mis à l'hôtel.

*Il y a un problème pour manger à l'hôtel.
Il n'y a pas de fruits, pas de légumes, pas de lait...
Je m'ennuie trop à l'hôtel. »*

[Guinéen, 16 ans, Rouen]

La plupart d'entre eux se trouve ainsi en situation d'urgence et de grande précarité, sans pouvoir bénéficier des mesures de protection dont ils doivent bénéficier. En effet, la protection des mineurs non accompagnés se fonde sur celle de l'enfance en danger, telle que prévue dans le dispositif juridique français de protection de l'enfance, qui est applicable sans condition de nationalité. Théoriquement ils relèvent donc des missions d'aide sociale à l'enfance (Ase), compétence des Conseils départementaux et devraient tous voir l'ensemble de leurs besoins satisfaits et leurs droits garantis. Or de nombreux départements sont particulièrement réticents à les accueillir, soutenant qu'en tant qu'étrangers ils relèvent de la compétence de l'État, arguant de la saturation des dispositifs de protection de l'enfance et de la charge financière insurmontable qu'ils représenteraient. Les mineurs non accompagnés ne représentent pourtant qu'une part dérisoire de l'ensemble des mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'Ase¹⁶.

Afin de déterminer leur éligibilité aux dispositifs d'aide sociale à l'enfance, les départements évaluent la situation des jeunes afin de déterminer leur minorité et leur situation d'isolement. Cette évaluation semble souvent utilisée par les autorités comme une variable d'ajustement, en fonction de leurs capacités d'accueil, dans une logique de tri visant à séparer ceux qu'ils considèrent comme étant les « vrais » des « faux » mineurs isolés. Les inspections générales¹⁷ relèvent d'ailleurs que les départements les plus confrontés aux arrivées de mineurs sont ceux où la proportion de jeunes isolés admis dans les dispositifs de protection est la plus faible [Igas 2014].

Malgré les changements législatifs et réglementaires intervenus en 2016 (cf. encart page 30), les conditions dans lesquelles les évaluations sont menées restent très pré-occupantes. Elles sont souvent à charge, sommaires et subjectives et continuent à se fonder très largement sur des méthodes de détermination médicale de l'âge unanimement contestées. Elles sont empreintes de soupçon et sont contraires aux principes de présomption de minorité et de bénéfice du doute. Contrairement à ce que prévoit l'article 375 du code civil, aucun examen du danger n'est effectué via une évaluation des risques sur la santé, la sécurité ou la moralité auxquels les jeunes seraient exposés et leur protection est conditionnée au seul établissement de leur minorité et de leur isolement.

Dans certains départements, les mineurs non accompagnés ne bénéficient pas tous d'une mise à l'abri durant l'évaluation. Dans d'autres, de nombreux jeunes sont refusés

(15) Selon Eurostat, communiqué de presse du 11 mai 2017, 63 000 mineurs non accompagnés parmi les demandeurs d'asile dans l'UE en 2016.

(16) Au nombre de 164 000 au 31 décembre 2015.

(17) Igas, IGSJ, IGA.

à l'entrée des dispositifs sans même que leur situation ne soit évaluée. Lorsqu'ils en bénéficient, le recueil provisoire d'urgence¹⁸ se fait dans des conditions contestables. Les enfants sont souvent livrés à eux-mêmes, sans accompagnement éducatif, sans bilan médical et/ou psychologique, ni accès à la santé ou aide à l'ouverture de leurs droits. À titre d'exemple, seuls 10 % des mineurs non accompagnés ont des droits ouverts à une couverture maladie lorsqu'ils se présentent dans les Caso alors même que tout enfant devrait pouvoir disposer d'une affiliation directe et sans délai à une couverture maladie. La mise à l'abri, loin de constituer un temps de répit, renforce souvent l'état de danger et la vulnérabilité des jeunes « accueillis ». L'évaluation est donc réalisée sur des jeunes qui ne sont pas en mesure (en raison de leur état de vulnérabilité, et de troubles récurrents en termes de santé somatique et mentale) d'être évalués. C'est ainsi à la fois le temps et la qualité de l'évaluation qui doivent être interrogés.

« Quand tu es à l'hôtel pendant l'évaluation, tu fais rien, tu ne vas pas à l'école, tu n'as pas de tickets de bus, rien... L'éducateur il passe comme ça, il demande si t'es malade et après il s'en va, g'a rien à faire alors on dort. Le soir on regarde la télé [...] Là je suis fatigué, je n'ai envie de rien. »

[Guinéen, 16 ans, Caen]

À l'issue de ces évaluations contestables, environ 60 % des mineurs non accompagnés sont exclus des dispositifs de protection en France [lgas 2014]¹⁹. Même s'ils continuent à alléguer leur minorité (et tentent de la faire reconnaître

au niveau judiciaire), celle-ci leur ait contestée par les services de protection de l'enfance, compromettant ainsi gravement leur accès aux soins de santé somatiques et psychologiques. Ils passent souvent de longs mois à la rue sans protection, avant de voir, pour nombre d'entre eux, leur minorité reconnue par les autorités judiciaires et pouvoir intégrer enfin les dispositifs de protection de l'enfance.

Face à ces constats, il est urgent de prendre toutes les mesures nécessaires pour identifier les mineurs non accompagnés et leur proposer une prise en charge immédiate et inconditionnelle dans le cadre de la protection de l'enfance. La mise à l'abri doit permettre une évaluation des critères de dangers, des risques et des besoins, accompagnée d'un bilan de santé immédiat et proposé systématiquement, d'un accès au dépistage, à la prévention et aux soins ainsi qu'un accès garanti et accéléré aux procédures de réunification familiale à l'étranger, à la protection de l'enfance et aux procédures d'asile en France.

MdM milite pour que l'évaluation de la situation des mineurs non accompagnés soit fondée sur des éléments objectifs, en respectant la présomption de minorité et recommande l'interdiction de la pratique des tests médicaux d'évaluation de l'âge.

Il est urgent d'adapter la politique départementale de protection de l'enfance pour garantir l'accès effectif des jeunes à leurs droits, et le respect de leur intérêt supérieur.

LA LOI DU 14 MARS 2016 RELATIVE À LA PROTECTION DE L'ENFANT : UNE OCCASION MANQUÉE.

Le 31 mai 2013 paraît la circulaire dite Taubira²⁰, qui définit les modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers en prévoyant les conditions de leur mise à l'abri, de leur évaluation et de leur orientation sur le territoire national. De nombreux départements, considérant que la circulaire porte atteinte au principe de libre administration, suspendent alors l'accueil de tout nouveau mineur non accompagné sollicitant une protection au titre de l'enfance en danger sur leur territoire²¹. Les départements saisissent, dans la foulée, le Conseil d'État pour demander l'annulation de celle-ci.

Le 30 janvier 2015, le Conseil d'État rend sa décision²². Les magistrats du Palais Royal invalident partiellement la

circulaire, au motif que la répartition nationale ne prend pas suffisamment en compte l'intérêt supérieur de l'enfant et n'est pas inscrite dans la loi.

La consécration législative du dispositif de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation intervient finalement dans la réforme de la protection de l'enfant du 14 mars 2016²³. Plusieurs décrets et arrêtés précisent par la suite l'application de la loi.

Le législateur, en inscrivant les modalités de prise en charge des mineurs non accompagnés dans le Code d'action sociale et des familles (CASF) et le Code civil, à défaut de garantir l'égalité entre tous les mineurs en danger, aurait pu proposer un cadre juridique

(18) Recueil provisoire d'urgence » ou « accueil provisoire d'urgence » est prévu par l'article L223-2 du Code d'action sociale et des familles. Il permet aux services d'aide sociale à l'enfance de recueillir provisoirement un mineur en danger en cas d'urgence et lorsque son représentant légal est dans l'impossibilité de donner son accord. Le procureur doit dans ce cas être avisé immédiatement.

(19) Les inspections générales estiment le taux d'admission (appelé « taux de sélectivité ») à 43 % sur l'ensemble des départements métropolitains.

(20) Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation.

(21) Aube, Bas-Rhin, Mayenne, Côte-d'Or, Eure-et-Loir, Loiret, Moselle, Aveyron, Haute-Loire et Alpes-Maritimes. Voir sur ce point le Rapport n°340 de M. Vandierendonck R, fait au nom de la Commission des Lois, déposé le 5 février 2014.

(22) Conseil d'État, département des Hauts-de-Seine, n° 371415, 371730, 373356, 30 janvier 2015.

(23) Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

favorable et davantage respectueux de l'intérêt supérieur des MNA. La loi constituait une belle occasion de tirer les enseignements des carences constatées depuis 2013 dans la protection des MNA, par les autorités de contrôle des droits fondamentaux et les organisations de la société civile. Elle est malheureusement passée à côté de cette occasion.

L'inscription dans la Loi de l'utilisation des tests osseux constitue une première déception. Même s'il a prévu quelques réserves et limites à leur utilisation²⁴, le législateur a autorisé le recours aux tests osseux, en dépit de l'opposition quasi-unanime de la communauté scientifique [Académie nationale de médecine 2007, HCSP 2014], des associations, du Défenseur des droits²⁵ et des recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU [Comité des droits de l'enfant 2016]. Ce dernier recommandait à la France (deux mois avant le vote de la loi) « de mettre un terme à l'utilisation des tests osseux en tant que principale méthode de détermination de l'âge des enfants et de privilégier d'autres méthodes qui se sont avérées plus précises. » Aujourd'hui, nous constatons toujours le recours excessif voire systématique des autorités judiciaires aux tests osseux.

« La dame du Conseil départemental au début elle m'a dit que si c'était elle qui décidait elle dirait que je suis mineur. Elle m'a dit que je devais faire des tests. On m'a regardé les dents et fait une radio de la main. Après la dame m'a demandé d'enlever mon t-shirt. Elle a changé d'avis directement quand elle m'a regardé, je l'ai vu sur son visage... J'avais envie de lui dire : 'Eh ! Je fais du sport depuis toujours !' [...] Après, ils m'ont dit que j'avais 19 ans, mais c'est quoi ça, 19 ans c'est estimer ça ?

Moi, j'ai répondu à toutes leurs questions. [...] J'ai tout répondu, on m'a posé les questions plusieurs fois, à chaque fois ils notaient. Il y a juste un truc dont je ne me rappelle pas, c'est combien on était dans le bateau....

Mais ils croient les tests d'os plus que mes paroles. [...] Avant les tests, ils avaient dit ok je suis mineur, j'avais les tickets de bus, j'allais à l'école et j'avais les cahiers. [...] et là ils font le test d'os et c'est fini tout ça. »

[Guinéen, 16 ans, Caen]

MdM réaffirme son opposition à cet instrument de tri, dont le manque de fiabilité n'est plus à prouver et milite pour la suppression de toute méthode médicale aux fins de détermination de l'âge.

L'évaluation dite « sociale » dont les modalités sont prévues par l'arrêté du 17 novembre 2016 et définie comme « la pièce maîtresse »²⁶ du dispositif d'évaluation suscite, elle aussi, de vives préoccupations. L'arrêté prévoit notamment « qu'à chaque stade [de l'évaluation], l'évaluateur veille à confronter l'apparence physique de la personne évaluée, son comportement, sa capacité à être indépendante et autonome, sa capacité à raisonner et à comprendre les questions posées, avec l'âge qu'elle allègue. » Par cette disposition, le législateur ouvre la voie à la subjectivité et permet aux départements de contester la minorité des jeunes qui sollicitent une protection par l'évaluation de leur apparence. Dès 2014 pourtant, le Défenseur des droits constatait les pratiques abusives de certains départements quant à l'évaluation de l'apparence physique²⁷.

MdM milite pour que les pouvoirs publics assurent une évaluation de la situation des MNA pluridisciplinaire, diffuse et basée sur des éléments objectifs.

Enfin, de manière plus globale, la réforme de 2016 est venue entériner le fait que la phase d'accueil provisoire d'urgence soit uniquement dédiée à l'évaluation de l'âge et de l'isolement des enfants et adolescents²⁸. Nous considérons plus largement que la mise à l'abri dans des conditions dignes et sécurisantes doit garantir un temps de répit préalable et ne se réduisant pas à l'évaluation de l'isolement et de la minorité. Ce temps de répit doit permettre l'émergence d'une relation de confiance avec un personnel éducatif distinct de celui chargé de l'évaluation, la diffusion d'une information claire sur les possibilités de protection en France et ailleurs permettant des prises de décision éclairées en termes de lieu de vie et de protection. La mise à l'abri doit permettre une évaluation des critères de dangers, des risques et des besoins, accompagnée d'un bilan de santé immédiat et systématique, d'un accès au dépistage, à la prévention et aux soins.

Fort de l'ensemble de ces constats, MdM base ses actions de plaidoyer sur deux dimensions interdépendantes : la concrétisation effective du droit et donc la promotion de pratiques se conformant davantage aux droits fondamentaux des personnes mais aussi la modification du cadre législatif et réglementaire, lorsqu'elle est nécessaire. Compte tenu des larges difficultés dont continuent à faire l'objet les MNA pour voir leurs droits et leur accès aux soins garantis, et ce, malgré les changements législatifs intervenus récemment, ces deux dimensions sont plus que jamais primordiales.

(24) Utilisation en dernier recours, de manière subsidiaire et non suffisante, par l'interdiction des examens pubertaires.

(25) Voir Observations complémentaires du Défenseur des droits au Comité des droits de l'enfant de l'ONU du 14 décembre 2015.

(26) Voir Rapport d'activité 2016 de la Mission mineurs non accompagnés de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), Ministère de la Justice.

(27) Le Défenseur des Droits qualifiait de jugements « empreints de stéréotypes non pertinents pour la qualité de l'évaluation » ceux qui se rapportaient à « l'apparence physique bien menue » d'une jeune fille ou aux « traces de maquillage et [aux] ongles fraîchement vernis » d'une autre. Décision du Défenseur des droits, MDE-2014-127 du 29 août 2014.

(28) Selon l'article R221-11 du CASF : « Au cours de la période d'accueil provisoire d'urgence, le président du conseil départemental procède aux investigations nécessaires en vue d'évaluer la situation de cette personne au regard notamment de ses déclarations sur son identité, son âge, sa famille d'origine, sa nationalité et son état d'isolement. »

LES DEMANDEURS D'ASILE

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2016, 9 % des personnes reçues dans les Caso sont en procédure de demande d'asile.
- Près de la moitié des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne, 28 % d'Europe hors UE.
- Seuls 25 % des demandeurs d'asile sont hébergés par une structure ou une association.
- Seuls 13 % disposent d'une couverture maladie au jour de leur 1^{re} visite au Caso.

En 2016, 85 726 demandes d'asile²⁹ ont été instruites à l'Ofpra, soit une hausse des demandes de 7,1 % par rapport à l'année 2015 [Ofpra 2017]. Cette hausse résulte pour l'essentiel du contexte de crise humanitaire que connaît l'Europe depuis la mi-2015, mais reste très inférieure à l'augmentation que la France a connue entre 2014 et 2015 (+ 24 %) et ne tient pas compte des personnes, de plus en plus nombreuses, placées en procédure Dublin (cf. encart). Par ailleurs, la part des demandes d'asile placées en procédure accélérée a fortement augmentée et s'élève à 38,8 % en 2016. Il convient de noter que cette procédure est moins protectrice et n'assure pas les mêmes droits lors du processus d'instruction de la demande d'asile. Malheureusement les possibilités de recours à ce type de procédures ont été multipliées par la dernière réforme de l'asile de 2015.

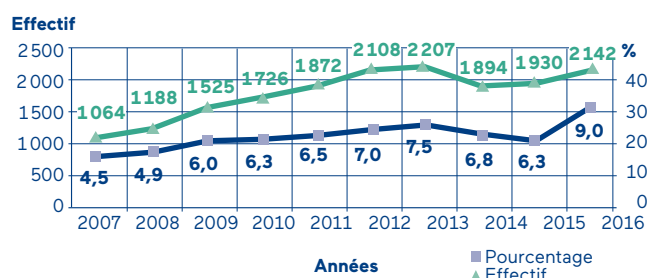
Au total, ce sont 36 553 personnes (26 428 hors mineurs accompagnants) qui ont bénéficié d'une protection au titre de l'asile en 2016 en France [Ofpra 2017], soit un taux de protection de l'Ofpra qui s'élève à 28,8 % à l'Office et atteint 38,1 % au terme des procédures devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) [Ofpra 2017]. Le nombre d'admissions a fortement augmenté depuis 2012, reflet des situations de guerres ou de violences généralisées dans plusieurs pays du Proche et Moyen-Orient (Afghanistan, Syrie, Irak...).

UN ACCÈS AUX DROITS TOUJOURS COMPLIQUÉ

En 2016, 2 142 demandeurs d'asile³⁰, soit 9 % de la file active, ont été accueillis dans les Caso. Ce taux apparaît en hausse par rapport aux années antérieures (figure 6). Toutefois, cette hausse s'explique en partie par la prise en compte en 2016, parmi les demandeurs d'asile, des personnes ayant un rendez-vous en préfecture, ce qui n'était pas le cas en 2015. **Plus d'un quart (27,6 %) des demandeurs d'asile accueillis dans les Caso sont en procédure accélérée** (cf. encart).

Les demandeurs d'asile sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (49 %), d'Europe hors UE (28 %) et du Moyen-Orient (11 %). Par nationalité, l'Albanie est la plus représentée (12 %), suivie par la Guinée (9 %), la République démocratique du Congo (7 %) et le Nigeria (6 %) (tableau 10).

FIGURE 6 - ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE DEMANDEURS D'ASILE¹ REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2016



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

TABLEAU 10 - 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES DEMANDEURS D'ASILE¹ REÇUS DANS LES CASO, 2016

Nationalités	%	Nationalités	%
Albanie	12,1	Bangladesh	4,2
Guinée	9,1	Afghanistan	4,0
Rép. démocratique du Congo	6,8	Soudan	3,5
Nigeria	6,1	Algérie	3,2
Côte d'Ivoire	4,9	Pakistan	2,9

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

(29) 1^{res} demandes, réexamens, réouvertures de dossiers clos et mineurs non accompagnés inclus.

(30) On considère comme demandeurs d'asile les étrangers (hors Union européenne) dont la procédure de demande d'asile est en cours ou recours, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en préfecture, une demande ou un recours/réexamen en cours.

LA PROCÉDURE DE DEMANDE D'ASILE EN FRANCE

L'asile est la protection qu'accorde un État à un ressortissant étranger qui est (ou qui risque d'être) persécuté dans son pays et qui ne peut y être protégé par les autorités. La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés définit les modalités selon lesquelles un État doit accorder le statut de réfugié aux personnes qui en font la demande, ainsi que les droits et les devoirs de ces personnes. Outre les obligations qui incombent à la France en vertu du droit international et du droit européen, le droit d'asile a une valeur constitutionnelle⁽³¹⁾.

Suite à la récente réforme de l'asile⁽³²⁾, depuis le 1^{er} novembre 2015, toute personne qui souhaite solliciter l'asile en France doit d'abord se présenter auprès de la Plateforme d'accueil pour demandeur d'asile (Pada) de son département, qui est chargée de fixer un rendez-vous au guichet unique de demande d'asile (Guda) de la préfecture pour le dépôt de sa demande. **Cette délégation de l'enregistrement de la demande d'asile en complique considérablement le dépôt : les Pada sont engorgées et le nombre de rendez-vous accordés extrêmement limités.** Ainsi, alors que la loi prévoit qu'un rendez-vous en préfecture soit proposé dans les 3 jours (10 jours en cas de forte affluence), les convocations sont en réalité octroyées dans des délais extrêmement variables qui peuvent aller jusqu'à plusieurs mois.

Lors de l'enregistrement de la demande, la préfecture détermine si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile, en vertu du règlement européen dit « Dublin III ». En effet, il est possible qu'un autre État européen soit responsable de la demande d'asile notamment lorsque le demandeur a transité par cet État, y a entamé des démarches de demande d'asile ou que s'y trouvent des membres de sa famille. Seul un État peut être responsable d'une demande d'asile.

Lorsqu'elle relève d'un autre État membre de l'Union européenne que la France (information obtenue grâce à la consultation des fichiers Eurodac et visabio), la préfecture saisit l'État responsable d'une demande de transfert afin d'engager le renvoi du demandeur d'asile vers cet État. En 2016 la France a effectué 25 963 saisines d'un autre État contre 11 657 en 2015⁽³³⁾, ce qui constitue une véritable explosion du nombre de saisines. Celles-ci ont conduit à 1 293 transferts vers un autre État membre contre 525 en 2015. Le sort des personnes relevant du règlement de Dublin III constitue

ainsi un enjeu central, beaucoup se retrouvant soumis à des mesures coercitives (assignation à résidence, rétention) puis, au terme d'une procédure complexe, dans une véritable impasse administrative.

Un nouveau règlement dit Dublin IV est en cours de négociation au niveau européen. Si quelques aspects paraissent favorables (définition élargie de la famille), de nombreux points sont au contraire extrêmement préoccupants : recevabilité de la demande d'asile uniquement si le demandeur ne peut pas être renvoyé vers un « pays tiers sûr » ou un « premier pays d'asile » ; suppression de la « clause discrétionnaire »⁽³⁴⁾ ; suppression de la clause prévoyant la cessation de la responsabilité de l'État après 12 mois⁽³⁵⁾ ; réduction des délais de recours, etc.

Le projet de réforme de la Commission européenne, « gardienne des traités », alerte⁽³⁶⁾ par sa dureté et son éloignement des droits et libertés pourtant inscrits dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union.

En revanche, lorsque l'examen de la demande d'asile relève de la responsabilité de la France, la préfecture remet au demandeur une attestation l'autorisant à se maintenir sur le territoire pour la durée de sa procédure d'asile. Selon la situation, le demandeur peut être placé en procédure normale ou accélérée⁽³⁷⁾.

C'est l'Ofpra qui est chargée de recevoir et d'instruire les demandes d'asile. Selon que le demandeur d'asile relève de la procédure normale ou de la procédure accélérée, les délais d'instruction de la demande peuvent varier entre 15 jours et 6 mois. En cas de rejet de la demande par l'Ofpra, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour contester la décision. Si la CNDA rejette sa demande (ou l'Ofpra lorsque le demandeur ne fait pas de recours devant la CNDA), il est alors débouté du droit d'asile et la préfecture prononcera à son encontre une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

Pendant l'instruction de sa demande, le demandeur d'asile doit bénéficier de conditions matérielles d'accueil : il doit lui être proposé un hébergement ainsi que le bénéfice d'une allocation pour demandeurs d'asile (Ada) et l'accès à une couverture maladie. Il n'est par contre pas autorisé à travailler.

(31) Préambule de la Constitution de 1946 et de la Constitution de 1958.

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

(33) <http://www.lacimade.org/application-du-reglement-dublin-en-france-en-2016/>

(34) Clause qui avait permis à la France de prendre en charge des demandes d'asile issues de Calais qui auraient dû être examinées par d'autres États membres de l'UE.

(35) De fait la demande d'asile ne pourra jamais être examinée ailleurs que par le premier pays d'entrée.

(36) Le projet de réforme de Dublin – Amnesty International – 25 novembre 2016.

(37) Notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays dit « sûr » ou sur le motif de suspicion d'une fraude. Au 9 octobre 2015, la liste des pays sûrs comprend les 16 États suivants : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Ancienne République yougoslave de Macédoine (ARYM), Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie.

Pour une grande partie des demandeurs d'asile accueillis dans les Caso, leur arrivée en France est récente : 84 % des adultes ayant une demande d'asile en cours sont arrivés depuis moins d'un an et 52 % depuis moins de 3 mois³⁸. Théoriquement, les demandeurs d'asile peuvent bénéficier d'une place d'hébergement en Cada ou dans une structure similaire. Dans les faits, seuls 25 % des demandeurs reçus dans les Caso sont hébergés par un organisme d'accueil, 28 % par la famille ou des proches et 40 % sont sans domicile fixe.

« Nous recevons au mois de juillet un couple avec 2 enfants de 9 et 6 ans, en procédure de demande d'asile. La mère est enceinte et la famille est à la rue. Nous intervenons auprès des services de l'État pour tenter d'obtenir un hébergement ; ces derniers nous répondent : 'Concernant votre demande de mise à l'abri de la famille X, il ne pourra pas être proposé d'hébergement. Le dispositif d'hébergement d'urgence est saturé. Dans le cas d'un risque médical avéré lié à la grossesse de Madame, il faudra orienter la famille vers un centre hospitalier...' »

[Nice, 2016]

Ces résultats soulignent encore une fois l'insuffisance du nombre de places d'hébergement pour demandeurs d'asile. **En 2015, seuls 36 % des demandeurs d'asile remplissant les conditions pour être pris en charge en Cada étaient effectivement accueillis dans ce dispositif** [Fnars 2015]. Même si les capacités d'accueil des Cada ont fortement augmenté au cours des dernières années, grâce notamment au schéma national d'accueil des demandeurs d'asile, cette évolution n'est pas à la hauteur des enjeux, aboutissant à une part importante de demandeurs d'asile à la rue et dans les dispositifs d'hébergement d'urgence, non adaptés à leur situation et déjà eux-mêmes saturés. Ces efforts restent par conséquent insuffisants pour proposer des conditions d'hébergement dignes à l'ensemble des demandeurs d'asile et désengorger de manière significative les dispositifs d'hébergement d'urgence. L'absence de solution d'hébergement dans les dispositifs dédiés les prive de l'accompagnement nécessaire à leurs démarches et à leur accès aux droits.

Les demandeurs d'asile doivent également bénéficier de l'assurance maladie et ce, sans durée préalable de séjour³⁹. Cependant, l'accès aux droits reste compliqué pour la plus grande partie d'entre eux : seuls 13 % des demandeurs d'asile ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus dans les Caso. La part des demandeurs d'asile ayant une couverture maladie s'améliore avec la durée de résidence en France mais reste encore faible : 9 % des demandeurs présents depuis moins d'un an disposent de droits ouverts contre 38 % de ceux présents depuis plus d'un an⁴⁰.

Les principaux freins à l'accès aux droits rencontrés par les demandeurs d'asile sont les obstacles administratifs liés à la complexité des démarches (29 %), la barrière linguistique (27 %), la méconnaissance des droits et des structures de soins (19 %). 18 % des demandeurs d'asile évoquent également les délais d'instruction des dossiers trop longs.

Depuis plusieurs années, la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA), collectif inter-associatif dont MdM est membre, constate « partout en France la dégradation continue des conditions d'accueil des demandeurs d'asile et de l'examen de leur demande de protection internationale. L'accès à la procédure d'asile est un vrai "parcours du combattant". L'accès aux conditions d'accueil - hébergement, allocation de survie ou couverture maladie - est marqué par l'exclusion de catégories entières de demandeurs d'asile et par la pénurie d'hébergement tant dans le dispositif spécifique "asile" que dans celui d'urgence » [CFDA 2013, Cimade 2015].

Selon la CFDA, le système de l'asile « à bout de souffle » méritait une réforme en profondeur dont l'objectif premier aurait été la protection des réfugiés pour permettre à la France de respecter ses obligations internationales et de remédier aux graves dysfonctionnements du système d'asile français. MdM demande une révision des règles européennes de l'accueil et de l'asile dans le sens d'un respect des droits fondamentaux des personnes. Le renvoi ou le blocage dans des pays tiers ne respectant pas les droits de l'homme ne peut être une politique acceptable.

MdM défend le principe de liberté pour l'exilé de demander l'asile dans l'État de son choix (cf. encart page 33).

UNE PLUS GRANDE FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Les demandeurs d'asile souffrent plus fréquemment de troubles d'ordre psychologiques par rapport aux autres adultes accueillis dans les Caso. Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des syndromes anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques, mais aussi par des syndromes dépressifs près de 2 fois plus fréquents que chez les autres adultes. Cette souffrance psychique est à relier au vécu de ces personnes dans leur pays d'origine qui a bien souvent motivé leur départ, à leur parcours migratoire ainsi qu'aux conditions de vie difficiles une fois qu'elles sont arrivées en France. Comme le souligne Chambon et al., « la procédure d'asile vulnérabilise [les personnes concernées], notamment par sa lourdeur et aussi par les conditions de vie qu'elle engendre » [Chambon 2016]. Rappelons à ce titre

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

(39) Sauf pour les demandeurs d'asile en procédure Dublin III qui ne peuvent prétendre qu'à l'AME selon la circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011.

(40) Parmi ces personnes, on compte une part importante de demandeurs d'asile qui viennent pour le renouvellement de leurs droits.

que les demandeurs d'asile sont trois fois plus nombreux que les autres consultants des Caso à avoir été exposés à des situations violentes (13 % contre 4 %⁽⁴¹⁾).

Mme B. est arrivée en France en juillet avec ses deux filles après avoir fui son pays dans lequel elle était menacée de mort. Toutes trois sont dans un état d'extrême angoisse, en particulier à l'idée de dormir dans la rue.

Elles parviennent à obtenir au bout de quelques jours un hébergement en foyer. Tout en constituant son dossier pour l'Ofpra, Mme B. multiplie les démarches pour s'insérer et ses deux filles s'intègrent dans leur nouvel environnement. Néanmoins, les symptômes d'angoisse subsistent et sont accrus lorsque la décision négative de l'Ofpra tombe, après un entretien particulièrement éprouvant pour Mme B.

[Grenoble, 2016]

Si la prévalence des troubles psycho-traumatiques chez les personnes exilées est difficile à estimer, les études s'accordent pour affirmer que la situation est alarmante : selon l'association Primo Levi « au moins 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne seraient gravement traumatisés [...] et auraient besoin d'un traitement ou d'assistance » [Agrali 2012].

Si la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés est reconnue comme une priorité, malheureusement « les politiques d'immigration et d'asile restrictives s'engagent dans une voie difficilement conciliable avec ces priorités nouvelles. La violence structurelle des politiques d'accueil accentue la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile » [D'Halluin 2009].

(41) Différence significative avec ajustement sur le sexe, l'âge et le logement ($p < 0.0001$).

LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 54 % de la file active des Caso est constituée d'étrangers en situation irrégulière.

→ Près de 20 % des étrangers en situation irrégulière sont en France depuis plus de 3 ans.

→ Plus des deux tiers sont hébergés, 17 % sont sans domicile et 9 % vivent dans un squat ou un campement.

→ Seuls 15 % des étrangers en situation irrégulière présents depuis plus de 3 mois disposent d'une couverture maladie.

Pour résider régulièrement en France tout étranger doit disposer d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs et des ressortissants de l'espace Schengen. Ces derniers peuvent séjourner librement sur le territoire français pour une durée maximale de trois mois au titre de la liberté de circulation. Au-delà de cette période, ils doivent pouvoir justifier d'une activité professionnelle ou, s'ils sont inactifs, de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie pour être autorisés à rester en France, sauf à bénéficier d'un droit au séjour à un autre titre (en qualité de membre de famille d'une personne en situation régulière par exemple) ; à défaut, ils sont considérés en situation irrégulière.

En France, bien qu'il n'existe aucune donnée fiable, le nombre de personnes en situation irrégulière est estimé entre 300 000 et 400 000 selon les sources [Triandafyllidou 2009].

En 2016, les Caso ont accueilli 9 924 étrangers en situation irrégulière au jour de leur 1^{re} visite, soit 54 % de la file active totale et 65 % des étrangers majeurs accueillis dans les Caso.

Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes, âgés en moyenne de 36,1 ans. Ils sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (43 %) ou du Maghreb (29 %) (tableau 11) et résident en France pour une majorité d'entre eux (60 %) depuis moins d'un an ; toutefois près de 22 % indiquent se trouver en France depuis plus de 3 ans.

TABLEAU 11 – 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS PARMI LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REÇUS DANS LES CASO, 2016

Nationalités	%	Nationalités	%
Algérie	14,7	Tunisie	5,5
Côte d'Ivoire	11,1	Comores	5,0
Maroc	8,2	Mali	4,6
Roumanie	7,9	Inde	4,4
Cameroun	7,3	Sénégal	3,6

Comme pour les autres consultants des Caso, les conditions de logement des étrangers en situation irrégulière sont marquées par une grande précarité : seuls 5 % disposent d'un logement personnel, 64 % sont hébergés par des proches ou des membres de la communauté, 5 % par une association ou un organisme, 9 % vivent dans un squat ou un campement et enfin 17 % sont sans domicile fixe.

Malgré l'absence de titre ou d'autorisation de séjour en France, plus d'un quart des étrangers en situation irrégulière ont une activité professionnelle, toutefois leurs niveaux de ressources restent très faibles puisque 99 % d'entre eux se situent en dessous du seuil de pauvreté et 38 % sont complètement dépourvus de ressources.

Théoriquement, au-delà de 3 mois de séjour en France⁴², ces personnes peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME). En pratique, seuls 15 % des étrangers ayant plus de 3 mois de présence disposent d'une couverture maladie lors de leur 1^{re} visite au Caso. Cette proportion atteint 23 % pour les étrangers résidant en France depuis plus d'un an, mettant en évidence les difficultés qui perdurent dans le temps pour l'obtention de ces droits.

Les obstacles à l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière sont nombreux, liés à la complexité administrative pour l'accès aux droits (36 %), à leur méconnaissance du dispositif français (26 %), ou encore aux difficultés financières (18 %) et à la barrière de la langue (17 %). L'absence de domiciliation administrative, qui concerne 33,4 % des étrangers (de 16 ans ou plus) sans titre de séjour constitue également une difficulté supplémentaire à l'ouverture des droits⁴³. Enfin, 35 % des étrangers en situation irrégulière craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements.

« Le renouvellement de l'AME de M. a été refusé sous prétexte qu'elle a déclaré avoir des droits ouverts en Algérie. « J'ai pas compris ce que m'a dit la dame de l'accueil mais j'ai pas d'assurance maladie en Algérie. Ils m'ont demandé plein de documents, à chaque fois un nouveau, la carte de séjour de mon père, la déclaration sur l'honneur de mon père, après les documents de la préfecture... Quand j'ai donné l'OQTF, ils m'ont dit de repartir en Algérie. »
[Nancy, 2016]

(42) Sous réserve de conditions de ressources inférieures à 726,92 € / mois pour une personne seule.

(43) La question de la domiciliation administrative est abordée page 65.

Face à ces constats, l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour doit être amélioré dans un objectif de santé publique. **Or les équipes de MdM constatent un manque criant d'informations ciblées pour l'accès à l'AME auprès des potentiels bénéficiaires, auxquelles s'ajoutent des pratiques de certaines caisses de sécurité sociale qui se développent en marge de la réglementation et de manière totalement hétérogène et viennent compliquer l'accès aux droits.** Les équipes de MdM constatent en particulier des demandes fréquentes de justificatifs de manière abusive. Les délais d'instruction des dossiers peuvent être particulièrement longs, ce qui pose un vrai problème d'efficacité en termes d'accès à la couverture maladie avec l'impossibilité pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite⁴⁴ ou d'un retard de procédure.

L'AME est une prestation d'aide sociale et les personnes qui en bénéficient ne sont ainsi pas assurés sociaux (ils ne peuvent disposer d'une carte vitale) compliquant encore, s'il en était besoin, leur accès aux soins. Par ailleurs, du fait de son attribution pour seulement un an, elle nécessite d'être renouvelée tous les ans, avec les obstacles afférents.

Ce dispositif d'exception que constitue l'AME lui confère une extrême précarité et l'expose à des attaques permanentes. Son budget fait l'objet d'un examen biennuel dans le cadre de Projet de loi de finances et de son révisé, donnant ainsi 2 fois par an la possibilité à ses « détracteurs » de le dénoncer et le remettre en cause.

La fusion de l'AME dans la PUMA⁴⁵, comme le recommande l'Igas dans son rapport ou encore le Défenseur des droits (DDD) et aujourd'hui le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes ou encore l'Académie nationale de médecine [Cordier 2010 ; DDD 2014, HCE 2017, Académie nationale de médecine 2017] et pour laquelle MdM milite depuis la création de la CMU, constituerait, d'une part, une mesure de santé publique majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires, et d'autre part, une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoces et donc moins coûteux. Enfin, cela constituerait une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé ainsi que des économies de gestion (cf. encart page 56).

ÉTRANGERS MALADES ET OFII QUELLES PERSPECTIVES ?

La loi relative au droit des étrangers en France, promulguée le 7 mars 2016⁴⁶ avait pour objectif d'améliorer les conditions médicales d'accès au séjour des étrangers. En effet, le texte réintroduit la notion de « condition d'accès effectif au traitement » en lieu et place de la condition⁴⁷ « d'absence du traitement approprié » dans le pays d'origine. De même, est introduit un titre de séjour avec autorisation de travail pour les deux parents ou le tuteur⁴⁸ d'un mineur étranger malade, ce qui permet une stabilité de la famille autour de l'enfant malade. Mais, malgré les alertes successives de nombreuses associations ou collectifs comme l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) dont MdM fait partie, **la mission d'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins a été confiée depuis le 1^{er} janvier 2017 aux mains de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii).**

Si le Ministère de la santé a, dans son arrêté du 5 janvier 2017⁴⁹, souhaité inscrire dans le marbre ses orientations à destination des médecins de l'Ofii, ce dernier n'a pas manqué de rappeler aux associations qu'il s'agissait bien seulement d'orientations et non d'instructions et que l'Ofii ne dépendait que du ministère de l'Intérieur. À cette occasion l'Ofii indiquait d'une part que les médecins de l'Ofii demeuraient en période transitoire en passation avec les Agences régionales de santé (ARS), qui étaient jusqu'ici en charge de ce dossier, induisant un délai pour commencer l'évaluation de leurs pratiques. Et d'autre part, que ces derniers procéderaient de façon automatique à des examens complémentaires pour les 1^{res} demandes de titres de patients porteurs du VIH et du VHC à la réception du certificat médical.

Comme ce certificat (qui vu son détail s'apparente déjà à un rapport) peut, comme le prévoit l'article R313-23 du Ceseda, être rédigé par le médecin suivant habituellement le patient ou un praticien hospitalier, de nombreuses difficultés commencent à être relevées. En effet, son format, le peu d'espace dont dispose le médecin pour détailler ses observations ou encore l'impossibilité de le signer à plusieurs praticiens (par exemple par le médecin traitant et un spécialiste) conduit à voir certains dossiers bloqués au stade de la transmission par le service médical de l'Ofii au médecin de l'Ofii qui sera en charge de la rédaction du rapport, sans pour autant que le patient ou son médecin n'en soient avertis.

C'est pourquoi MdM, aux côtés de l'ODSE sera vigilant aux pratiques médicales et administratives de l'Ofii et continuera d'alerter l'opinion publique de ces manquements et d'informer les bénéficiaires de leurs droits.

(44) Au bout de 2 mois, le silence de l'administration vaut refus implicite.

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

(46) Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France.

(47) Notion introduite par la Loi Besson en 2011.

(48) Sur la base d'une décision de justice ce qui est toutefois réducteur.

(49) Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/5/AFSP1638149A/jo>

3. ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2016

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS ACCUEILLIS EN 2016

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2016, 31 555 consultations de médecine générale et spécialisée ont été réalisées : les principales pathologies diagnostiquées sont d'ordre digestif, respiratoire et ostéo-articulaire.
- 6 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique.
- Un retard de recours aux soins est constaté dans près de 47 % des consultations.

En 2016, les médecins des Caso ont réalisé 31 555 consultations de médecine générale ou spécialisée pour 18 201 patients différents. Dans 77 % des consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué par les médecins, dans 14 % des cas deux problèmes de santé ont été identifiés et dans 3 % des consultations trois diagnostics ont été posés.

Les problèmes de santé⁵⁰ les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif (24 %), respiratoires (23 %) et ostéo-articulaires (20 %) ; suivis des problèmes dermatologiques (16 %), cardiovasculaires (10 %) et psychologiques (9 %) (tableau 13). Les troubles psychologiques font l'objet d'un chapitre spécifique page 47.

Une étude comparative entre les patients de médecine générale de ville et les consultants des Caso indique que chez ces derniers les infections sont plus fréquemment diagnostiquées, notamment les infections aiguës hivernales et les hépatites virales (cf. encart). La fréquence des problèmes digestifs, cutanés et respiratoires est également plus élevée parmi les consultants des Caso [Huaume 2017]. L'absence ou les mauvaises conditions de logement (promiscuité, insalubrité, absence de chauffage, humidité) et les difficultés d'accès à une alimentation quantitativement et qualitativement suffisante les rendent d'autant plus vulnérables à ces pathologies [Kentikelenis 2015, Huaume 2017].

Au total, près de six patients sur dix souffrent d'une pathologie chronique⁵¹ (tableau 12) selon le diagnostic des médecins. L'étude précitée a mis en évidence une fréquence plus importante des pathologies chroniques chez les consultants des Caso âgés de 15 à 44 ans par rapport aux patients de médecine générale [Huaume 2017]. Ce résultat est vraisemblablement lié à l'apparition plus précoce des pathologies chroniques chez les migrants, du fait de leur parcours de migration et de la précarité de leurs conditions de vie dans le pays d'accueil [Kaoutar 1990].

**TABEAU 12 - NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES
CHEZ LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2016**

	% ¹	n
Pathologie chronique	55,6	6 008
Pathologie aiguë	55,4	5 987
Indéterminée	7,3	792

Taux de réponse : 80,1 %

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

(50) Les pathologies sont codées à l'aide de la classification internationale des soins de santé primaire (CISP) (cf. annexe 1).

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

Enfin, 80 % des patients reçus en consultation nécessitent un suivi et/ou un traitement, ce qui pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, la moitié n'avait réalisé aucun suivi médical avant la première visite au Caso. Cette fréquence atteint un tiers parmi les personnes souffrant d'une pathologie chronique.

Pour près de 47 % des patients, les médecins estiment qu'il y a un retard de recours aux soins et 38 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente. Le retard de recours aux soins atteint jusqu'à 60 % pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique. Un chapitre spécifique est consacré au renoncement et au retard aux soins page 63.

UNE MÉDECINE ESSENTIELLEMENT SYMPTOMATIQUE DANS LES CASO

Une étude comparative des motifs de consultations entre les patients de médecine générale de ville et ceux des Caso indique une fréquence plus importante des symptômes et des plaintes parmi les problèmes rencontrés par les médecins des Caso ainsi qu'une plus grande proportion de consultations aboutissant à un traitement médicamenteux. Cette même étude met en évidence une prédominance des situations de prévention⁵² en médecine générale de ville [Letrilliart 2014]. Celles-ci constituent le résultat de consultation le plus fréquent, alors qu'elles restent plus rares dans les consultations médicales des Caso menées auprès des migrants [Huaume 2017].

Il convient de noter que les consultations médicales dispensées auprès du public des Caso sont des consultations particulièrement longues, dans la mesure où les patients sont pour la plupart nouveaux, l'anamnèse et les antécédents sont à rechercher, les conditions sociales et de vie à étudier au regard de la pathologie et de la prise en charge, l'utilisation d'interprète lorsque cela est nécessaire demande également davantage de temps. De ce fait les médecins focalisent davantage leur consultation sur le besoin de soins exprimé par les patients et auront tendance à orienter les personnes vers les structures de droit commun œuvrant dans le domaine de la prévention en cas de besoin.

Il est reconnu par ailleurs que les difficultés de communication, d'origine linguistique et culturelle, peuvent constituer un obstacle à une consultation approfondie, prenant en compte les besoins de santé au-delà des demandes les plus urgentes [Pascal 2006].

Ces observations faites de longue date dans les Caso et aujourd'hui corroborées par cette étude ont incité les équipes de MdM à développer et proposer depuis 10 ans maintenant des consultations spécifiques de prévention individuelles et/ou collectives détachées des consultations médicales. En 2016, 11 Caso proposent des activités de prévention. Celles-ci sont menées par des infirmiers ou équipes de prévention formées à cette fin et abordent les thématiques essentiellement de la santé sexuelle et reproductive (IST, cancer du col, grossesse, etc.) et des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites et autres IST), le suivi des vaccinations et la tuberculose⁵³.

(52) Situations où le patient ne présente pas de pathologie prise en charge mais où le médecin met en place une démarche de prévention.

(53) Un chapitre est consacré à ces actions de prévention page 68.

TABLEAU 13 : FRÉQUENCES DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS, 2016

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	n
Système digestif	24,0	3 242
Symptômes et plaintes du système digestif	14,2	1 916
Affections dents-gencives	4,5	602
Autres diagnostics du système digestif	4,0	539
Hépatite virale	1,7	234
Infections gastro-intestinales	1,3	176
Pathologies ulcéreuses	0,3	36
Respiratoire	23,1	3 113
Infections respiratoires supérieures	8,6	1 156
Infections respiratoires inférieures	4,8	653
Toux	3,3	451
Autres diagnostics du système respiratoire	3,3	448
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,2	292
Asthme	2,0	274
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,4	184
Ostéoarticulaire	20,2	2 725
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,6	1 030
Symptômes et plaintes du rachis	4,9	657
Syndromes dorsolombaires	4,5	613
Autres diagnostics locomoteurs	4,3	585
Peau	15,6	2 104
Parasitoses/ Candidoses	4,2	572
Symptômes et plaintes cutanés	3,4	461
Autres pathologies cutanées	2,8	380
Dermatites atopiques et contact	2,0	267
Éruptions cutanées/ Tuméfactions	1,9	262
Infections cutanées	1,9	261
Cardiovasculaire	10,1	1 364
Hypertension artérielle	6,7	901
Pathologies vasculaires	1,3	174
Cardiopathies, troubles du rythme	1,2	162
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,0	135
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,6	75
Général et non spécifié ⁽¹⁾	9,7	1 313
Symptômes et plaintes généraux	5,7	774
Diagnostics non classés ailleurs	1,6	212
Tuberculoses	0,2	24
Psychologique	9,2	1 238
Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques	7,0	942
Syndromes dépressifs	1,5	199
Autres problèmes psychologiques	0,6	86
Psychoses	0,4	47
Usage de substances psychoactives (alcool)	0,2	31
Usage de substances psychoactives (drogues)	0,1	13
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,1	10
Métabolisme, nutrition, endocrinien	6,5	873
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	4,3	582
Autres diagnostics métaboliques	1,4	184
Excès pondéral-Obésité	0,7	97
Symptômes et plaintes métaboliques	0,5	63

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	n
Neurologique	5,9	800
Symptômes et plaintes neurologiques	2,8	371
Autres diagnostics neurologiques	2,7	363
Épilepsie	0,6	80
Système génital féminin	4,2	563
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,5	204
Troubles des règles	1,1	143
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	0,9	115
Autres diagnostics du système génital féminin	0,7	97
Œil	4,1	550
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,7	232
Infections de l'œil	1,6	222
Autres diagnostics du système oculaire	0,6	78
Lunettes-lentilles	0,1	13
Système urinaire	3,7	496
Symptômes et plaintes urinaires	1,7	233
Infections urinaires/ rénales	1,6	220
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,4	57
Oreille	3,4	457
Infections du système auditif	1,9	262
Symptômes et plaintes du système auditif	1,1	147
Autres diagnostics du système auditif	0,5	65
Grossesse, accouchement	3,3	442
Grossesses et couches non pathologiques	2,2	294
Symptômes et plaintes liée à la grossesse, accouchement	0,6	82
Contraception	0,2	24
Grossesses et couches pathologiques	0,2	20
Système génital masculin	2,1	281
Symptômes et plaintes du système génital masculin	1,2	161
Autres diagnostics du système génital masculin	0,6	86
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,3	34
Sang, système hémato/immunologique	1,7	224
Anémies	0,6	76
VIH	0,5	71
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,2	30
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,2	25
Catégories transversales	5,1	683
Traumatismes	2,9	388
Maladies infectieuses non classées ailleurs	1,7	223
Peurs de/ Préoccupations	1,3	178
Cancers	0,6	75

Taux de réponse : 83,2 %.

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

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

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

UN ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE TRÈS DÉGRADÉ

Les personnes rencontrées dans les Caso souffrant de problèmes buccodentaires sont la plupart du temps orientées vers les urgences hospitalières ou les Pass dentaires, lorsqu'elles existent. Certains Caso⁵⁴ proposent toutefois des consultations dentaires dans leurs locaux. Ces derniers ont réalisé 2 277 consultations dentaires en 2016 pour 1 136 patients différents, soit en moyenne 2.0 consultations dentaires par personne. Ces consultations sont l'occasion de réaliser un bilan de l'état bucco-dentaire des patients et notamment le bilan des dents cariées, absentes et obturées pour le calcul de l'indice CAO⁵⁵. Celui-ci a été calculé pour 192 personnes de 12 ans ou plus (soit près d'un patient sur 5 vu en consultation dentaire). Les patients présentent en moyenne 4,6 dents cariées et 4,8 dents absentes, révélant un état de santé buccodentaire très dégradé. À ce titre, l'étude de MdM menée en 2015 auprès des publics précaires d'Angoulême⁵⁶ présente des résultats similaires avec près d'un quart de la population enquêtée qui présente au moins 4 dents absentes [MdM 2016(a)]. Ces nombres sont bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française [HAS 2010] et posent la question du recours aux soins pour une population la plupart du temps sans couverture maladie ou sans complémentaire santé. Par ailleurs, les résultats d'une enquête menée en 2013 auprès des personnes en situation de grande précarité accueillies dans les Caso indiquent que les conditions de logement sont significativement associées à l'état de santé buccodentaire : en effet, les personnes à la rue, en campement ou en squat ont significativement plus de dents absentes que les personnes hébergées durablement [MdM 2014].

« J'ai poussé ma fille à aller vers vous parce que ça fait 3 ans qu'elle ne sourit plus à cause de ses dents, mais elle a trop peur et puis c'est mal remboursé... »

[Les Combrailles, 2016]

Ces différences sociales, retrouvées par ailleurs dans des études scientifiques [Azoguy-Levy 2012], s'expliquent en partie par des différences d'exposition aux facteurs de risque (notamment mauvaise hygiène dentaire, alimentation inadéquate, addictions, etc.) mais aussi par des disparités d'accès aux soins. Face à des remboursements très partiels voire inexistants et en particulier en l'absence de couverture maladie, les dépenses consacrées aux soins dentaires passent bien souvent au second plan et entrent en compétition avec d'autres priorités budgétaires (alimentation, logement...). Rappelons que « [...] les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition » [Rilliard 2012]. Le recours aux soins dentaires devient alors motivé uniquement par la douleur et devient dans la plupart des cas urgent.

Il est reconnu qu'à long terme l'absence de consultation dentaire et la mauvaise santé buccodentaire qui en découle peuvent avoir des répercussions graves sur l'état de santé générale physique et psychologique des personnes [Teissier 2012]. À ce titre, l'enquête auprès des publics précaires d'Angoulême révèle que pour plus de 40 % des personnes l'absence de dents affecte leurs relations sociales ; 56,7 % se sont déclarés parfois à très souvent préoccupés ou inquiets au cours des 3 derniers mois, 54 % gênés ou mal à l'aise en raison de problèmes dentaires. Enfin, plus d'un tiers a déclaré parfois à très souvent limiter la quantité d'aliments mangés en raison de problèmes dentaires [MdM 2016(a)].

Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé en soins et en actions de prévention dans les populations en situation de précarité. Il est ainsi indispensable que la prévention des pathologies buccodentaires soit intégrée dans une approche de prévention et d'accès aux droits et aux soins globale. Pour cela un meilleur remboursement des soins dentaires est indispensable, et le dispositif des Pass dentaires, entre autres, doit être renforcé.

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

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

(56) Etude menée auprès de 241 personnes ayant fréquenté des lieux accueillants des personnes en situation de précarité (Aspros, Baobab, Eclaircie, MdM, Epicerie sociale, CCAS, Secours populaire...).

L'ACCÈS À L'ÉQUIPEMENT EN OPTIQUE PARTICULIÈREMENT DIFFICILE POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

En 2016, MdM a réalisé 978 consultations d'ophtalmologie ou d'optique pour 877 patients. À cette occasion, 450 patients ont pu bénéficier d'un équipement gratuit et approprié à leurs besoins grâce à un partenariat⁽⁵⁷⁾ avec la Fondation d'Entreprise Optic 2000.

Dans ces Caso les patients peuvent bénéficier d'une consultation et obtenir l'équipement nécessaire. Il arrive toutefois fréquemment que des patients, disposant d'une prescription établie à l'extérieur, consultent le Caso afin de pouvoir bénéficier des équipements d'optique gratuitement. C'est le cas des bénéficiaires de l'AME pour qui la consultation chez l'ophtalmologiste est prise en charge mais l'appareillage (optique, auditif ou dentaire) n'est malheureusement pas compris dans le panier de soins. Lors du 1^{er} rendez-vous les lunettes sont choisies parmi une proposition de montures et sont commandées avec les verres adaptées. Un second rendez-vous est donné pour la livraison et le réglage de l'équipement. Ce partenariat est d'une importance capitale, puisque l'achat de lunettes (et parfois 2 paires, selon les types de corrections) représente un budget conséquent pour les personnes en situation de précarité accueillies dans les Caso. Nous comptons parmi ces bénéficiaires des enfants scolarisés pour qui la possession de lunettes est primordiale dans le cadre de leur apprentissage scolaire.

« A, 9 ans, va à l'école mais elle a du mal à suivre, elle se plaint souvent de ses yeux. Sa maman l'emmène à l'hôpital, on lui diagnostique une myopie sévère à -13,5 pour l'œil droit et -10 pour l'œil gauche. Toute la famille est bénéficiaire de l'AME mais cela ne couvre pas les frais des lunettes dont le devis le moins cher est à 338 €, une fortune pour cette famille qui vit dans un squat. A. reste sans lunettes pendant de longues semaines jusqu'à ce que l'assistante scolaire contacte MdM pour savoir quelle solution peut être envisagée. Nous recevons A. qui choisit de belles montures roses »

[Grenoble, 2016]

(57) Ce partenariat était effectif en 2016 dans les Caso de Bordeaux, Grenoble, Paris et Marseille.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 12 % des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception lors de leur visite au Caso.

→ Parmi les femmes enceintes, seules 40 % ont eu accès à des soins prénataux au cours de la grossesse et 45 % présentaient un retard de suivi de grossesse selon les médecins.

→ 24 % des femmes enceintes étaient sans domicile fixe et seules 5 % avaient des droits à la couverture maladie ouverts lors de leur première visite en Caso.

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

En 2016, 5 345 femmes de 15 ans et plus ont été reçues en consultation médicale généraliste et 413 en consultation gynécologique. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique. **Ainsi, seules 29 % des femmes de 25 à 65 ans ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie**, soit trois fois moins qu'en population générale française. Ce pourcentage n'est que de 19 % parmi les femmes d'origine étrangère reçues dans les Caso. Rappelons que le cancer du col est celui pour lequel la corrélation avec les inégalités sociales est la plus forte [Inca 2016, Bryere 2017]. Tous les ans, plus de 1 100 femmes décèdent de ce cancer en France [Binder-Foucard 2013], sachant qu'il a été démontré l'impact du niveau socio-économique sur la mortalité. De même les disparités sociales en matière de prévention sont réelles et les obstacles au dépistage nombreux pour les personnes en situation de précarité [HCSP 2016]. Les études en population générale ont mis en avant une association entre les facteurs socio-économiques telles que faible revenu, absence de couverture santé et/ou vivre dans un environnement défavorisé et l'absence de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : selon Grillo et al., parmi les facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du col chez les femmes de 18 à 66 ans figuraient notamment la nationalité étrangère, l'absence de couverture sociale et le fait de résider dans un quartier défavorisé [Grillo 2012].

Le principal frein au dépistage du cancer du col utérin identifié chez les femmes migrantes est la barrière de la langue,

puis les freins d'ordre culturel ou religieux (en particulier la pudeur, notamment face aux examens médicaux), ainsi que des difficultés d'accès aux droits et au système de santé et de soins [INCA 2016].

Le déficit en matière de prévention et de dépistage peut générer un retard de prise en charge en cas de lésion, des traitements plus lourds et un pronostic moins bon.

Seules 12 % des femmes en âge de procréer ont indiqué utiliser une contraception, soit 5 fois moins qu'en population générale [Bajos 2012]. Ce résultat met en évidence la persistance de disparités sociales d'accès à la contraception, qui ont été largement documentées par ailleurs. En effet, les études montrent que l'absence de contraception se retrouve plus fréquemment chez les femmes ayant des difficultés financières, étant peu ou pas diplômées ou vivant en milieu rural [Bajos 2012] et constitue un des principaux motifs du recours à l'IVG [Chappuis 2014]. À ce titre, l'IVG est en théorie accessible en ville et à l'hôpital aux personnes avec ou sans droit⁵⁸. L'arrêté rendant la prise en charge à 100 % de l'ensemble du parcours IVG⁵⁹ a été publié le 26 février 2016 au Journal officiel. Dans la réalité il n'est pas rare que les femmes en situation de grande précarité rencontrent des obstacles à l'accès à l'IVG, comme en témoigne ce travailleur social :

« Mme M., Française originaire des Comores est rentrée en France en mars 2016. Elle se rend au Caso au mois de novembre car elle est enceinte et ne souhaite pas mener à terme cette grossesse. Pour faire pratiquer son IVG, elle s'est rendue à l'hôpital. Le bureau des entrées a exigé un chèque de caution avant tout acte chirurgical »
[Nice, 2016]

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

En ce sens, la stratégie en santé sexuelle 2017-2030 pose un cadre favorable à la promotion de la santé sexuelle, en proposant de renforcer l'offre, simplifier les parcours, promouvoir le choix d'une contraception appropriée, adapter des dispositifs aux populations spécifiques. Les actions qui en découleront et mesures qui pourront être mises en place devront s'attacher à lever les barrières existantes notamment

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

(59) Soit outre l'acte en lui-même déjà intégralement remboursé depuis 2013 les consultations, les examens de biologie médicale et les échographies pré et post IVG.

en matière de respect des droits des personnes (accès effectifs, connaissance des dispositifs), de stigmatisation, de libre choix, d’interprétariat, d’information et de dispositifs de proximité (pérennisation et renforcement des structures de prévention PMI / planning familial / Cegidd...). MdM suivra attentivement la mise en œuvre de cette stratégie et les moyens qui lui seront alloués.

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

Les ¾ des femmes de 15 ans ou plus ont indiqué avoir déjà été enceintes. La première grossesse a lieu sensiblement plus tôt (21,4 ans) qu’en population générale, estimé à 28 ans [Davie 2012].

En 2016, 12 % des femmes de 11-49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Il s’agissait d’une première grossesse pour 32 % des femmes. Les conditions de logement de ces femmes paraissent particulièrement difficiles dans la mesure où seules 11 % disposent d’un logement personnel, 24 % sont à la rue, 6 % vivent dans un squat ou un campement et 59 % sont hébergées par une association ou des connaissances, ce qui, dans ce dernier cas, n’est pas toujours une source de stabilité, voire peut exposer à certains risques supplémentaires (abus, redevabilité...). Enfin, la moitié d’entre elles sont seules et 52 % en situation irrégulière au regard du séjour en France. **Seules 5,3 % des femmes enceintes vues en consultation médicale disposent de droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur 1^{re} visite au Caso.**

La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. En effet, **45,5 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse**⁽⁶⁰⁾. Seulement 40 % ont eu accès à des soins prénataux au cours de la grossesse (tableau 14) alors même que 14 %⁽⁶¹⁾ des femmes enceintes présentaient des antécédents de grossesses pathologiques. Au total, près de trois femmes enceintes sur cinq (59 %) nécessitaient selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente soit du fait d’une urgence obstétricale avérée ou potentielle du fait d’un retard ou d’une absence de suivi de grossesse. Ces résultats démontrés par ailleurs [Azria 2015] mettent en évidence un défaut de surveillance prénatale parmi les femmes en situation précaire et par conséquent des risques plus importants d’hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou de mise au monde d’enfants de petit poids. Rappelons également que les risques de décès maternels sont 2 fois plus importants pour les femmes étrangères par rapport aux femmes françaises, principalement du fait de l’absence de soins adaptés au cours de la grossesse [Saurel-Cubizolles 2012].

« J’habitais chez une cousine de ma mère depuis mon arrivée en France il y a un peu plus de 2 ans. Je suis tombée enceinte mais je ne l’ai su qu’au bout de 6 mois... Ma cousine m’a dit qu’elle ne voulait pas m’héberger avec un enfant et m’a mise à la rue. Ça fait maintenant un mois que je dors dehors, le plus souvent dans des escaliers d’immeubles... »

[Saint-Denis, 2016]

TABLEAU 14 - SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES ENCEINTES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE OU GYNÉCOLOGIQUE DANS LES CASO, 2016

	%	n
Accès aux soins prénataux	36,8	135
Retard de suivi de grossesse	45,5	161
Demande d’IVG	8,9	31

Taux de réponse : Accès aux soins : 70,6 % ; Retard de suivi : 68,1 % ; Demande IVG : 66,7 % ; Antécédents : 27,7 %.

Ces résultats mettent en évidence le poids des inégalités sociales dans l’accès à la prévention des grossesses non désirées, aux soins en général et plus spécifiquement en termes de suivi de grossesse avec de lourdes conséquences tant sur la santé de la mère que de l’enfant. Pourtant, la période de la grossesse constitue pour les femmes en situation de grande précarité et leurs enfants à naître une période de vulnérabilité accrue et devrait donc être plutôt une opportunité à saisir.

(60) On considère qu’il y a un retard lorsqu’il n’y a pas eu de consultation de suivi de grossesse après 12 semaines d’aménorrhée.
(61) Ce résultat ne concerne que les femmes enceintes vues en consultation gynécologiques (taux de réponse : 78,3%).

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION DU CANCER DU COL CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : L'EXPÉRIENCE DE MDM

En France, le cancer du col de l'utérus se situe à la 11^e place en terme d'incidence avec chaque année environ 3 000 nouveaux cas estimés et 1 100 décès par cancer [Bourdillon 2017]. Si le dépistage par frottis cervico-utérin a entraîné une réduction importante de l'incidence et de la mortalité associée, il persiste cependant des barrières importantes au dépistage, puisqu'on estime que plus de 40 % des femmes n'ont pas réalisé de frottis dans les 3 ans, selon les recommandations en vigueur [Beltzer 2017]. Le moindre recours au dépistage, voire l'absence de dépistage, est particulièrement fréquent pour les femmes cumulant facteurs économiques et sociaux défavorables [Barré 2017, Beltzer 2017]. En particulier le fait d'être une femme d'origine étrangère constitue un facteur important de non-recours au dépistage du cancer du col dans le pays d'accueil selon la récente étude de Barré et al., principalement en raison de difficultés d'accès aux droits, du manque d'informations sur le système de santé, des barrières culturelles ou linguistiques [Barré 2017].

L'organisation d'un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus est une priorité du plan cancer 2014-2019 et un élément de réponse pour faciliter l'accès au dépistage des femmes dont les populations vulnérables.

Il reste néanmoins nécessaire, comme le conseillait l'Inca dans son récent rapport [Inca 2016], de proposer également des actions spécifiques aux populations particulièrement vulnérables et les plus éloignées du système de santé en unité mobile ou accompagnement ciblé.

Afin d'améliorer l'accès à la prévention du cancer du col chez ces femmes en situation de précarité, MdM a mis en place une recherche opérationnelle pour évaluer l'impact de la proposition d'une consultation de prévention associée à un auto-prélèvement vaginal HPV sur le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation des femmes au dépistage du cancer du col [Haguenoer 2017]. Toutes les femmes éligibles rencontrées dans certains programmes de MdM peuvent bénéficier d'une consultation de prévention en santé sexuelle et plus spécifiquement sur la prévention du cancer du col. Cette consultation de prévention propose d'apporter aux femmes des connaissances sur leur anatomie, échanger autour de leur vécu, leur prise en charge passée, répondre à leurs questions et donner des informations compréhensibles, autant d'étapes essentielles à la possibilité de réappropriation de leur corps et de la facilitation de l'accès au dépistage. Elle est réalisée par une équipe formée, disposant d'outils de prévention adaptés et pouvant avoir recours à de l'interprétariat professionnel. Les femmes se voient ensuite proposer, de manière aléatoire, soit une orientation vers le frottis cervico-utérin soit un auto-prélèvement vaginal⁶².

Le projet a débuté en janvier 2017 pour une période de 14 mois.

(62) Dans le cadre de cette étude, l'auto-prélèvement est systématiquement suivi d'une proposition de frottis cervico-utérin, examen de référence en France.

LES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS DES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, un trouble d'ordre psychologique a été repéré pour 9 % des patients. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux ou dépressifs.

→ Le fait d'être étranger, demandeur d'asile, sans domicile fixe ou encore de vivre seul est associé à une prévalence plus élevée de troubles d'ordre psychologique.

En 2016, des troubles d'ordre psychologique ont été diagnostiqués chez 9 % des patients reçus en consultation. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs (tableau 15).

Ces prévalences doivent être considérées avec précaution dans la mesure où les troubles psychologiques ne sont généralement pas les motifs principaux de consultation et ne sont que rarement exprimés. Lors de la consultation, les troubles psychologiques ne sont pas non plus systématiquement recherchés sachant de plus que les médecins ne rencontrent bien souvent le patient qu'une seule fois. Ainsi il est fort probable que ces troubles soient largement sous-évalués dans la mesure où, d'une part, les migrants sont confrontés à des barrières culturelles et linguistiques pouvant compliquer les échanges, et d'autre part, leur niveau de résilience est particulièrement élevé, ne laissant pas deviner la souffrance sous-jacente et rendant le diagnostic de tels troubles difficile.

Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi 62 % des personnes pour lesquels un trouble d'ordre psychologique a été diagnostiqué présentent par ailleurs au moins une autre pathologie. Les principales pathologies associées sont les pathologies digestives et respiratoires, dont on connaît l'origine très fréquemment psychosomatique, et les pathologies ostéo-articulaires qui elles peuvent être mise en lien avec les conditions de vie, parcours migratoire, long séjour à la rue, séquelles de tortures, etc.

TABEAU 15 – FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2016

	%	n
Troubles psychologiques et psychiatriques	9,2	1 238
Dont		
- Syndromes dépressifs	7,0	942
- Angoisse, stress, troubles psychosomatiques	1,5	199
- Autres problèmes psychologiques	0,6	86
- Psychoses	0,4	47
- Usage abusif de substances psychoactives	0,4	50

Taux de réponse : 83,2 %.

Chez les ressortissants étrangers, les facteurs les plus fortement associés à la présence de troubles d'ordre psychologique demeurent le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence, le fait de vivre à la rue, d'être seul et d'avoir une demande d'asile en cours (tableau 16). Les ressortissants étrangers présentent souvent des parcours de vie difficiles. Aux traumatismes et violences subies dans leur pays viennent s'ajouter celles subies lors du parcours migratoire, la perte des liens avec les proches y compris les enfants, les pressions policières, des passeurs... Et une fois dans le pays d'accueil, la précarité administrative, des conditions de vies et les incertitudes liées à l'avenir.

« S. est un homme d'origine camerounaise qui a pris le chemin de l'Europe car sa vie était menacée au pays. À son arrivée en Libye, il a été attrapé et emprisonné. Il raconte des violences terribles, des tortures, des travaux forcés et un viol qu'il a subi. Il se trouve dans une grande souffrance ; il dit qu'il aurait préféré mourir dans son pays s'il avait su ce qui l'attendait en Libye. Il souffre de troubles du sommeil et de l'appétit, d'une dépression profonde, d'un sentiment de honte et vit dans une anxiété permanente. »

[Saint-Denis, 2016]

« T. est ivoirienne. Elle a 31 ans et est arrivée en France le 15 mars 2017. Elle a fui la Côte d'Ivoire pour éviter à ses 2 filles de 4 et 5 ans de subir une excision. Leur trajet les a menées en Libye, où elle a été violée. [...] Elles ont fini par embarquer à bord d'un bateau pour rejoindre l'Italie. Au cours de la traversée ses deux filles se sont noyées sous ses yeux. Elle souffre aujourd'hui d'un état dépressif profond. »

[Saint-Denis, 2016]

Enfin, la prévalence des troubles psychologiques augmente avec la durée de résidence en France. Ces résultats mettent en évidence que les conditions de vie et d'accueil, la complexité des démarches pour l'accès aux droits et aux soins peu facilitantes et les prises en charge non adaptées des patients affectés conduisent à la décompensation et/ou la persistance des problèmes de santé mentale. Rappelons

que pour beaucoup de migrants l'arrivée en France est un moment d'incertitude et d'insécurité qui peut durer de nombreuses années. Une étude réalisée auprès des migrants d'Afrique subsaharienne révèle que plus de la moitié des personnes interrogées n'ont accédé à un premier titre de séjour d'au moins un an qu'au bout de 3 ans en France et l'accès au logement personnel n'est possible qu'après 2 années pour la moitié d'entre eux [Gosselin 2016]. Au total, 6 ans après l'arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas les trois éléments de sécurité que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel et un travail. Ces résultats expliquent l'augmentation de la prévalence des troubles de santé chez les ressortissants étrangers et démontrent « le rôle psycho-traumatique des conditions d'adversité sociale rencontrées dans les pays d'accueil » par les migrants [Aragona 2012].

Enfin il convient de souligner que davantage de troubles psychologiques ont été diagnostiqués chez les mineurs non accompagnés⁶³ par rapport aux autres mineurs (11 % versus 2 %).

S'il existe dans le droit commun une offre diversifiée pour les personnes souffrant de troubles d'ordre psychologique (en ambulatoire, en hébergement, en hospitalisation, en action mobile), l'insuffisance générale de ces structures et l'offre en consultations disponibles allongent les délais de rendez-vous. Par ailleurs la prise en charge des patients allophones reste fortement problématique. La question de l'interculturalité dans le dépistage, l'identification des troubles ou le traitement des patients est rarement prise en compte et le recours à l'interprétariat encore rare, alors même que les interprètes professionnels demeurent la seule et la plus importante ressource pour assurer l'accès à des soins de santé mentale de qualité [Feldman 2006]. À ce titre, Chambon et al. rappellent que « le droit à comprendre et à se faire comprendre dans sa langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire » [Chambon 2016] alors même que nombre de soignants font rarement, voire jamais, appel à un interprète.

« J'ai un docteur mais quand j'essaye de lui expliquer quelque chose, il ne comprend pas, il me donne des dolipranes et c'est tout. Ça dure 5 minutes et au revoir. »

[Nancy, 2016]

Enfin, les délais importants pour obtenir une couverture maladie impliquent des retards et/ou des ruptures de traitements ou de prise en charge parfois très longs, d'où l'importance de faciliter l'accès aux droits pour ces populations vulnérables.

Il convient de développer pour les populations confrontées à de multiples vulnérabilités en santé des lieux identifiés, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie pour une meilleure prise en charge.

Pour cela les différents dispositifs existants (Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico-psychologique (CMP), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte soins santé (LHSS)...) doivent être renforcés et leur offre de soin doit être adaptée aux populations précaires et migrantes, avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel. De nouveaux lieux sont également à développer comme par exemple des consultations transculturelles.

TABLEAU 16 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÉTRANGERS ADULTES ACCUEILLIS DANS LES CASO, 2016

	%	n	OR
Ensemble des patients	10,0	921	
Sexe			
- Homme	10,4	595	réf
- Femme	9,3	326	1,0 ^{ns}
Âge			
- 18-39 ans	11,3	673	réf
- 40-59 ans	8,6	212	0,8*
- 60 ans et plus	4,6	36	0,5***
En couple			
- Oui	7,9	163	réf
- Non	10,6	758	1,3*
Logement			
- Personnel	9,4	43	1,3 ^{ns}
- Hébergé	8,7	530	réf
- Squat, campement	7,2	48	0,8 ^{ns}
- Sans domicile fixe	15,2	300	1,5***
Durée de résidence en France			
< 1 an	9,9	653	réf
De 1 à 3 ans	10,8	136	1,2*
3 ans et plus	10,0	132	1,3*
Demande d'asile en cours			
- Non	8,6	626	réf
- Oui	15,4	295	1,4***
Victime de violences			
- Non	8,3	703	réf
- Oui	28,9	218	3,7***

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

Modèle multivarié réalisé sur 9 200 étrangers adultes reçus en consultation médicale et ayant répondu à l'ensemble des items.

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les étrangers majeurs victimes de violences ont 3,7 fois plus de risque de présenter des troubles mentaux par rapport aux autres adultes étrangers (p<0,1% et OR=3,7).

(63) Un chapitre spécifique sur les mineurs non accompagnés est disponible page 28.

LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION

LES POINTS ESSENTIELS

→ La couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso est faible avec des taux qui varient de 28 à 50 % chez les plus de 15 ans et de 60 à 80 % parmi les moins de 15 ans.

→ Les taux de vaccination sont plus faibles chez les patients étrangers.

→ Les personnes en situation de logement les plus précaires présentent des niveaux de vaccination plus faibles.

D'une manière générale, les taux de couverture vaccinale des personnes reçues dans les Caso sont faibles. Parmi les personnes de plus de 15 ans, moins d'une sur deux est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG (tableau 17) et moins d'une sur trois est à jour pour le ROR, la coqueluche et l'hépatite B. Pour les enfants de moins de 15 ans, la couverture vaccinale est un peu meilleure, même si elle reste insuffisante : huit enfants sur dix sont à jour pour le DTP, sept sur dix sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et six sur dix pour l'hépatite B.

TABLEAU 17 - VACCINATIONS « À JOUR »¹ DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO SELON LEUR ÂGE, 2016

	≤ 15 ans		> 15 ans	
	%	n	%	n
Tétanos	79,7	817	50,4	3 880
Diphtérie/ Polio	80,1	823	48,9	3 739
Coqueluche	69,3	595	30,1	1 799
BCG	72,5	663	45,9	3 064
ROR	70,9	635	33,1	2 086
Hépatite B	59,4	497	27,8	1 763

Taux de réponse : Tétanos : 53,8% ; DP : 53,4% ; Coqueluche : 42,2% ; BCG : 46,8% ; ROR : 44,4% ; Hépatite B : 44,3%.

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

Ces taux de couverture sont très en dessous de ceux retrouvés en population générale [Guthmann 2007 & 2015, Antona 2007] et bien en deçà des objectifs de santé publique qui permettrait de garantir une protection efficace à l'ensemble de la population, alors même que les enfants rencontrés sur les programmes de MdM sont ceux considérés à risque élevé de tuberculose⁶⁴ en particulier, et devraient donc faire l'objet d'une vaccination pour le BCG (cf. encart page 86). En 2016, seuls 72,5 % des jeunes de moins de 15 ans étaient vaccinés contre la tuberculose.

Selon l'analyse multiple réalisée sur les jeunes de 15 ans ou plus (tableau 18), on constate que les taux de couverture vaccinale sont fortement associés aux conditions de logement : ainsi les enfants vivant à la rue ont une probabilité plus de trois fois supérieure de ne pas être à jour de leurs vaccinations par rapport aux enfants ayant un domicile personnel. Par ailleurs, les jeunes mineurs non accompagnés présentent également une probabilité plus importante de ne pas être à jour de leurs vaccinations par rapport aux autres jeunes. Ces résultats confirment que les populations en situation de grande exclusion, plus éloignées du système de prévention, constituent une population moins protégée. Les faibles taux de couverture vaccinale dans ces populations imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. Il s'agit alors d'informer et de sensibiliser les populations cibles et de faciliter leur accès aux services publics par des démarches de médiation adaptées et des actions de proximité, vers les publics concernés (telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie). Alors que l'objectif de réduction des inégalités de santé est inscrit dans la stratégie nationale de santé, rien n'est dit dans la Loi de santé⁶⁵ adoptée en janvier 2016 sur les dispositifs de prévention pour les plus précaires. À titre d'exemple, les PMI qui ont un rôle central en matière de prévention auprès des mères et des enfants parviennent difficilement à répondre aux besoins et sont fragilisées voire menacées. Faute de moyens suffisants, plusieurs départements ont fermé des centres ou les ont réduits à de simples permanences (cf. encart page 50).

MdM milite pour un renforcement de ces structures et s'est associé au récent avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE⁶⁶) pour alerter les pouvoirs publics et demander le renforcement de ces structures de première ligne et la garantie de leur pérennité.

(64) Les enfants à risque élevé de tuberculose sont ceux résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte, ou nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ou dont l'un des parents est originaire de ces pays : Afrique, Asie, Amérique centrale et du sud, Proche et Moyen-Orient, Russie et pays de l'ex-URSS, Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie [Source : Inpes].

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

(66) http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_21_pmi.pdf

TABLEAU 18 : FACTEURS ASSOCIÉS À LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS DE MOINS DE 15 ANS CONSULTANT DANS LES CASO, 2016

	DTP - Coqueluche			BCG			ROR			Hépatite B		
	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹
15 ans et moins	77,8	600		69,7	478		68,6	458		56,5	360	
Sexe												
Garçon	75,9	324	réf	65,5	243	réf	65,1	233	réf	52,1	183	réf
Fille	80,2	276	1,2 ^{ns}	74,6	235	1,4 [*]	72,6	225	1,3 ^{ns}	61,9	177	1,3 ^{ns}
Âge												
Moins de 7 ans	82,0	350	réf	73,4	282	réf	70,4	262	réf	64,0	226	réf
7 - 10 ans	80,4	115	0,7 ^{ns}	75,6	96	0,9 ^{ns}	77,9	102	1,3 ^{ns}	63,3	76	0,9 ^{ns}
11 15 ans	67,2	135	0,5 ^{***}	57,1	100	0,5 ^{***}	57,0	94	0,6 ^{**}	35,4	58	0,3 ^{***}
Logement												
Personnel	89,9	80	réf	86,6	71	réf	89,2	74	réf	75,6	59	réf
Hébergé	85,5	296	0,7 ^{ns}	74,9	218	0,5 [*]	74,7	219	0,4 [*]	65,7	184	0,6 ^{ns}
Squat, campement	64,2	86	0,2 ^{***}	60,2	71	0,2 ^{***}	54,2	65	0,1 ^{***}	46,9	53	0,3 ^{***}
Sans domicile fixe	68,3	138	0,3 ^{**}	60,2	106	0,3 ^{***}	58,1	100	0,2 ^{***}	38,6	64	0,2 ^{***}
Nationalité												
- Français	84,2	32	réf	63,3	19	réf	68,8	22	réf	60,0	18	réf
- Étranger	77,5	568	1,0 ^{ns}	70,2	447	1,6 ^{ns}	68,6	436	1,4 ^{ns}	56,3	342	1,5 ^{ns}

(1) Odd ratio

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

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'être à jour de la vaccination contre le DTP est multipliée par 0,2 chez les jeunes sans domicile fixe (OR=0,2, p<0,001).

LES PMI : QUEL AVENIR POUR LA PROTECTION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT ?

Créées en 1945, les PMI sont placées sous l'autorité du Conseil départemental et sont chargées d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Pour assurer cette mission, les PMI proposent, entre autres, des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans et assurent la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles. En 2013, on compte plus de 5 100 points de consultations fixe en France dans lesquelles 700 000 enfants et 90 000 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une consultation [Amar 2015]. **Acteur de proximité par excellence, ce dispositif présente des fragilités et son avenir est menacé.** En outre, ces compétences n'ont cessé de s'élargir depuis la loi du 5 mars 2007 sans que les moyens humains et financiers soient toujours donnés pour les assumer [Basset 2014].

La PMI reste mal connue en particulier des populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion reçues dans les programmes de MdM. Rappelons que seules 40 % des femmes enceintes rencontrées dans les Caso ont eu accès à des soins prénataux au cours de leur grossesse et seuls un peu plus d'un quart des enfants de moins de 6 ans vus dans les Caso de France métropolitaine sont suivis par les services de la PMI. La prise en charge en PMI est plus importante à

Mayotte (80 % des enfants de moins de 6 ans suivis par MdM), du fait d'une quasi absence de médecins libéraux sur le territoire mais avec des moyens plus limités qui restreignent le suivi au minimum [Cour des comptes Mayotte 2016].

Par ailleurs, les équipes de MdM, constatent des fonctionnements très hétérogènes des PMI selon les départements, comme cela a déjà été évoqué dans un rapport de l'Igas [Igas 2006]. Parmi les dysfonctionnements constatés on peut citer, selon les territoires, un manque de personnel et des délais de rendez-vous parfois très longs, des ruptures de vaccins, et parfois un manque de volonté de prendre en charge certaines populations (migrants précaires, personnes sans domiciliation administrative...). Dans certaines PMI, les suivis de grossesse ou l'accès à la contraception ne sont pas assurés, et rares sont les PMI menant des actions hors les murs.

MdM rappelle que la PMI est un centre de premier recours qui joue un rôle primordial en matière de prévention pour les femmes et les enfants dont il convient de réaffirmer les missions, valoriser ses atouts et sécuriser son avenir, tel que l'a préconisé le Conseil économique, social et environnemental dans son dernier avis [Basset 2014].

LES STATUTS SÉROLOGIQUES, VIH, VHB, VHC DES PATIENTS ACCUEILLIS

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, seul un quart des patients connaît son statut sérologique vis-à-vis du VIH et 21 % vis-à-vis des hépatites B et C lors de la première consultation au Caso.

→ Les Français, les étrangers originaires d'Afrique subsaharienne et d'Océanie-Amérique ont une meilleure connaissance de leur statut sérologique que les autres patients étrangers.

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

Parmi les patients accueillis en consultation médicale, 56 % ont été interrogés sur la réalisation de dépistages sérologiques pour les hépatites et le VIH au cours de leur vie. Parmi eux, un sur cinq connaissait son statut sérologique pour les hépatites et 26 % pour le VIH. Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso (tableau 19).

TABLEAU 19 - CONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES (VHB, VHC, VIH) DES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2016 (% EN LIGNE)

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu ¹	21,0	1 502	21,5	1 534	26,4	1 953

Taux de réponse : 56 %.

(1) Au jour de leur première consultation médicale.

Le défaut de connaissance des statuts sérologiques est plus important parmi les ressortissants étrangers par rapport aux Français. Ainsi, seuls 28 % des adultes étrangers connaissent leurs statuts sérologiques pour le VIH contre près de 45 %

des français ; et 22 % connaissent leur statut vis-à-vis des hépatites contre plus de 40 % des Français. C'est parmi les ressortissants originaires d'Europe (hors UE), du Maghreb, du Proche et du Moyen-Orient et d'Asie que les niveaux de connaissances sont les plus faibles. Ces résultats ont déjà été mis en évidence dans des études récentes qui révèlent une moindre connaissance sur le VIH et les hépatites des populations migrantes ainsi qu'une plus faible perception des risques liés au VIH [Pauti 2016, Sahajian 2005, Lopez-Quintero 2005, Prost 2008, Carnicer-Pont 2009]. Toutefois, force est de constater que la durée de séjour en France est un élément discriminant pour l'accès au dépistage du VIH chez les ressortissants étrangers avec une augmentation significative du nombre d'étrangers connaissant leur statut sérologique au-delà d'une année passée en France (tableau 20). Les mêmes constats ont été faits pour la connaissance du statut sérologique pour le VHB et le VHC dans une étude récente [Pauti 2016].

Les femmes ont une meilleure connaissance que les hommes de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH. Ce résultat est probablement lié aux opportunités de dépistage plus nombreuses dans cette population, notamment en cas de grossesse. Cette différence n'était pas notée en ce qui concerne les hépatites B et C [Pauti 2016], suggérant un moindre dépistage des hépatites que du VIH chez les femmes, non seulement en France, mais aussi dans les pays d'origine, dans la plupart desquels il n'y a aucun programme incitant au dépistage chez la femme enceinte [WHO 2013].

Par ailleurs, la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH est plus faible parmi les patients les plus jeunes (moins de 30 ans) ainsi que chez les plus âgés (> 60 ans). Enfin, le fait de vivre à la rue, en campement illicite ou en squat est également associé de manière significative à une moindre connaissance de son statut sérologique (tableau 20).

Il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un premier obstacle au dépistage pour ces populations qui ont bien souvent d'autres priorités à gérer (trouver un logement, de quoi se nourrir, un emploi...) que leur santé [Burns 2007, Fakoya 2008, Chappuis 2015, Pauti 2016]. Ces difficultés d'accès peuvent être renforcées par des difficultés de communication et de compréhension de la langue française. Il est fort probable que dans ces conditions, l'éducation à la santé et par conséquent la prévention des infections sexuellement transmissibles soient peu abordées en consultation générale.

Ainsi, on voit bien toute la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention en direction des populations en situation de précarité et de faciliter leur accès au système de soins et de prévention. Les Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), proposés depuis 2010 dans plusieurs programmes de MdM, se révèlent un moyen efficace d'atteindre ces publics, de les informer sur leur état de santé et d'aborder la réduction des risques au travers d'entretiens de prévention.

De même, les autotests des maladies infectieuses transmissibles permettent un accès plus précoce et plus facile au dépistage. À ce titre, MdM salue les mesures prises dans le cadre de la Loi de santé adoptée en janvier 2016⁶⁷ qui visent à faciliter l'accès à ces outils de prévention.

Un chapitre spécifique est consacré aux activités de dépistage du VIH, hépatites et autres IST menées sur les programmes de MdM page 68.

TABEAU 20 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES
À LA CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH PARMIL
LES ÉTRANGERS ADULTES REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE
GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2016 (% EN LIGNE)

	%	n	OR
Ensemble des patients étrangers	28,2	1 534	
Sexe			
- Homme	26,0	893	réf
- Femme	31,8	641	1,3***
Âge			
- 18-29 ans	26,6	527	réf
- 30-39 ans	32,4	593	1,3***
- 40-59 ans	28,2	367	1,2 ^{ns}
- 60 ans et plus	14,1	47	0,5***
Logement			
- Personnel	33,0	75	réf
- Hébergé	28,8	1 053	0,8 ^{ns}
- Squat, campement	24,3	100	0,7*
- Sans domicile fixe	26,6	306	0,7*
Groupe continental			
- Union européenne (hors France)	21,9	107	réf
- Europe (hors UE)	17,2	40	0,8 ^{ns}
- Afrique subsaharienne	35,7	1 018	2,3***
- Maghreb	19,5	220	0,9 ^{ns}
- Proche et Moyen-Orient	18,8	60	0,9 ^{ns}
- Asie	18,3	69	0,8 ^{ns}
- Océanie et Amériques	39,2	20	2,3**
Durée de résidence en France			
- < 1 an	26,5	1 061	réf
- Entre 1 an et 3 ans	32,1	229	1,5***
- 3 ans et plus	33,5	244	1,8***

Modèle multivarié réalisé sur 5 276 patients majeurs d'origine étrangère ayant répondu à l'ensemble des items.

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

Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de connaître son statut VIH est multiplié par 1,3 chez les femmes par rapport aux hommes (OR = 1,3 significatif p<0,001).

4. L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

LES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2016

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 84 % des patients reçus au Caso étaient dépourvus de couverture maladie lors de leur première visite alors que 79 % pourraient théoriquement en bénéficier.

→ Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée puisque deux tiers des étrangers résidant en France depuis plus de 10 ans ne disposent pas de couverture maladie lors de leur 1^{re} visite au Caso.

54

En 2016, quatre patients sur cinq relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative, au jour de leur 1^{re} visite : 53 % relèvent de l'AME et un quart de l'assurance maladie ; moins de 2 % dépendent d'un système de protection sociale d'un autre pays européen ou d'une assurance privée souscrite lors d'une demande de visa (tableau 21). Dans les faits, seuls 16 % des personnes disposent d'une couverture maladie en France, quelle que soit leur situation administrative. Parmi eux, moins de 8 % avaient des droits ouverts pour l'AME et 6,2 % pour l'assurance maladie de base. Enfin, près de 20 % restent exclus de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de 3 mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME. L'accès aux soins pour ces populations reste alors possible par le biais des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) lorsqu'elles existent ou sont fonctionnelles (cf. encart page 62) ou via le Fonds de soins urgents et vitaux (FSUV) qui ne concerne que les « soins urgents dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. [...] Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) » qui sont dispensés dans un hôpital et dont l'appréciation de l'urgence est laissée aux seuls médecins.

Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée, dans la mesure où, parmi les étrangers résidant en France depuis plus de 10 ans, seuls 33 % disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent au Caso (figure 7).

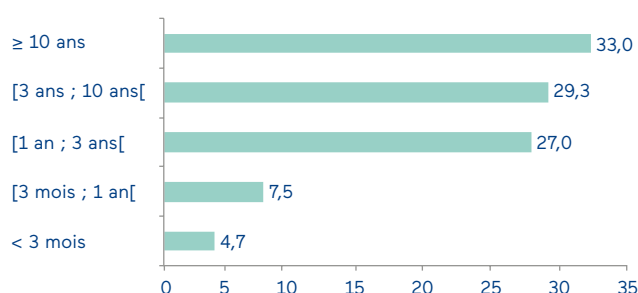
TABEAU 21 - DROITS THÉORIQUES ET EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO¹, 2016

	Droits théoriques		Droits effectifs	
	%	n	%	n
Assurance maladie	26,2	4 990	6,2	1 057
AME	52,8	10 060	7,9	1 329
Couverture de base européenne / VISA	1,6	308	1,9	320
Aucun droit à une couverture maladie	19,5	3 708	84,0	14 227

Taux de réponse : Droits théoriques : 80,0 %; Droits effectifs : 71,1 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

FIGURE 7 - PART DES ÉTRANGERS MAJEURS REÇUS DANS LES CASO DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES ET AYANT DES DROITS OUVERTS SELON LA DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE¹, 2016



(1) Situation au jour de la première visite.

Ces résultats mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés les étrangers en situation de précarité pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité, dans le temps. Ces difficultés augmentent les risques de non-recours aux droits comme le soulignait récemment le Défenseur des droits : « la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant [...] de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés » [DDD 2014]. Par ailleurs, les ruptures de droits sont fréquentes et constatées par de nombreuses associations [Comede 2014]. Pour beaucoup, elles sont liées aux difficultés rencontrées en préfecture lors des renouvellements de titres de séjour pour les étrangers.

MdM milite, aux côtés de nombreuses associations et depuis de nombreuses années pour une simplification de l'accès aux droits et regrette que la Loi de santé adoptée en janvier 2016⁶⁸ ne prévoit aucune mesure allant dans ce sens alors que de nombreux rapports et acteurs institutionnels attestent que la complexité du système est un frein majeur à l'accès aux soins [DDD 2014, CNLE 2011, Archimbaud 2013].

La fusion de l'AME dans la PUMa serait, à ce titre, une mesure de santé publique majeure qui améliorerait la prévention et la promotion de la santé. Ce serait également une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoces et donc moins coûteux, et la réduction des frais de gestion engendrés par la cohabitation de deux systèmes (cf. encart page 56).

PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE - UNE RÉFORME À DROIT CONSTANT ?

Instaurée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁶⁹, la PUMa est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 et remplace ainsi la CMU de base. Si cette réforme poursuivait des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime), elle présente des risques importants pour les étrangers en situation régulière qui risquent de voir leurs droits à l'assurance maladie souffrir de nombreuses restrictions et ruptures. Depuis novembre 2015, MdM et l'ODSE attendaient la parution des textes d'application de cette réforme définissant la durée d'ouverture des droits et la régularité du séjour. Ceux-ci ont été publiés entre février et mai 2017.

Après une longue période d'incertitude et d'intenses négociations, un arrêté interministériel signé par les ministères de la Santé et de l'Intérieur a été adopté le 10 mai 2017⁷⁰, fixant les conditions en matière de régularité du séjour pour l'accès à la couverture maladie. Même si le pire a été évité, un certain nombre de situations sont exclues de cette liste. Nous ne pouvons désormais plus parler d'une réforme à droit constant : ce texte fixe donc définitivement la liste des titres démontrant la régularité du séjour. Si l'on peut se satisfaire du fait que les Autorisations provisoires de séjour (APS) avec ou sans droit au travail figurent parmi la liste des titres ouvrant des droits à l'assurance maladie, **de nombreux reculs sont à déplorer pour plusieurs catégories d'étrangers**. La rédaction de l'alinéa 20 très attendu par les associations prête déjà à interprétation restrictive : « *À défaut, tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que la personne est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France.* » Ainsi certaines caisses n'entendent pas ouvrir de droits sur la base d'accusés de réception de demande de titre de séjour (pratiques récurrentes des préfectures) dans la mesure où ils ne comportent pas d'indication sur leur durée de validité.

De même les demandeurs d'asile, les étudiants (venus avec un visa long séjour valant titre de séjour - VLS-TS), les membres de familles (conjointes de Français, et conjoints d'étrangers dans le cadre du regroupement familial, venus aussi avec VLS-TS) devraient théoriquement être pris en charge sans condition d'ancienneté de 3 mois (art. D.160-2 CSS). Mais l'arrêté du 10 mai

2017 empêche cela en pratique. Cette exemption ne sera en effet accordée aux demandeurs d'asile que lorsqu'ils disposeront d'une attestation de demande d'asile (bloquant ainsi l'ouverture des droits de ceux qui ne parviennent pas à entrer en contact avec les plateformes et les guichets uniques) et aux étrangers qui désormais, dans le cadre d'un regroupement familial, devront préalablement effectuer des démarches OFII (retardant d'autant l'ouverture de leurs droits). En effet, l'arrêté ajoute une condition à l'ouverture des droits de ces derniers qui n'existait pas et qui retardera l'ouverture de leurs droits : ils devront avoir accompli les démarches Ofii, c'est-à-dire que l'étranger devra contacter l'Ofii à son arrivée en France, obtenir un rendez-vous et y retirer une vignette et un cachet de l'Ofii apposés dans le passeport. Enfin à propos des demandeurs d'asile, seule l'attestation de demande d'asile est acceptée. Or les personnes qui demandent l'asile sont d'abord convoquées par une plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (Pada), avec des délais de rendez-vous parfois à plusieurs semaines. Les privant ainsi pendant cette durée de la possibilité de demander une assurance maladie. Ces personnes se retrouveront dans une impasse retardant d'autant leurs accès aux soins puisqu'étant tout de même en situation régulière, ne pourront pas basculer dans le dispositif de l'AME.

Lors de la réunion du Comité d'entente santé du 26 juin 2017, le Défenseur des droits a partagé ces inquiétudes et affirmé vouloir alerter la ministre de la Santé sur ce point.

À propos de la durée, sa détermination était un enjeu central lors des négociations entre l'ODSE, le ministère de la Santé et la DSS. En effet les 1^{ers} projets de décrets présentés aux associations limitaient l'ouverture des droits à la durée de validité du titre de séjour, supprimant la durée incompressible d'un an de la CMU de base. Après de nombreuses alertes, l'ODSE a été entendu et le décret⁷¹ est venu confirmer la durée minimale d'un an après la fin de validité du titre. Ainsi pour les étrangers la PUMa est en quelque sorte garantie 12 mois après la fin de validité de leur titre de séjour.

Si les associations ont été entendues sur certains points, elles resteront néanmoins extrêmement vigilantes sur les pratiques des caisses notamment à l'ouverture et lors des contrôles et continueront de militer pour une approche moins restrictives de la condition de régularité du séjour.

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

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

(70) Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

(71) Décret n°2017-240 du 24 février 2017.

COMMENT CROIRE QU'UNE SUPPRESSION DE L'AME PERMETTRAIT DE FAIRE DES ÉCONOMIES ?

L'Aide médicale d'État (AME) est une prestation sociale entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2000 qui s'adresse aux étrangers résidant en France depuis au moins 3 mois et disposant de faibles ressources⁽⁷²⁾. Elle donne accès aux soins en ville et à l'hôpital public et privé dans le respect d'un panier de soins plus restreints que celui des assurés sociaux. Au 31 décembre 2015, 316 314 personnes étaient couvertes par l'AME⁽⁷³⁾. Les bénéficiaires sont plutôt jeunes mais leur état de santé paraît plus dégradé que celui des assurés sociaux du même âge. Pour de nombreuses raisons, une grande majorité ne recourent à une couverture maladie qu'en cas de besoin de soins.

Ce dispositif d'aide sociale est financé par l'État et son budget est examiné chaque année dans le cadre du projet de Loi des finances, indépendamment de celui de la Sécurité sociale. Après plusieurs années de stabilité de 2006 à 2011, les dépenses de l'AME ont augmenté, principalement en raison de l'accroissement du nombre de bénéficiaires. **Mais le coût de ce dispositif, qualifié par ses détracteurs de « gouffre financier », reste extrêmement marginal par rapport aux dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale.** En 2014, 723 millions d'euros ont été dépensés pour l'AME de droit commun, soit moins de 0,5 % des dépenses d'assurance maladie. Par ailleurs, contrairement à ce qui est régulièrement affirmé, la gestion de l'AME est rigoureuse et limite la possibilité de fraudes, comme le rappellent régulièrement les rapports Igas-IGF [Igas/IGF 2007 2010]. Selon le dernier rapport parlementaire, la fraude à l'AME est au plus « rare », « ponctuelle » et les montants peu élevés [Goasguen 2015].

À l'heure actuelle, les démarches pour obtenir l'AME sont bien souvent ignorées des bénéficiaires et rendues complexes par les demandes abusives de pièces justificatives, favorisant un retard, parfois un renoncement, d'accès aux droits et des ruptures de prises en charges. En effet, les équipes de MdM constatent de nombreux obstacles à l'ouverture de ce droit spécifique : méconnaissance très répandue sur son existence, difficultés à rassembler les documents nécessaires, auxquels s'ajoutent des dysfonctionnements administratifs et des pratiques abusives. Cette complexité des démarches soulignée dans différents rapports institutionnels constitue un frein majeur à l'ouverture des droits.

Enfin, il convient de rappeler que les bénéficiaires de l'AME sont confrontés à de fréquents refus de soins de la part des professionnels de santé, dénoncés récemment par le Défenseur des droits [DDD 2014] (cf. encart page 59). Ces

pratiques sont souvent justifiées par les professionnels par les contraintes administratives⁽⁷⁴⁾, les désagréments économiques ou encore les conditions sociales des bénéficiaires.

Malgré tout ce dispositif fait l'objet d'attaques politiques récurrentes, l'AME est systématiquement instrumentalisée dans une rhétorique anti-migratoire, hors de toute approche scientifique et réalité statistique et hors de toute considération de santé publique.

Face aux menaces de suppression du dispositif, les associations dénoncent une mesure contre-productive tant d'un point de vue médical qu'économique. Cette position dogmatique est en effet en totale contradiction avec une politique de prévention des maladies. En cas de suppression de l'AME, l'absence d'accès aux soins primaires pour ces populations freinerait le dépistage de maladies transmissibles ou contagieuses (hépatites B, VIH, tuberculose, rougeole...) dont le diagnostic tardif est un risque sanitaire pour les personnes et pour la population. Les patients souffrant de pathologies chroniques verront les complications s'accumuler, dont on sait qu'elles majorent à terme les coûts des soins. Enfin, une telle disposition placerait les médecins dans une situation déontologiquement intenable de « tri des patients » et le système hospitalier verrait converger ces malades vers les services d'urgences déjà saturés. Le dispositif de financement des hôpitaux et des structures de soins seraient ainsi mis en grande difficulté.

Ainsi **MdM demande la fusion de l'AME dans le système général de la Sécurité sociale afin de donner à tous un accès effectif et continu aux soins**, comme le proposent de nombreuses associations et institutions⁽⁷⁵⁾. Si cette proposition répond avant tout à des enjeux impérieux de santé publique, elle répond également à une logique de simplification administrative en mettant fin à un régime spécifique. Ceci permettrait une économie en termes de frais de gestion, faciliterait le travail des caisses d'assurance maladie ainsi que des professionnels du médicosocial. Simplifier les démarches et éviter la stigmatisation facilitera l'accès à la médecine de ville, permettra de lutter contre les refus de soins et *in fine*, évitera les surcoûts liés au retard de prise en charge. Cette réforme répond enfin à la volonté de tarir cette instrumentalisation politique récurrente de la santé des étrangers vivant en France. **Intégrer l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale lèverait la menace annuelle qui pèse sur cette couverture maladie au moment de la discussion sur la loi de finances et entérinerait de manière pérenne l'universalité de l'accès aux soins.**

(72) Niveau de ressources inférieur à 727€ par mois pour une personne seule (barème au 01/04/2017 – source : ameli.fr).

(73) Source : CNAMTS, 2017.

(74) Les bénéficiaires de l'AME n'ont notamment pas de carte vitale.

(75) Conseil économique et social (2003), Igas et IGF (2007 et 2010), CNS, CNLE, Défenseur des droits (2014), Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes (2017).

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2016

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, un tiers des patients évoquent des difficultés administratives, 23 % la méconnaissance des droits et des structures et plus de 17 % la barrière linguistique ou les difficultés financières comme les principaux obstacles dans l'accès aux soins.

→ 28 % des patients de 16 ans ou plus n'ont pas de domiciliation administrative pour accéder à leurs droits.

→ 34 % des étrangers sans titre de séjour déclarent limiter leurs déplacements par peur d'être interpellés.

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

Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les obstacles les plus fréquemment cités par les patients (33 %), suivis de la méconnaissance des droits et des structures (23 %) (*tableau 22*). Ces obstacles sont dénoncés depuis de nombreuses années par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité et ont été confirmés récemment par le Défenseur des droits qui rappelle qu'une personne sur 5 en France éprouve des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes [DDD 2017a]. Par ailleurs, les associations constatent de nombreux dysfonctionnements et des pratiques abusives fréquentes des administrations (perte de dossier, demande de document injustifiés, refus d'adresse déclarative...). Enfin, on constate un désengagement des services publics, une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel. Cette complexité des démarches et ces dysfonctionnements, soulignés dans différents rapports institutionnels [DDD 2014 & 2017], aboutissent à un parcours du combattant pour de nombreuses personnes dans leur accès aux droits, elles augmentent les délais de traitement des dossiers, les risques de rupture de droits et de renoncements aux droits des potentiels bénéficiaires, ce qui signifie également des risques de retard ou de renoncement aux soins (cf. chapitre suivant).

À titre d'exemple, l'une des conditions indispensables à l'accès aux droits est de disposer d'une adresse postale afin de recevoir tout courrier relatif au dossier de demande de CMUc ou d'AME. Les personnes ne pouvant fournir une adresse postale doivent se tourner vers un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou une association agréée pour obtenir une domiciliation administrative. En 2016, près de la moitié des patients de 16 ans ou plus se présentant pour la 1^{re} fois au Caso ont une adresse personnelle, 24,1 % disposent d'une domiciliation administrative (pour ces derniers, dans près de 7 cas sur 10 elle a été obtenue auprès d'une association, mettant en évidence la sollicitation toujours plus importante des associations) et 28,4 % ont besoin d'une domiciliation (*tableau 23*).

La loi prévoit un principe déclaratif en matière de domicile, selon lequel la déclaration d'une adresse permet d'ouvrir des droits sans avoir à produire de pièces justificatives. Toutefois, il est courant que les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) exigent des pièces justificatives de domicile, alors même que la personne est en mesure de déclarer une adresse. Les publics en situation de précarité ne peuvent pas, pour la plupart, produire les justificatifs demandés, ce qui les empêche ainsi d'accéder à une couverture maladie. Par exemple, parmi les personnes ayant besoin d'une domiciliation accueillies dans les Caso, 44 % sont hébergées par de la famille ou des proches. Il est probable que ces personnes se soient vues refuser leur adresse déclarative ou n'aient pas osé communiquer les coordonnées des personnes les hébergeant par peur d'un éventuel contrôle. Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors même que les organismes domiciliataires sont saturés. Ces derniers, afin de limiter leur charge, appliquent même parfois une politique restrictive d'accès à la domiciliation, excluant ainsi de nombreuses personnes de l'accès aux droits. Pour de nombreuses personnes sans domicile stable, il est impossible de produire ces pièces et ainsi faire valoir leur droit à l'élection de domicile.

La loi ALUR du 24 mars 2014⁷⁶ a aligné la domiciliation AME sur la domiciliation de droit commun, mais elle a aussi exclu de cette simplification la domiciliation pour l'admission au séjour des demandeurs d'asile qui reste spécifique.

Cette simplification *a minima* laisse aussi perdurer une pratique qui conduit à discriminer les étrangers en situation irrégulière qui ne pourraient pas avoir accès à la domiciliation, selon certains CCAS, sans démontrer qu'ils ont engagés des démarches d'ouverture d'AME.

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

« B. demande le renouvellement de son AME pour la troisième fois. Plusieurs pièces hors cadre réglementaire lui ont été demandées. Le monsieur [de la Cbam] m'a dit qu'il fallait encore des documents. Il m'a dit : 'Pourquoi vous ne voulez pas donner l'attestation de l'hébergeant ?' Il m'a demandé de venir avec l'original de la pièce d'identité de la dame qui m'héberge. Je suis revenue à la Cbam avec le passeport et j'ai dû insister pour revoir le monsieur. J'ai expliqué que c'était urgent, qu'il fallait que je me fasse soigner mais il m'a répondu 'vous m'avez dit que vous vous étiez soigné chez Médecins du Monde'. Il faut que je me batte mais je suis fatiguée. Tellement fatiguée. Dès fois, j'avais envie de pleurer devant le monsieur. Je suis toujours dans l'attente, pour tout, pour les papiers, pour l'assurance maladie, pour tout».

[Nancy, 2016]

Parce qu'il est la première étape pour accéder à ses droits, le droit à la domiciliation doit être garanti à toute personne. MdM, au sein d'un collectif inter-associatif, porte des propositions auprès de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour l'amélioration de l'accès à la domiciliation et est associé aux travaux en cours quant à l'élaboration des décrets d'application de la Loi ALUR, veillant à la défense du droit à la domiciliation pour les publics les plus précaires.

À ces obstacles s'ajoutent, pour les étrangers en situation irrégulière, la peur d'être arrêté qui conduit plus d'un tiers (34 %) des étrangers en situation irrégulière à limiter leurs déplacements

TABLEAU 22 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS CITÉS PAR LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO LORS DE LEUR 1^{RE} VISITE, 2016

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Difficultés administratives	33,0	4 416
Méconnaissance des droits et des structures	23,3	3 107
Difficultés financières	17,9	2 390
Barrière linguistique	17,3	2 307
Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.)	14,4	1 926
Délais d'instruction trop longs	7,7	1 033
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2,0	264
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	1,5	206
Droits ouverts dans un autre pays européen	1,2	161
Autre raison exprimée	4,6	620

Taux de réponse : 56,1 %.

TABLEAU 23 - SITUATION VIS-À-VIS DE LA DOMICILIATION DES PATIENTS DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIS DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2016

	%	n
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille/amis)	47,5	7 742
Dispose d'une domiciliation administrative	24,1	3 932
A besoin d'une domiciliation	28,4	4 630

Taux de réponse : Dispose d'une adresse : 91,5 % ; Lieu domiciliation administrative : 84,5 % ; Détail pour besoin de domiciliation : 59,3 %.

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

Près de 18 % des patients évoquent les difficultés financières dans l'accès aux soins. Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais ou de souscrire à une complémentaire santé. En effet, malgré un fort développement des couvertures complémentaires, il reste une frange non négligeable de la population qui en est dépourvue, et ce en dépit de la création de la CMUc ou de l'ACS.

L'avance de frais constitue un facteur majeur de non-recours aux soins et donc de retard de soins. La généralisation du tiers payant, proposée dans la Loi de santé adoptée en janvier 2016, et réclamée depuis plus de 20 ans par MdM, constitue de ce fait un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre les retards de soins et le renoncement aux soins. Par ailleurs, elle va permettre de lutter en partie contre la stigmatisation des titulaires de la CMUc et de l'AME et devrait limiter les refus de soins de certains professionnels (cf. encart). Elle permettra aussi de mettre fin à un discours qui fait des plus pauvres des « profiteurs » au prétexte qu'ils n'ont pas à effectuer l'avance de frais, alors même qu'ils sont les premières victimes des inégalités de santé et d'accès aux soins.

Enfin, MdM continue de demander l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc⁷⁷ au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

(77) Le seuil d'attribution était fixé à 727€/mois pour une personne seule au 1^{er} avril 2017 (en métropole).

LES REFUS DE SOINS – TENTATIVES D'ENCADREMENT ET DÉFENSEUR DES DROITS

Le décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016⁽⁷⁸⁾ issu de la Loi de modernisation de notre système de santé crée auprès de chaque Conseil départemental des ordres des professionnels de santé médicaux, une commission chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes et de proposer des solutions pour y mettre fin. À l'origine, lors des débats parlementaires, les sénateurs et associations (AIDES notamment) souhaitaient que cette mission soit dévolue au Défenseur des droits. Loin de suivre ces recommandations ambitieuses, le ministère de la Santé a réduit à peau de chagrin les compétences et influences de ces commissions.

Il avait pourtant organisé une concertation avec le monde associatif dont MdM mais ces commissions n'auront que très peu de pouvoirs : pas de pouvoirs d'enquêtes ou d'instruction, pas de pouvoirs de sanctions : « *Elles ne statuent pas sur les situations individuelles.* »

En revanche leur mission d'évaluation est largement définie puisque les commissions pourront user de tous les moyens « *qu'elles jugent appropriés* ». L'avenir dépendra donc de la volonté des participants à cette commission de faire pleinement usage de ces pouvoirs et de rechercher les informations et les données sur les pratiques de refus de soins auprès des sources les plus variées possibles : associations de patients, d'usagers, dont l'objet social porte sur les questions d'accès aux soins des populations les plus vulnérables, mais aussi par le biais des échelons départementaux ou régionaux en ce qu'ils sont nécessairement informés de la survenue d'événements indésirables graves qui ont lieu au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux de leur territoire.

Sans contrevenir à ce que nous demandions mais en n'y accédant qu'*a minima*, le texte, plutôt qu'introduire une obligation d'information des usagers de l'existence et du fonctionnement de ces commissions (au travers par exemple d'affichage sur les lieux de soins), ne prévoit que des « enquêtes

auprès des patients »⁽⁷⁹⁾ et qu'ensuite ses recommandations viseront à « améliorer l'information des patients » sans que cette mission soit directement à sa charge.

Quant à sa composition, on peut regretter que ni le DDD, ni des associations telles MdM dont l'objet social porte sur les questions d'accès aux soins des populations les plus vulnérables, ne puissent en faire partie. Le DDD aurait pu, à tout le moins, comme nous le demandions, être rendu destinataire de ce rapport.

Aussi lacunaires que soient les compétences de ces commissions, la question de leur efficacité ne peut se poser puisqu'aucune d'entre elles ne s'est encore réunie : le Conseil national de l'Ordre des médecins renvoyant la responsabilité au ministère de la Santé qui devrait, selon lui, financer leur mise en place.

La question s'était posée lorsqu'en janvier 2017, à l'initiative de la Fédération des acteurs de santé (FAS⁽⁸⁰⁾) et aux côtés de France assos santé⁽⁸¹⁾, nous avons saisi le Défenseur des droits de 12 refus de soins par des praticiens (généralistes et spécialistes) qui sur une plateforme de rendez-vous en ligne, indiquaient refuser les personnes à l'AME et/ou à la CMU. Plusieurs enquêtes sont en cours au sein des services DDD dont les résultats devraient bientôt être publiés. Le DDD a d'ailleurs très récemment publié les résultats d'une étude mettant en exergue les représentations que peuvent se faire les praticiens de cette patientèle et les ponts qui pourraient être construits en termes d'information et de médiation [DDD 2017b].

MdM continuera d'informer, d'alerter, et de dénoncer toutes les pratiques de refus de soins opposées aux populations les plus précaires et ne manquera pas, lorsqu'elles auront bien voulu se réunir, de solliciter ces commissions afin de les sensibiliser aux multitudes de freins à l'accès aux soins des patients que nous accompagnons dans leur accès aux droits.

(78) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/21/AFSS1617275D/jo>

(79) Sans préciser par quel biais ni à partir de quand ces rencontres seront représentatives.

(80) Anciennement FNARS.

(81) Anciennement CISS, désormais France assos santé (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé).

LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE : UN OBSTACLE À UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

Près d'un patient sur cinq évoque la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Ce résultat souligne, une fois encore, les besoins en matière d'interprète professionnel dans l'ensemble des institutions (administrations et structures médicosociales) mais également en médecine de ville afin de permettre une prise en charge optimale.⁸²

« J'accompagne Mme P. en consultation à l'hôpital public. Ce rendez-vous a pour objet de faire le point sur les suites de son intervention chirurgicale. Le médecin nous reçoit, visiblement satisfait de la voir accompagnée. Je lui indique que je ne parle pas la langue de Mme P. Le médecin ne voit alors pas l'intérêt de s'être présenté, parce qu'il ne pourra pas communiquer les informations à sa patiente. Je lui indique qu'il a la possibilité de recourir au service d'interprétariat téléphonique, que ça fonctionne très bien. Il me dit qu'il n'aime pas ça et propose de reporter le rendez-vous à dans deux semaines pour que Mme P. revienne avec un interprète. Je lui dis que dans deux semaines Mme P. ne parlera pas mieux le français et qu'elle ne connaît pas d'interprètes. »

[Marseille, 2016]

L'interprétariat est une aide notable voire indispensable et doit être réalisé par des professionnels afin d'assurer le respect des principes suivants : la restitution objective, complète et fidèle du message, la non-intervention, l'impartialité et le devoir de confidentialité [Schwarzinger 2012 ; Chambon 2016]. Il est reconnu que le recours à l'interprétariat professionnel améliore le dialogue entre le soignant et le soigné, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics [Schwarzinger 2012] et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales dont les coûts humains et financiers sont sans aucune mesure avec le coût même de la traduction. En favorisant la communication entre le patient et le personnel soignant, l'adhésion au traitement et au suivi médical, la prévention, l'information des proches éventuellement concernés par la pathologie et l'orientation vers les spécialistes appropriés sont facilitées. Ainsi l'interprétariat favorise l'égalité de traitement des personnes.

Les médiateurs sanitaires constituent également une ressource face à des publics migrants, peu francophones et ne connaissant pas les dispositifs français. La présence de médiateur, tierce personne neutre avec des connaissances à la fois du système de santé, de la langue et des codes culturels des personnes, simplifie les premiers contacts entre patient et institution médicosociale et se révèle donc parfois une action complémentaire.

La Loi de santé adoptée en janvier 2016⁸³ a permis une avancée en la matière en proposant un travail sur un référentiel de compétence des médiateurs pour définir et encadrer les modalités d'intervention de ces acteurs. La reconnaissance du métier de médiateur socio-sanitaire reste nécessaire (cf. encart).

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

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

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

VERS UNE RECONNAISSANCE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

La médiation en santé vise à réduire les inégalités de santé. Elle constitue un lien de proximité qui a pour objectif de faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes les plus vulnérables et de contribuer à l'amélioration des dispositifs et de l'accueil de ces personnes dans le système de santé. La médiation en santé est un processus temporaire d'« aller vers » qui vise à favoriser l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé tout en facilitant par les acteurs de la santé la prise en compte de leurs facteurs de vulnérabilité.

La médiation en santé a été mise en place d'abord dans le cadre du dépistage et de la prévention de l'infection à VIH chez les populations migrantes (formation de médiation en santé publique de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée) et via en 2011-2012 un programme expérimental auprès des populations Roms migrantes vivant en squats et bidonvilles. Elle a depuis fait la preuve de son efficacité (sur l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, aux suivis). Les différentes études qualitatives ou quantitatives ont confirmé que ce dispositif se révèle indispensable à toute action de prévention et de promotion de la santé auprès des publics en situation de précarité et/ou d'exclusion.

La médiation peut permettre également l'accès des personnes à une information adaptée en matière de prévention par la co-construction avec les personnes des outils de communication et de prévention à l'exemple de ceux développés sur les projets de médiation dans les bidonvilles [Gacon 2017].

La médiation en santé a été reconnue par la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui a fait inscrire au code de santé publique la « médiation sanitaire » comme une approche pertinente permettant d'« améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes » éloignées du système de santé.

Dans la continuité de la loi, la Haute autorité de santé a travaillé sur la proposition d'un « référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques » de médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins et qui aura donc valeur de recommandation nationale dans le domaine.

MdM recommande le développement, le financement et la pérennisation des actions de médiation en santé en direction de toutes les populations en situation de précarité.

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ : UN DISPOSITIF À PROMOUVOIR ET À HARMONISER

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constituent un dispositif opérationnel créé par la loi du 29 juillet 1998⁽⁸⁴⁾ dont l'objectif est de permettre l'accès aux soins ambulatoires de toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie de l'hôpital, en facilitant en particulier l'ouverture des droits à la couverture maladie.

Près de 15 ans après leur création, elles sont au nombre de 430 environ sur le territoire, contre 500 initialement prévues [Helfer 2014]. Selon une étude de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), seules un quart des Pass satisfont aux critères d'exigence fixés (à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, signalétique au sein de l'établissement, protocoles entre les services de l'établissement...) [Helfer 2014]. De plus l'absence quasi-générale de Pass dentaires, psychiatriques et pédiatriques reste une véritable carence.

Les équipes de MdM font le constat d'une mise en place des Pass inégalement effective selon les régions et les villes, avec pour certaines des dysfonctionnements plus ou moins importants et persistants. Ainsi un récent état des lieux mené en 2017 par MdM auprès d'une quarantaine de Pass indique que ces dispositifs sont mal connus des usagers comme de l'ensemble des acteurs au sein même des hôpitaux [MdM 2017a] car peu visibles, dépourvues le plus souvent d'une signalétique claire, faisant l'objet de peu de communication, au sein et hors de l'établissement quant à leurs objectifs, fonctionnement voire même existence.

Si la plupart des équipes constatent une augmentation des ressources humaines dédiées à ces dispositifs au cours des dernières années, ces évolutions restent encore fragiles dans la mesure où de nombreuses Pass sont encore considérées comme saturées, ne peuvent répondre aux besoins en cas d'afflux importants non anticipés (fermeture de la jungle de Calais par exemple) et bien souvent ne parviennent pas à remplacer le personnel en cas d'absence prolongée. Ces résultats ont d'ailleurs été évoqués dans la récente enquête de la Fnars [Fnars 2017].

« Les patients doivent arriver avant 7 heures du matin. Les consultations démarrent à 8h30 et ils ne sont pas sûrs d'être reçus. »

« Nous recevons au Caso des personnes découragées de ne pouvoir accéder à la Pass après de multiples tentatives. »

Par ailleurs, au-delà des caractéristiques de fonctionnement des Pass et du problème de saturation auxquelles elles doivent faire face, on observe un certain nombre de dysfonctionnements dans l'accueil des populations précaires à l'hôpital de façon générale : le repérage des patients en situation de précarité et l'accès à un conseil social reste aléatoire ; l'accueil de tous les publics n'est pas systématique le recours à l'interprétariat est rarement assuré et enfin des difficultés d'accès à la pharmacie et/ou aux traitements sont constatées.

« Aucune systématisation de l'interprétariat : [les équipes de la Pass] se débrouillent avec les personnels hospitaliers qui parlent d'autres langues »

Il n'est pas rare que les équipes de MdM rencontrent des patients sortant de l'hôpital sans avoir pu faire de demande d'ouverture de droits, ainsi que des patients avec des demandes de 'caution' préalable aux soins.

« Il est précisé dès l'accueil qu'il y aura une facturation pour les patients n'ayant pas de droits ouverts. »

« Pour une IVG il est fréquent qu'il y ait une facture... [...] pour l'accouchement, on s'en rend compte a posteriori, elles ont payé et on le sait plus tard. »

D'un point de vue financier, le budget des Pass, défini dans les lois de financement de la Sécurité sociale, est intégré dans celui des établissements de santé, rendant le fonctionnement et l'efficacité du dispositif dépendant de la volonté politique de la direction de l'hôpital. À ce titre, « il n'est pas rare que les Pass subissent de fortes pressions de leur administration pour sélectionner les patients » [Helfer 2014].

Face à ces constats MdM appelle à poursuivre et à consolider l'ouverture des Pass en France, notamment dans les villes où les indicateurs de précarité sont élevés et suggère le déploiement de Pass mobiles⁽⁸⁵⁾, dispositif opérant et de proximité pour repérer et aller au-devant des individus les plus éloignés des structures de soins.

MdM rappelle, avec l'ODSE, que le dispositif doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale ; l'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes non francophones et l'accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits. Les décisions d'hospitalisation, de choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques doivent se fonder sur des critères médicaux et non socio-administratifs ou économiques. Les soins délivrés doivent être gratuits aux points d'accès (c'est-à-dire sans facturation à l'utilisateur) pour les personnes en situation de grande précarité, avec ou sans ouverture de droits effective au jour des soins.

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

(85) Professionnels de la Pass qui vont sur les lieux de vie ou dans des structures décentrées des hôpitaux, à l'encontre des populations les plus précaires.

LE RETARD ET LE RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO EN 2016

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, près de la moitié des patients présentaient un retard de recours aux soins selon les médecins, deux sur cinq nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.

→ 13 % des personnes déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

En 2016, près de la moitié (46,7 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 38,4 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents (tableau 24).

Par ailleurs, 12,8 % des patients accueillis dans les Caso ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, dans plus de 8 cas sur 10 pour des raisons financières. Rappelons à ce titre que la très large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie. Ces résultats sont confirmés par ailleurs dans des études qui mettent en évidence que le renoncement aux soins est avant tout motivé par l'absence de couverture maladie et les difficultés financières [Masullo 2006, Desprès 2013].

Face à ces résultats, un des facteurs décisifs à l'accès aux soins est donc bien l'existence d'une assurance maladie et son degré de couverture. Si la loi de 1998 portant la création de la CMU⁸⁶ a constitué un réel progrès, notre système de protection sociale reste encore bien éloigné du principe d'universalité. Il est également fragilisé par des mécanismes de transfert progressif des remboursements à des assurances privées ainsi que par les modalités très inflationnistes et inégalitaires de fixation des prix des médicaments (cf. encart page 72). Pour lutter contre toutes les inégalités d'accès aux soins, MdM milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, et ce quelle que soit leur situation administrative.

À ce titre, MdM est particulièrement préoccupé par la réforme récente de la Sécurité sociale⁸⁷ portant création de la PUMa, qui rend l'accès et la continuité des droits plus difficiles pour certaines catégories d'étrangers en situation régulière (cf. encart page 55).

Enfin, les personnes qui recourent tardivement ou qui renoncent aux soins sont plus souvent atteintes d'une pathologie chronique, alors que de fait ce sont eux qui nécessitent une prise en charge dans la durée. Enfin on constate que la fréquence du retard de recours aux soins augmente sensiblement avec les conditions de vie des patients : les personnes vivant en squat, en campement ou vivant à la rue ont une probabilité significativement plus élevée de présenter un retard de recours aux soins (tableau 25).

Ainsi comme l'évoque Desprès et al. dans un récent article, si « l'accès aux soins des personnes précaires est largement déterminé par des facteurs économiques, ceux-ci se conjuguent à d'autres logiques explicatives et les masquent fréquemment ». Les études montrent que le renoncement aux soins persiste souvent alors même que les obstacles financiers sont levés, mettant en évidence la dimension multifactorielle du renoncement (rapport au corps, représentations de la maladie, relations aux médecins, priorisation...) [Desprès 2013].

Face à ces constats, MdM se réjouit du projet de généralisation du nouveau dispositif mis en place par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), pour lutter contre le phénomène de renoncement aux soins⁸⁸. Initié et expérimenté depuis 2014 dans le département du Gard, puis élargi en 2016 à plus de 20 territoires, il consiste à repérer les situations de renoncement pour ensuite accompagner, avec leur consentement, les personnes jusqu'à leur prise en charge administrative mais également dans le système de soins. Si l'objectif de ce projet est louable, MdM réaffirme que l'ouverture des droits constitue une mission de service public de l'Assurance maladie, qui implique un accueil physique des personnes ainsi qu'un accompagnement matériel à la constitution administrative des dossiers. À ce titre, MdM déplore la fermeture de nombreux points d'accueil physique sur tout le territoire⁸⁹.

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

(87) La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (LFSS) adoptée le 21 décembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 instaure la PUMa.

(88) <http://www.ladepeche.fr/article/2017/03/28/2545418-assurance-maladie-generalise-dispositif-lutte-contre-renoncement-soins.html>

(89) <https://www.humanite.fr/cpam-stop-au-demantelement-des-accueils-des-assures-sociaux-en-ile-de-france-600538>; <https://www.mediapart.fr/journal/france/070515/pres-de-la-moitie-des-antennes-de-la-cpam-menacees-de-fermeture-en-seine-saint-denis?onglet=full>

TABLEAU 24 – RETARD ET RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2016

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Retard de recours aux soins médicaux	46,7	3 568
Soins médicaux urgents ou assez urgents	38,4	4 674
Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois	12,8	1 932

Taux de réponse : Retard aux soins : 56,6 % ; Caractère urgent des soins : 75,0 % ; Renoncement aux soins : 63,2 %.

TABLEAU 25 – CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU RETARD DE RECOURS AUX SOINS DES PATIENTS AYANT EU UNE CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2016

	%	n	OR ¹
Ensemble	47,3	2 888	
Sexe			
- Homme	47,9	1 840	réf
- Femme	46,4	1 048	0,9 ^{ns}
Âge			
- Moins de 20 ans	36,5	353	réf
- 20-49 ans	48,4	1 955	1,2*
- 50 ans et plus	52,8	580	1,1 ^{ns}
Logement			
- Personnel	40,2	171	réf
- Hébergé	45,9	1 740	1,3 ^{ns}
- Squat, campement	48,8	238	1,6**
- Sans domicile fixe	52,8	739	1,6***
Situation administrative			
- Français	48,5	133	réf
- Étranger en situation régulière	45,2	1 236	1,0 ^{ns}
- Étranger en situation irrégulière	49,1	1 519	1,1 ^{ns}
Soins urgents ou assez urgents			
- Non	36,4	1 259	réf
- Oui	61,5	1 629	3,1***
Pathologie chronique			
- Non	29,0	740	réf
- Oui	60,5	2 148	4,1***

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

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

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de présenter un retard de recours aux soins est significativement plus élevée pour les patients vivant à la rue que pour les patients possédant un domicile personnel (OR = 1,6, p<0,001).

DES RISQUES DE RENONCEMENT AUX DROITS LIÉS À LA COMPLEXITÉ ET AUX DÉFAILLANCES DES ADMINISTRATIONS

Selon l'enquête du DDD, 12 % des personnes qui rencontrent des difficultés dans leurs démarches avec les services publics finissent par abandonner leurs démarches, cette proportion est encore plus importante chez les personnes en situation de précarité qui sont de fait les plus concernées par les différentes prestations sociales existant en France [DDD 2017a]. Pour ces dernières, leur moins bonne connaissance du droit et des voies de recours est susceptible, selon le DDD de contribuer, à leur résignation et à un abandon plus fréquent des démarches.

S'il est reconnu que l'accès aux droits est conditionné aux connaissances des usagers de leurs droits et des dispositifs pour y accéder, il reste également fortement associé au fonctionnement des administrations et des organismes en assurant la gestion. Ainsi la complexité des procédures, le manque d'information, la multiplicité des dispositifs sont autant de freins à un accès aux droits. Les associations constatent au quotidien la complexité des démarches à laquelle leurs publics font face, à laquelle s'ajoutent de nombreux dysfonctionnements, des pratiques abusives fréquentes des administrations, ainsi qu'une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel (erreurs dans l'attribution des droits par exemple). Ces constats renvoient également à la réorganisation des modes d'interventions (fermetures de guichet, guichet unique, exigences de performances) dont l'objectif est avant tout « l'efficacité et l'efficacités de la dépense publique » [Martin 2016, DDD 2017a]. Le récent rapport du DDD témoigne en ce sens de « l'enchaînement complexe des difficultés qui placent les personnes dans des situations administratives parfois ubuesques » [DDD 2017a] et conduit bon nombre d'entre elles à renoncer à leurs droits.

L'exemple de la dématérialisation des services

« M. S., parfaitement francophone n'a plus de revenu depuis plusieurs mois, des amis lui conseillent de se renseigner auprès de la CAF pour obtenir le RSA. Il contacte la CAF par téléphone, dont la communication est payante et suit les instructions à la lettre. Au bout de 10 minutes il parvient à obtenir un conseiller qui lui explique que, n'ayant pas encore de numéro d'allocataire, il ne peut déposer sa demande de RSA et qu'un

conseiller le rappellera d'ici 72h pour lui donner un rendez-vous avec un agent. M. S. attend. Il n'est pas rappelé. Il renouvelle la démarche jusqu'à 10 fois entre le 24/11/16 et le 10/01/17 sans obtenir de rendez-vous... C'est l'assistante sociale du Caso qui prendra le relais et parviendra à débloquer la situation. Monsieur S. aura perdu presque 2 mois pour pouvoir commencer ses démarches. »

[Nice, 2016]

La dématérialisation des services publics peut constituer en ce sens une véritable barrière à l'accès aux droits pour un certain nombre de personnes, en particulier celles ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les usages d'Internet. Si le développement de la dématérialisation permet de simplifier l'accès à l'information et aux démarches pour une majorité d'usagers, elle risque de compromettre le principe d'égalité d'accès aux services publics et renforcer des facteurs d'inégalités déjà existants. Le DDD s'inquiète de voir s'institutionnaliser, à travers le développement de ces procédures, « une forme d'exclusion liée à la situation de précarité sociale et/ou économique [...] et de marginalisation de nouveaux publics, [...] notamment ceux qui sont peu à l'aise avec l'écrit, ou encore éloignés de l'outil informatique » [DDD 2017a]. Rappelons à ce titre que selon une étude récente plus de 13 % de la population générale, soit 7 millions de personnes, se déclaraient en 2016 dans l'incapacité de remplir un formulaire en ligne ou d'obtenir des informations via Internet [Arcep 2016].

Ces constats soulignent les besoins d'accompagnement, d'information et de simplification des dispositifs pour les publics en situation de précarité en particulier.

MdM demande que des dispositifs alternatifs au 'tout numérique' soient maintenus pour faciliter l'accès aux droits des publics en situation de précarité, comme le préconise le DDD dans 2 avis récents⁹⁰ et insistent sur la nécessité de maintenir des lieux d'accueil physiques de proximité qui s'articulent avec tous les canaux d'informations existants (courrier, téléphone, numérique, guichet...), ceci afin de maintenir la mission première des services publics qui est 'le service au public'.

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

02

ACTIONS

D' « ALLER-VERS »



1. LA RÉDUCTION DES RISQUES

LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES B ET C ET DES IST AUPRÈS DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 25 998 personnes ont été concernées par les actions de prévention du VIH, des hépatites et autres IST menées dans le cadre du programme de prévention de MdM.

→ Plus de 1 375 personnes ont été dépistées pour le VIH et les hépatites à l'aide de tests classiques. La prévalence du VIH atteint 2,90 %, celle de l'hépatite B (Ag Hbs+) 10,10 %, celle du VHC (Ac Anti-VHC) 3,16 %.

→ La prévalence de la syphilis est particulièrement élevée (2,46 %).

Les populations migrantes et/ou en situation de précarité sont particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites ou la tuberculose, et sont, pour la plupart, en grandes difficultés d'accès à la prévention.

En France, malgré une activité de dépistage particulièrement importante, le dispositif montre ses limites : en effet, on estime qu'environ 16 % des personnes vivant avec le VIH ignorent leur séropositivité [Supervie 2016], ainsi que 55 % des personnes porteuses du VHB et 43 % des porteuses du VHC [Min. Affaires sociales et de la santé 2014a & 2014b, InVS 2007, Brovard 2015].

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2015, 48 % sont nées à l'étranger, dont 65 % en Afrique subsaharienne. Les données sur le VIH concernant la population migrante montrent cependant des résultats encourageants : le nombre et la proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité ont diminué entre 2003 et 2015, passant de 58 % à 48 % [InVS 2017a]. Mais le diagnostic de séropositivité reste souvent beaucoup trop

tardif : selon l'enquête ANRS-Vespa2 menée auprès des migrants d'Afrique sub-saharienne, 42 % des hommes et 34 % des femmes présentaient un diagnostic à un stade ultra tardif (<200 CD4/mm³ ou sida dans l'année du diagnostic) [Dray-Spira 2013]. Enfin, alors que l'hypothèse d'une contamination dans le pays d'origine a été longtemps privilégiée, l'étude Parcours [Desgrées du Loû 2015] montre au contraire qu'une grande part d'entre eux (entre 35 % et 49 % d'entre eux) se contaminent en France, les hommes plus fréquemment que les femmes. Ainsi, dans cette population, il est nécessaire certes d'améliorer l'accès au dépistage, mais aussi d'améliorer les messages de prévention et de mieux comprendre les comportements sexuels afin d'adapter les politiques de santé publique en direction de cette population.

Concernant l'hépatite C, les dernières estimations menées en population générale [Pioche 2016] mettent en évidence une diminution de la prévalence (Ac Anti-VHC) en France (0,84 % en 2004 à 0,75 % en 2011). Toutefois, les migrants restent particulièrement vulnérables avec une prévalence estimée à 1,83 %⁹¹. La prévalence de l'ARN du VHC, témoignant d'une hépatite chronique, a été estimée à 0,42 % (versus 0,53 % en 2004) soit 192 700 personnes. Cette prévalence est estimée en métropole à 1 % chez les personnes migrantes (soit de 36 000 à 70 000 personnes).

Pour l'hépatite B, la prévalence du portage chronique de l'AgHBs est estimée à 0,65 % en population générale et passe à 5,25 % chez les migrants nés en zone de forte endémicité comme l'Afrique subsaharienne [InVS 2007]. Selon l'InVS, entre 2008 et 2012, 82 % des patients pris en charge pour une hépatite B sont nés dans un pays d'endémicité forte ou modérée pour l'hépatite B.

Par ailleurs, on peut noter l'influence de la précarité sociale sur les hépatites B et C : les prévalences du portage de l'AgHBs et des Ac anti-VHC étaient respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMUc par rapport aux non-bénéficiaires [InVS 2007].

Concernant les autres IST, les données issues des réseaux de surveillance des IST aboutissent en 2015 aux constats suivants : « Les IST bactériennes (syphilis récentes, infections à gonocoque, et rectites à Chlamydia) continuent d'augmenter en France d'une manière particulièrement importante chez les hommes ayant des rapports sexuels avec un (des) autre(s) homme(s) (HSH). Dans cette population,

(91) Cette estimation est à interpréter avec prudence, dans la mesure où celle-ci a été faite à partir des prévalences dans les pays d'origine.

l'augmentation est plus marquée hors Île-de-France. Dans un contexte de prévention diversifiée du VIH, où le préservatif n'est plus le seul outil de prévention, le dépistage précoce des IST, suivi d'une prise en charge adaptée, est indispensable pour interrompre leur transmission. Chez les hétérosexuels, on constate une poursuite de l'augmentation des gonococcies et des infections à Chlamydia comparable entre les jeunes de moins de 25 ans et ceux de 25 ans et plus. Le nombre de cas de syphilis récente a augmenté plus récemment, ce qui nécessite une vigilance en termes de diffusion dans la population hétérosexuelle. Il est donc important qu'un dépistage des IST soit proposé, sachant que les formes asymptomatiques sont fréquentes, notamment chez les femmes. » [InVS 2017b]

L'ensemble de ces constats doivent inciter les acteurs sanitaires à accentuer les actions de prévention et de dépistage et à développer des stratégies d'« aller-vers » les populations en situation de précarité et/ou migrantes.

UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C PARMIS LES PATIENTS DÉPISTÉS DANS LES PROGRAMMES DE MDM

En 2016, 22 équipes⁹² avaient mis en place un programme de prévention du VIH, des hépatites et autres IST auprès des publics qu'elles reçoivent⁹³. Les équipes proposent aux patients des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives et les orientent vers des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de ville ou des Centres d'examen de santé (CES). Ce sont ainsi 25 998 personnes qui ont été concernées par les actions de prévention en 2016.

Grâce à des partenariats avec certains CeGIDD et laboratoires, les résultats de plus de 1 375 sérologies pour le VIH et les hépatites ont été récupérés pour les patients de 5 programmes⁹⁴ (tableau 26). Dans cette population, la prévalence du VIH est de 2,9 % versus 0,4 % en population générale en 2013 [Supervie 2016].

Par ailleurs, depuis la mise en place en 2010 des Trod VIH, ce sont 5 066 tests qui ont été réalisés par 10 programmes⁹⁵. La prévalence de tests positifs dans cette population était de 1,1 %. Il convient de noter que cette prévalence est bien inférieure à celle retrouvée lorsque le dépistage est proposé à l'aide de tests classiques. Ce résultat nous amène à recenser dans certains programmes (notamment les programmes

mobiles) l'offre de dépistage à l'aide de Trod VIH aux populations les plus vulnérables. Cette réflexion déjà engagée par l'équipe de Guyane, qui propose la quasi-totalité de ses Trod lors de sorties en équipe mobile, a permis de dépister cette année beaucoup plus de personnes haïtiennes, population la plus touchée en Guyane par le VIH. En effet, en 2015, 47 % des personnes découvrant leur séropositivité en Guyane étaient nées en Haïti, proportion 2 fois plus élevée que sur la période 2004-2014 [Petit-Sinturel 2016], alors qu'ils ne représentent que 15,5 % de la population guyanaise, selon les données du recensement de 1999.

TABLEAU 26 – PRÉVALENCES DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C PARMIS LES PATIENTS DÉPISTÉS DANS 5 PROGRAMMES DE MDM, 2016

	VIH	Hépatite B (Ag HBs+)	Hépatite C (Ac Anti-VHC)
Nombre de dépistages classiques	1 378	1 386	1 390
Prévalence (%)	2,9 %	10,10 %	3,16 %
Prévalence en population générale ¹	0,4 %	0,65 %	0,75 %

(1) Sources : Supervie 2016, InVS 2007, Pioche 2016.

(92) Les 11 Caso de Paris, Saint-Denis, Lyon, Marseille, Rouen, Toulouse, Nice, Bordeaux, Strasbourg, Pau et Nantes. Le programme mobile de Cayenne. Les programmes auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés de Paris et Nantes, 3 programmes auprès des personnes sans domicile fixe de Lyon, Angoulême et Metz, 3 programmes auprès des usagers de drogues et personnes en situation de précarité à Paris (Erl), Bayonne, Toulouse, 1 programme auprès des personnes vivant en bidonvilles et autres habitats précaires en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise, et 1 programme auprès des mineurs non accompagnés à Paris.

(93) Le programme de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose mis en place depuis en 2003 au Caso de Paris est soutenu par la Direction générale de la santé (DGS) depuis 2006.

(94) Les Caso de Lyon, Paris, Saint-Denis, Rouen et le programme auprès des personnes travailleuses du sexe à Paris.

(95) Les Caso de Bordeaux, Marseille, Rouen, Pau et Strasbourg, l'équipe de Metz, le programme mobile de Cayenne, le programme de Bayonne auprès des usagers de drogues ou personnes en situation de précarité, le programme auprès des personnes travailleuses du sexe à Paris, le programme « santé proximité » à Toulouse.

DE LA NÉCESSITÉ DE PROMOUVOIR DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DIVERSIFIÉE

La méconnaissance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le contexte de répression policière à l'encontre des étrangers en situation irrégulière, des usagers de drogues, des clients des travailleuses du sexe, le fait de vivre à la rue, d'être dans une situation de grande précarité, sont autant de facteurs qui renforcent les difficultés d'accès à la prévention, au dépistage et augmentent les prises de risques. Même si les préservatifs restent les remparts les plus efficaces pour lutter contre le VIH et autres IST, certains peuvent avoir des difficultés à les utiliser, à y avoir accès, ou à les négocier. **Ainsi une palette d'outils permet maintenant d'accompagner la personne dans une stratégie de réduction des risques, adaptée à son contexte de vie et à sa situation, qui peuvent être évolutifs.**

Les Trod et les autotests constituent, une opportunité de dépistage pour les personnes particulièrement éloignées du système de soins et permettent de diminuer les occasions manquées de dépistage. L'étude Optiscreen⁹⁶ à laquelle le Caso de Paris a participé de 2011 à 2013 a montré l'intérêt des Trod VIH, VHB et VHC pour promouvoir le dépistage de ces infections dans les populations en situation de précarité : ainsi le dépistage et le suivi des patients sont fortement améliorés dans le groupe de patients dépistés à l'aide des Trod (96,9% des patients ont reçu leurs résultats et ont été suivis en cas de besoin) par rapport au groupe ayant réalisé les dépistages en laboratoires (63,6%) [Bottero 2015].

L'usage des Trod VIH sur les programmes de MdM a démarré illégalement en 2010 en Guyane, face à un contexte d'urgence sanitaire dans ce département. Les Trod VHC ont, quant à eux, été proposés à partir de 2012 en dépit de l'absence d'autorisation légale de les utiliser, toujours face à l'urgence de santé publique chez les usagers de drogues en particulier. La Haute autorité de santé (HAS) a validé dès 2014 le recours aux Trod VHC dans le cadre du dépistage de l'hépatite C [HAS 2014]. La parution le 5 août 2016⁹⁷ d'un arrêté permet désormais aux personnels médicaux et non médicaux⁹⁸ des structures de prévention sanitaire en France de proposer et pratiquer en toute légalité le dépistage rapide de l'hépatite C couplé à celui du VIH.

Ces mêmes intervenants autorisés à proposer des Trod peuvent aussi délivrer gratuitement des autotests de détection de l'infection par le VIH depuis l'arrêté du 18 août 2016⁹⁹.

La Prophylaxie pré-exposition (PrEP) par TRUVADA®, en recommandation temporaire d'utilisation (RTU) depuis novembre 2015 et effectivement prescrite depuis janvier 2016 par les médecins hospitaliers et depuis juin 2016 par les médecins des CeGIDD, a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) le 1^{er} mars 2017. Indiquée chez les personnes âgées de 18 ans et plus à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle en tant qu'outil additionnel d'une stratégie de prévention diversifiée, elle élargit la palette d'outils disponibles dans la lutte contre le VIH. Si la PrEP peut être prescrite aux HSH ou aux personnes transgenres à haut risque, il ne faut pas oublier qu'elle peut aussi être délivrée au cas par cas pour les travailleurs du sexe soumis à des rapports sexuels non protégés, aux personnes en situation de vulnérabilité exposées à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée (personnes originaires de région à forte prévalence pour le VIH, ayant des partenaires sexuels multiples, usagers de drogues injectables). Ces populations ne représentaient fin 2016 que 3,7% des personnes sous PrEP en France¹⁰⁰. Un effort collectif d'information sur ce dispositif doit donc être fait auprès de ces populations.

Enfin, rappelons que le traitement comme prévention (TasP), traitement antirétroviral donné aux personnes porteuses du VIH, permet de rendre la charge virale « indétectable ». Ainsi une personne bien traitée depuis 6 mois, sans autres IST, régulièrement contrôlée par son médecin, ne contamine plus ses partenaires. De même, le traitement post-exposition (TPE), s'il est prescrit au mieux dans les 4 heures, au maximum dans les 48 heures après une prise de risque, permet de réduire drastiquement les risques de contamination. Il permet aussi de protéger contre l'hépatite B une personne qui ne le serait pas.

MdM se félicite de la diversification de la palette d'outils de prévention et de dépistage dans une stratégie globale de réduction des risques.

(96) Mise en place par l'équipe du service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Antoine, dans le cadre d'un projet soutenu par l'ANRS et l'Inserm.

(97) Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif. Journal officiel n°0181 du 5 août 2016.

(98) Ayant suivi une formation préalable.

(99) Arrêté du 18 août 2016 fixant les conditions particulières de délivrance de l'autotest de détection de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les modalités d'information et d'accompagnement de la personne en application de l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique. Journal Officiel n°0194 du 21 août 2016.

(100) DGS, ANSM, Santé Publique France. Réunion d'information pour les associations Prophylaxie pré-exposition (PrEP). Premier bilan. Transition RTU/AMM. 22 février 2017.

Les prévalences des hépatites B (Ag Hbs+) et C (Ac anti-VHC) parmi les patients accueillis sur les programmes de MdM et orientés vers un dépistage classique sont respectivement de 10,10 % et 3,16 %, versus respectivement 0,65 % et 0,75 % en population générale [*InVS 2007, Pioche 2016*] (tableau 26). Par ailleurs, depuis la mise en place des Trod VHC en 2012, 1116 dépistages ont été réalisés par 7 programmes¹⁰¹. Les résultats indiquent une prévalence de tests positifs VHC de 4,56 %, un peu plus élevée que celle retrouvée dans la population ayant réalisé un dépistage à l'aide de tests classiques. Ceci s'explique par une plus grande proportion d'usagers de drogues parmi les personnes à qui le Trod VHC a été proposé.

L'ensemble de ces résultats vient ainsi conforter les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH [*Min. Affaires sociales et de la santé 2014(a)*] qui a maintenu sa recommandation de dépistage ciblé et régulier (en plus d'un dépistage large proposé par les médecins lors d'un recours aux soins des personnes sans test récent et dans des situations cliniques ou biologiques classiques devant amener un dépistage). Les populations dites spécifiques (populations en situation de précarité, populations des départements français d'Amérique, usagers de drogues par voie intraveineuse, personnes originaires d'une zone de haute prévalence, personnes proposant des services sexuels tarifés...) sont pour une large part celles que nous recevons dans nos programmes. Ce même rapport préconise par ailleurs le développement du dépistage à l'aide des Trod, tout particulièrement en dehors des lieux traditionnels de dépistage.

Ils viennent aussi conforter les nouvelles recommandations de la HAS qui a réévalué sa stratégie de dépistage en mars 2017 [*HAS 2017*]. Si la HAS maintient la proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans, la priorité doit cependant être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés. Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations : tous les 3 mois chez les HSH ; tous les ans chez les UDI et les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Par ailleurs, le premier rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou C [*Min. Affaires sociales et de la santé 2014(b)*] met en exergue quelques grands enjeux : les actions de prévention et de dépistage, les avancées thérapeutiques, l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé notamment auprès des publics prioritaires que sont les usagers de drogues, les migrants, les personnes détenues. Les experts recommandent particulièrement de poursuivre aussi le dépistage ciblé des hépatites en fonction des facteurs de risque de contamination, d'y associer une information large de la population générale

et des médecins généralistes et d'élargir le dépistage aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la 1^{re} consultation prénatale, d'associer la recherche des 3 virus VIH, VHB, VHC et de développer les dépistages à l'aide de Trod du VHB et du VHC pour atteindre des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques.

En septembre 2016, dans la perspective d'un accès universel au traitement du VHC annoncé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé en mai 2016, ce premier rapport a été actualisé pour la prise en charge thérapeutique et le suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C [*Min. Affaires sociales et de la santé 2016*] (cf. encart page 72). Les experts recommandent ainsi d'élargir le dépistage à tous les adultes une fois dans leur vie, de faciliter le recours au Trod et d'intensifier le dépistage ciblé, entre autres : chez les UD tous les 12 mois et tous les six mois chez les injecteurs actifs ; chez les détenus, à l'entrée et à renouveler ; chez les migrants et les étrangers, de proposer le dépistage des hépatite B et C, du VIH, des IST, et d'autres pathologies (diabète, hypertension artérielle...) dans une unité de temps et de lieu, de construire des projets d'« aller vers » avec ces populations, les patients experts et les médiateurs de santé, de développer les outils de prévention à travers une approche communautaire et en mobilisant la médiation sanitaire ; chez les personnes coinfectées par le VIH, et plus particulièrement chez les HSH.

Enfin, en mars 2017, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a lancé la première stratégie visant à améliorer la santé sexuelle [*Min. Affaires sociales et de la santé 2017*]. Six axes principaux y sont développés : i) investir dans la promotion de la santé sexuelle ; ii) améliorer les parcours de santé en matière d'IST ; iii) améliorer la santé reproductive ; iv) répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables, v) promouvoir la recherche en santé sexuelle ; et vi) prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer dans l'ensemble de la stratégie. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle prend en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle. Les mesures contenues dans cette stratégie visent en 2030 à placer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des plus jeunes au cœur de leurs parcours éducatifs en santé, maintiennent une attention particulière pour les populations les plus exposées au VIH en renforçant notamment la prévention diversifiée, visent à renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH et à augmenter la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B et le HPV.

MdM a participé, avec toutes les parties prenantes, à l'élaboration de ces rapports, recommandations ou stratégies et participe par ailleurs aux différents comités de pilotage mis en place par la Direction générale de la santé (DGS) pour la mise en œuvre et le suivi des recommandations.

(101) Les Caso de Bordeaux, Cayenne, Marseille et Pau, l'équipe de Metz, le programme de Bayonne auprès des usagers de drogues ou personnes en situation de précarité, le programme « santé proximité » à Toulouse.

TRAITEMENT CONTRE L'HÉPATITE C : UNE INNOVATION THÉRAPEUTIQUE MAJEURE QUI RÉVÈLE DES RUPTURES DANS LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DU MÉDICAMENT, DONT LA FIXATION DU PRIX DE L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE.

La lutte contre l'hépatite C (VHC) connaît depuis 3 ans une véritable révolution avec l'arrivée des nouveaux antiviraux à action directe (AAD), qui permettent des taux de guérison spectaculaires. Ils représentent un grand espoir pour les personnes atteintes d'hépatite C et offrent une opportunité d'éradiquer le virus.

Mais cette nouvelle classe thérapeutique a aussi déclenché, en France comme chez nos voisins européens, une prise de conscience du prix souvent exorbitant et non justifié des médicaments. Le prix du sofosbuvir (Sovaldi®), un des premiers de ces AAD, a été fixé par les pouvoirs publics en novembre 2014, au terme de négociations entre le laboratoire Gilead qui le commercialise et le Comité économique des produits de santé (CEPS¹⁰²) : 41 000 € la cure standard de 3 mois, alors qu'elle ne coûterait que 60 € à produire, selon Gotham et al. [Gotham 2016]. Comme les AAD sont associés entre eux pour garantir l'efficacité thérapeutique, le prix de vente des combinaisons oscillait alors entre 44 000 et 66 000 € la cure de 3 mois.

Ces niveaux de prix ne permettait pas au budget de l'assurance-maladie d'assurer la prise en charge pour tous les patients. En conséquence, pour la 1^{re} fois depuis la création de la Sécurité sociale universelle en 1945, l'État a décidé de rationner l'accès à un traitement efficace pour des raisons uniquement budgétaires. De novembre 2014 à juin 2016, ce rationnement a été strict, le gouvernement limitant les prescriptions aux personnes dont la maladie était la plus avancée. Le 25 mai 2016, Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, a enfin annoncé « l'accès universel » ; annonce qui ne sera effective en totalité qu'à partir d'avril 2017. Le processus s'est fait par étapes, avec un 1^{er} arrêté ministériel en juin 2016 étendant les indications de mise sous traitements à certaines catégories de population plus vulnérables ou plus exposées, puis en fin d'année 2016 avec la commercialisation de nouveaux AAD à un prix inférieur d'un tiers à celui du sofosbuvir. Ce n'est qu'en avril 2017, avec la commercialisation de l'Epclusa, autre AAD produit par Gilead, que les dernières mesures de restriction ont été levées. Si le front de l'accès universel est aujourd'hui soldé, il n'en est rien pour les prix. Certes les « premiers prix » sont maintenant aux alentours de 28 000 euros la cure standard de 3 mois, mais l'Epclusa, qui est indiqué en 1^{re} intention dans quasiment toutes les formes d'hépatite C, est vendu à 43 000 euros la cure de 3 mois.

Pourtant, confrontées à ces enjeux éthiques et de santé publique, des associations, dont MdM, ont joint leurs efforts pendant plus de 3 ans au sein d'un collectif interassociatif¹⁰³ pour alerter les pouvoirs publics français sur des points de ruptures : rupture dans les principes de solidarité et d'universalité de l'accès aux

soins, rupture dans les paradigmes économiques à l'œuvre dans le prix du médicament, rupture dans l'ampleur des coûts financiers pour la Sécurité sociale. **Nos organisations ont appelé l'État à exiger un juste prix et ont formulé des propositions concrètes pour qu'il joue pleinement son rôle de régulateur du marché des médicaments.** Dans une perspective structurelle, il a été demandé d'introduire la démocratie sanitaire dans les instances impliquées dans le circuit du médicament ; dans une perspective conjoncturelle, nous n'avons cessé de demander au gouvernement d'activer le dispositif de la licence d'office¹⁰⁴, qui aurait permis de produire des versions génériques à un moindre coût. À ce jour, nous n'avons pas été entendus.

Sur la politique du médicament, la Loi de modernisation de notre système de santé adoptée en janvier 2016 est en effet décevante. Certes, le CEPS pourra désormais conclure un accord cadre avec les associations pour préciser les conditions dans lesquelles il les informera et les auditionnera ; mais cette disposition est largement insuffisante au regard des enjeux de démocratie sanitaire : les associations ne seront pas membres à part entière du CEPS et ne participeront pas aux négociations ; c'est une citoyenneté de seconde zone qui est ainsi créée. Seule avancée en matière de participation des usagers aux instances de gouvernance de la politique du médicament : la nomination au collège de la HAS – après moult remous – du secrétaire général délégué du CISS¹⁰⁵ par la ministre des Affaires sociales et de la Santé¹⁰⁶. Autorité indépendante, ce collège de 6 personnes est chargé, entre autres, de délibérer sur les avis évaluant l'efficacité thérapeutique des médicaments en s'appuyant principalement sur les travaux de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Citons aussi dans les avancées la mise en place de consultation des associations de patients par la HAS sur les points de vue et expériences des usagers sur une liste de médicaments.

Ainsi, dans un contexte de levée du rationnement pour les traitements de l'hépatite C, MdM poursuit son plaidoyer pour la baisse des prix des AAD et plus généralement des traitements innovants. En mettant en tension le système des brevets, MdM propose de fournir des arguments de droit pouvant aider les gouvernements dans leur rapport de force, aujourd'hui inégal, avec les industriels pour réduire les prix des médicaments innovants, notamment en oncologie. Ainsi, le 10 février 2015, MdM a déposé auprès de l'Office Européen des Brevets (OEB) une opposition à un brevet¹⁰⁷ majeur protégeant le sofosbuvir, celui portant sur la formule chimique du médicament. Le droit des brevets ne s'intéresse pas à l'efficacité thérapeutique ; que ce soit pour un médicament ou toute autre

(102) Organisme interministériel qui représente l'État et le payeur.

(103) Ides, CISS, CHV, Comede, Fédération Addiction, MdM, SOS hépatites Fédération, TrT5.

(104) Ce mécanisme, rendu possible dans le cadre des flexibilités de l'accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les droits de propriété intellectuelle, est en effet également prévu dans le code de la propriété intellectuelle français.

(105) Devenu le 21 mars 2017 l'Union nationale des associations agréées du système de santé.

(106) Décret publié au Journal Officiel le 8 avril 2017.

(107) Une opposition au brevet est un recours juridique par lequel peut être contestée la validité d'un brevet et favoriser, en cas de succès, la mise en compétition avec des versions génériques.

invention, il définit des critères de brevetabilité qui doivent être respectés, ainsi que des procédures de brevetabilité auxquelles doivent se soumettre les industriels. Sur ces deux points, MdM contestait la validité de ce brevet. C'était la 1^{re} fois en Europe qu'une ONG médicale utilisait cette voie pour tenter d'améliorer l'accès des patients aux médicaments. À l'issue de l'audience publique au siège de l'OEB début octobre 2016, les revendications avancées par Gilead pour maintenir son brevet n'ont pas toutes été considérées comme valables. L'OEB a considéré que Gilead avait outrepassé le périmètre de sa demande de brevet telle qu'elle avait été déposée. Techniquement, la décision de l'OEB signifie que le sofosbuvir en tant que tel n'est plus protégé par un brevet. Cette décision accompagne favorablement le combat de MdM pour de nouvelles règles dans la fixation du prix des médicaments et pour l'instauration, à terme, d'un modèle alternatif au brevet pour financer l'innovation thérapeutique. **Le 27 mars 2017, MdM a déposé avec 30 ONG de 17 pays européens¹⁰⁸ une opposition à un autre brevet important sur le sofosbuvir, celui portant sur le composant de base qui permet de fabriquer le médicament.**

MdM a aussi déployé en juin 2016 une campagne au ton délibérément incisif, pour dénoncer le prix révoltant des médicaments et alerter l'opinion publique sur le risque pour notre système de santé. La campagne entend expliquer le problème de la détermination du prix des médicaments et proposer des solutions, au-delà de la simple dénonciation¹⁰⁹.

MdM poursuit son combat, mené aussi à l'échelle européenne et mondiale au travers de son réseau dans 15 pays et de ses partenaires, pour maintenir la solidarité et l'universalité dans l'accès aux soins.

MdM demande :

- que l'État protège l'intérêt de tous, préserve notre système de santé solidaire et intervienne fortement pour faire baisser le prix des médicaments ;
- de la transparence dans les coûts de recherche et développement ;
- un encadrement juridique accru de l'écosystème de production de la R&D (l'environnement juridique des start-up qui effectuent les premières phases de R&D et déposent les brevets) ;
- un mécanisme spécifique de fixation du prix pour les innovations thérapeutiques : on ne fixe pas de la même façon le prix du Doliprane que celui d'une immunothérapie dans le traitement du cancer !
- à terme, un modèle alternatif au brevet pour financer l'innovation thérapeutique.

Cela implique que le gouvernement, dans une démarche ferme et volontariste, assume sa fonction de régulateur d'un marché à part : celui des produits de santé, qui est celui de la vie.

LE DÉPISTAGE DES IST : DES BESOINS IMPORTANTS

Sur la période 2008-2016, 5 004 dépistages de la syphilis, 1 760 dépistages des chlamydiae et 1 039 dépistages des gonocoques ont été réalisés auprès des patients fréquentant nos programmes¹¹⁰ grâce aux partenariats établis avec des CeGIDD (tableau 27). Ces partenariats se concrétisent le plus souvent sous la forme d'actions « hors les murs » des CeGIDD auprès des publics rencontrés à MdM.

TABLEAU 27 : INCIDENCE DES IST PARMI LES PATIENTS DÉPISTÉS ENTRE 2008 ET 2016 DANS LES CASO DE LYON, SAINT-DENIS, ET ROUEN ET LE PROGRAMME AUPRÈS DES PERSONNES TRAVAILLEUSES DU SEXE À PARIS

	Syphilis (tous stades confondus)	Chlamydiae	Gonocoques
Nombre de dépistages	5 004	1 760	1 039
Taux de positivité (%)	2,46 %	4,89 %	2,4 %

Les résultats indiquent que le taux de positivité des chlamydiae parmi les patients rencontrés sur les programmes de MdM est de 4,89 %, inférieur à celui retrouvé en population générale : en 2015, les dernières données du réseau Renachla retrouvaient en effet un taux de positivité d'environ 6,5 % chez les hommes et les femmes, supérieur à la prévalence dans la population générale estimée entre 1,5 % et 3 % par l'enquête Natchla de 2006. Ce taux a diminué sur les 2 dernières années, après une augmentation de 2005 à 2013 [InVS 2017b].

Concernant la syphilis, nous retrouvons un taux de positivité de 2,46 % sur l'ensemble des dépistages réalisés sur les populations fréquentant nos programmes. Ce taux atteint 4,36 % dans la population des personnes proposant des services sexuels tarifés et 1,96 % parmi les autres personnes accueillies sur les programmes de MdM (migrants en situation précaire, personnes sans domicile fixe...). Enfin, concernant les gonocoques, on observe un taux de positivité de 2,4 % parmi les personnes dépistées sur les programmes de MdM.

Ces chiffres confirment la vulnérabilité des publics rencontrés, particulièrement les migrants et les personnes proposant des services sexuels tarifés, face à ces pathologies.

On voit bien là tout l'intérêt de proposer un dépistage systématique des IST, souvent asymptomatiques, notamment aux femmes et aux populations en situation de précarité.

(108) Dix sections du réseau international de Médecins du Monde en Europe, 13 sections de Médecins sans frontières en Europe, 5 associations nationales et l'Alliance européenne pour la santé publique.

(109) Dans le cadre de cette campagne, le public est invité à se rendre sur le site internet « Le Prix de la vie » afin de signer une pétition adressée à la ministre de la Santé pour faire baisser le prix des médicaments. Fin juin 2017, cette pétition a été signée par 240 000 personnes.

(110) Le recueil de ces données a été initié en 2008 dans le programme auprès des personnes travailleuses du sexe à Paris. En 2016, ce recueil concerne 4 programmes : les Caso de Lyon, Saint-Denis, et Rouen et le programme auprès des personnes travailleuses du sexe à Paris.

LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES

LES POINTS ESSENTIELS

→ Au cours des années 2015 et 2016, plus de 1 000 échantillons de drogues ont été analysés par le réseau du dispositif XBT.

→ Dans 1 cas sur 5, l'utilisateur n'avait pas encore consommé l'échantillon avant de le faire analyser.

→ Une diminution de plus de 40 % des pratiques à risques de transmission du VHC et des complications liées à l'injection (abcès, etc.) grâce aux sessions d'éducation (ERLI).

Face à l'épidémie de VIH en particulier qui décimait les usagers de drogues et afin que ces derniers disposent des moyens de se protéger en limitant les problèmes de santé causés par la consommation de produits, MdM a ouvert, dès 1989, les premiers programmes d'échange de seringues puis dès le début des années 1990 des programmes d'accès aux traitements de substitution aux opiacés.

Dans ses différentes démarches, l'association a fait le choix de mettre en œuvre et soutenir des actions innovantes et expérimentales, en intervenant avec les usagers, au plus près de leurs pratiques et en s'appuyant sur leur expertise.

À la fin des années 1990, l'association est intervenue en milieu festif avec les missions Rave, pour discuter des pratiques de consommation des drogues, proposer d'analyser les produits consommés et mettre à disposition du matériel de réduction des risques (kits d'injection, d'inhalation, préservatifs, flyers, etc.). La composition des drogues étant une des préoccupations majeures des usagers, l'association tente de répondre à leurs interrogations par la mise en place d'un dispositif global d'analyses de drogues par chromatographie sur couche mince (CCM¹¹¹) en complément du dispositif de veille sanitaire Sintes¹¹² de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (cf. encart). Ce dispositif, constitue un outil de réduction des risques unique en France qui va bien au-delà de la remise de résultat, en offrant un espace de parole aux usagers, leur apportant des informations (effets, méfaits, gestion

de l'usage...) favorisant le développement de stratégies de consommations à moindre risque, co-construites avec les personnes. Depuis 2009, MdM travaille au transfert de ce dispositif vers les structures de droit commun telles que les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ou les associations d'auto-soutien et d'intervention en milieu festif.

En 2010, un programme novateur a été initié par MdM, en partenariat avec Sida Paroles (Caarud) et Gaïa Paris (Csapa-Caarud) dans l'objectif de réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux, overdoses, détérioration du capital veineux, etc.) grâce à des séances pratiques d'éducation individuelle aux risques liés à l'injection de drogues (projet Erli). Lors de ces séances organisées dans un espace dédié, les intervenants observent, repèrent les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité des usagers et proposent des alternatives. Des messages de réduction des risques sont délivrés pour faire évoluer leurs pratiques. L'évaluation du projet¹¹³, publiée en 2015, a mis en évidence un bénéfice significatif des sessions d'éducation telle qu'une diminution de plus de 40 % des pratiques à risques de transmission du VHC et des complications au point d'injection dans le groupe suivi par rapport au groupe témoin [Roux 2016].

« En fait, on croit savoir comment s'injecter alors qu'on fait beaucoup d'erreurs, rien que pour trouver sa veine. Moi, je faisais beaucoup d'abcès avant, j'avais les jambes très abîmées. Grâce à leurs conseils, j'ai pu me re-shooter dans les bras alors que je croyais que mes veines étaient mortes depuis longtemps. Avant, je shootais dans la voiture, dans les escaliers ou dans un immeuble et c'est vrai qu'au niveau hygiène, on n'était pas sûr de ne pas prendre la seringue de l'autre, il y avait du matériel un peu partout alors qu'à la boutique, on a appris beaucoup de choses. C'est vraiment efficace quoi. »

[Programme Erli, 2015]

Le projet Erli de MdM a fermé en janvier 2017¹¹⁴, les dispositifs de type Erli ayant vocation à se déployer, à travers une reprise par les partenaires associatifs de MdM ou les structures de droit commun. En effet, la supervision de consommation peut désormais être pratiquée par les intervenants en réduction des risques car encadrée par la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

(111) La CCM est une méthode d'analyse au cours de laquelle les différents constituants d'un échantillon sont séparés sur une surface plane, pour être ensuite identifiés qualitativement après une succession de réactions colorimétriques. Cette méthode permet d'identifier la substance présumée ainsi que les différents produits de coupe présents dans un délai de 30 à 50 minutes. Ce temps peut être mis à profit pour discuter avec l'utilisateur.

(112) Système d'identification national des toxiques et substances.

(113) Évaluation réalisée en partenariat avec l'association Aides, une équipe de chercheurs du Sesstim et financée par l'ANRS.

(114) La fermeture de ce programme a fait l'objet de 2 documents : un rapport de capitalisation et un référentiel d'intervention à destination des professionnels qui souhaitent mettre en place ce dispositif dans leurs structures.

Les consommateurs de produits restent néanmoins stigmatisés et pénalisés¹¹⁵ en raison de leurs pratiques, ce qui les expose plus que d'autres aux risques sanitaires [OFDT 2015] et accroît les obstacles en termes d'accès aux droits et aux soins. En particulier pour les personnes en situation de précarité pour qui les injections sont souvent réalisées dans des lieux peu propices (toilettes publiques, parkings, cages d'escalier...). De plus, les « lieux privés » utilisés pour l'injection recouvrent des réalités très diverses (squats, camions aménagés...) qui ne permettent pas toujours aux personnes de bénéficier d'un environnement adapté pour leurs pratiques (absence d'accès à l'eau, à l'électricité...). Ces constats sont autant d'arguments en faveur de la création des salles de consommation à moindre risque, demandées depuis de nombreuses années par les associations. Expérimenté dans de nombreux pays, ce type de dispositif permet la diminution de la consommation dans les lieux publics et les nuisances associées (présence de matériel souillé), la réduction des comportements à risque (partage et réutilisation de matériel notamment) et de la morbidité associée au VIH et au VHC ainsi que la diminution des overdoses mortelles.

Après plusieurs années d'attente, MdM se réjouit de la mise en place à titre expérimental de salles de consommation à moindre risque prévue par la Loi de modernisation du système de santé adoptée en janvier 2016 mais constate une certaine timidité des pouvoirs publics : à l'heure actuelle, seules 2 salles ont ouvert à Paris et Strasbourg alors qu'on en compte plus d'une trentaine aux Pays-Bas par exemple¹¹⁶.

En matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues, les initiatives successives prises par MdM et ses partenaires sont parfois apparues dans un contexte sociopolitique peu favorable, mais ont fait la preuve de leur efficacité et ont souvent fini par être transférées dans le système de santé de droit commun.

MdM se réjouit que la Loi de modernisation du système de santé adoptée en 2016¹¹⁷ ait inscrit l'analyse de drogues comme un des éléments à mettre en œuvre dans les programmes de réduction des risques¹¹⁸, que le dispositif Erli puisse être déployé dans les structures de droit commun et que des salles de consommation puissent ouvrir à titre expérimental. Toutefois, MdM insiste sur la nécessité de replacer l'expertise de santé publique au cœur de la politique des drogues en France et demande que soit engagé un chantier législatif ambitieux pour définir un nouveau cadre légal et réglementaire autorisant et encadrant la mise à disposition et l'utilisation de substances contrôlées pour des usages non médicaux.

LE RÉSEAU XBT : UN DISPOSITIF D'ANALYSE DE PRODUITS COMME OUTIL DE RÉDUCTION DES RISQUES

Le dispositif XBT, créé en 2000 par MdM, est initialement un programme de soutien technique aux équipes de réduction des risques (RdR) liés aux usages de drogues exerçant en première ligne. Il vise à développer la connaissance des drogues au travers de l'analyse de celles-ci, sachant qu'une grande diversité de produits circule tant dans leurs présentations, leurs compositions (qualitative et quantitative), que dans leurs effets. Ce dispositif est le seul permettant actuellement de proposer l'analyse de produits comme outil de réduction des risques et non uniquement comme outil de veille. Le dispositif est anonyme et gratuit et s'adresse à toute personne souhaitant faire analyser un produit, que celui-ci ait été déjà consommé ou non. En 2016, le réseau compte 44 partenaires (Csapa, Caarud, associations intervenant en milieu festif...) qui proposent l'analyse de produits aux usagers de drogues qui le souhaitent et transmettent les échantillons à 5 laboratoires partenaires. À chaque collecte de produits et rendus de résultats, un entretien de réduction des risques est mené avec l'utilisateur. Depuis 2013, les thèmes abordés lors de ces entretiens éducatifs concernent dans 80 % des cas les produits (et en particulier leurs effets) et dans 69 % des cas les risques et plus spécifiquement les ressentis liés à la consommation. Enfin, le sujet des infections est abordé dans 40 % des entretiens. **Au cours des années 2015 et 2016, 1 069 échantillons ont été analysés par le réseau, parmi eux 75 % étaient des stimulants.** Les fréquences de consommation¹¹⁹ déclarées par les usagers sollicitant le dispositif étaient expérimentales pour 3 % d'entre eux, occasionnelle pour 24 %, répétée pour 44 % et régulière pour 38 % d'entre eux. **Dans 1 cas sur 5, l'utilisateur n'avait pas encore consommé l'échantillon avant de le déposer pour une analyse.** Enfin, parmi les personnes ayant déjà consommé une partie du produit avant analyse 70 % ne déclarent pas d'effet indésirable et font tout de même analyser leur produit. Ces chiffres montrent que les motivations des usagers vont bien au-delà des effets indésirables et illustrent la portée éducative du dispositif. Les risques liés à la composition des produits issus du marché parallèle, aux surdoses ou la poly-consommation sont une préoccupation constante des usagers et expliquent l'intérêt qu'ils portent à ce dispositif. Ce dispositif constitue un outil de réduction des risques unique en France améliorant les connaissances des usagers (effets, méfaits) et favorisant le développement de stratégies de consommations à moindre risque. L'analyse des produits permet ainsi de mieux appréhender les préoccupations des usagers, diffuser des messages de RdR adaptés, suivre en temps réel les évolutions du marché parallèle et l'apparition de nouveaux produits, anticiper les évolutions du marché et participer à la veille sanitaire. **Le réseau défend l'accès pour les usagers à un dispositif global d'analyse de drogues comme outil de réduction des risques soutenu par les autorités de santé au niveau régional et national.**

(115) Le cadre légal français définissant et réprimant les infractions à la loi sur les stupéfiants (ILS) est l'un des plus répressifs d'Europe. Il s'agit de La loi n°70-1320 du 31/12/1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses qui a instauré l'incrimination du simple usage et définit des sanctions pénales réprimant cette infraction (art L. 3421-1 alinéa 1 du Code de la santé publique qui définit et réprime l'usage illicite de stupéfiants).

(116) http://www.francetvinfo.fr/france/salles-de-shoot-que-font-nos-voisins-europeens_134824.html

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

(118) Article L3411-8 du code de la santé publique « Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées »

(119) Consommation Expérimentale : 1^{re} consommation ; occasionnelle : moins de 10 fois dans l'année ; répétée : au moins 10 fois dans l'année ; régulière au moins 10 fois dans le mois. Grille OFDT.

LA RÉDUCTION DES RISQUES AVEC LES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2016, plus de 2 100 personnes proposant des services sexuels tarifés ont été rencontrées par les équipes de MdM.
- Des personnes qui vivent en situation de grande précarité et qui font face à une augmentation des violences exercées à leur encontre et à une pression quotidienne de la part des forces de l'ordre dans certaines villes.
- Une évolution du cadre législatif ayant des effets délétères sur la santé des personnes proposant des services sexuels tarifés.

Le travail du sexe recoupe des réalités très diverses (dans la rue ou en intérieur, régulière ou occasionnelle, de façon contrainte ou autonome, dans des conditions sûres ou plus précaires...), qui rendent particulièrement difficile l'estimation du nombre de personnes pouvant être concernées. Les seules données disponibles proviennent des autorités en charge de la sécurité publique et portent essentiellement sur la prostitution « visible » : ainsi en 2014, l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) donnait une estimation du nombre de personnes se prostituant en France entre 30 000 et 35 000¹²⁰. Selon le Syndicat du travail sexuel (Strass), 400 000 personnes proposeraient des services sexuels tarifés [HAS 2016]. La très large majorité des personnes se prostituant en France seraient des femmes, 10 % des hommes et 5 % des personnes transgenres.

MdM mène depuis 2000 des actions spécifiques auprès des personnes proposant des services sexuels. En 2016, on compte 5 programmes¹²¹ ayant pour objectif de réduire les risques liés aux pratiques du travail sexuel. Leurs actions consistent à « aller vers » les personnes afin d'assurer une écoute attentive, de faciliter l'accès aux droits et aux soins, de prévenir et réduire les risques. En s'appuyant sur les compétences des personnes et sur la réalité de leurs pratiques, il s'agit de renforcer leurs connaissances en matière de prévention primaire et secondaire, en particulier sur la transmission des infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur les violences, pour mieux se protéger.

L'orientation médicale, juridique et sociale fait également partie des objectifs de ces programmes. En 2016, ces programmes ont réalisé plus de 26 400 contacts auprès de 2 100 personnes.

La vie quotidienne des travailleuses du sexe (TDS¹²²) est souvent précaire, en termes de logement, d'accès aux droits et aux soins et d'isolement social. Alors que certaines personnes revendiquent leur choix de pratiquer cette activité, pour d'autres il s'agit d'une stratégie de survie. Pour les personnes étrangères, l'absence de titre de séjour, la réalité du marché de l'emploi non déclaré en France et la pression économique qu'elles subissent pour rembourser leurs dettes et/ou aider leur famille les poussent à considérer cette activité comme un des seuls moyens de subsistance atteignable.

Une grande part des travailleuses du sexe connaît une situation vis-à-vis du logement très précaire (hôtels, colocation surpeuplée, hébergement par un tiers...) qui ne facilite pas leurs démarches administratives (difficultés pour obtenir un justificatif de domicile), ni l'accès à une alimentation saine et adaptée (absence de cuisine par exemple). Le caractère précaire du logement peut constituer une source d'anxiété et de stress importante.

Si leur situation sanitaire est particulièrement mal connue du fait de l'absence d'étude épidémiologique, il est reconnu qu'elles sont confrontées dans leur cadre professionnel ou privé à des risques sanitaires tels que le VIH/sida, les hépatites et autres infections sexuellement transmissibles, IVG et problèmes divers de santé sexuelle et reproductive. Cependant, la récente étude de la HAS indique que « l'activité prostitutionnelle n'est pas en soi un facteur de risque d'infection au VIH/Sida sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique qui limitent la capacité des personnes à résister aux pressions exercées par des clients pour obtenir des pratiques à risques » [HAS 2016]. Par ailleurs, comme l'indique le rapport de l'Igas, « les violences et leurs conséquences sanitaires constituent une autre catégorie de risques très souvent associée à la prostitution » [Igas 2012]. Ces violences, d'origine très diverse, peuvent être perpétrées par les clients, les proxénètes, les passants, les personnes prostituées entre elles, ou liées à l'environnement institutionnel... Elles sont bien souvent physiques mais également verbales et psychologiques. Elles ne sont pas inhérentes à l'activité de la prostitution en elle-même mais bien aux conditions dans lesquelles cette activité s'exerce [Maffesoli 2016].

(120) Ces estimations ont été réalisées selon l'OCRTEH avec l'objectif de prendre en compte la prostitution moins visible via des annonces sur internet ou indoor, mais restent à interpréter avec précaution et sont contestées par certains acteurs.

(121) Paris, Montpellier, Rouen, Nantes, Poitiers.

(122) La terminologie à employer pour les personnes qui pratiquent la prostitution fait l'objet de nombreux débats. Nous avons fait le choix ici de parler de « travailleurs du sexe » (TDS) pour désigner l'ensemble des personnes qui pratiquent la prostitution. Dans la mesure où la très grande majorité des personnes sont des femmes nous faisons également le choix dans ce rapport d'utiliser le féminin.

« J'ai une amie qui s'est fait frapper, une nuit. Un passant a appelé la police qui a arrêté la personne, mais maintenant j'ai peur des représailles. »

[Rouen, 2016]

« M. a pris le temps de discuter avec son client et de réclamer l'argent avant de partir avec lui dans sa voiture. Après que le rapport a eu lieu, le client a réclamé son argent et a essayé de le récupérer par la force. M. a été frappée et menacée. M. était seule, elle a eu peur, elle a eu mal. Elle a rendu l'argent à son client pour qu'il la laisse partir. »

[Nantes, 2016]

Enfin, les travailleuses du sexe doivent faire face à une pression quotidienne de la part des forces de l'ordre. Les contrôles d'identité quotidiens peuvent entraîner chez certaines une pression psychologique de plus en plus forte, difficile à gérer.

UNE STIGMATISATION QUI COMPROMET L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Dans ce contexte, l'accès aux droits est un parcours du combattant pour les travailleuses du sexe. En effet, porter plainte est difficile pour ces personnes qui assimilent les officiers de police à des forces répressives (et non protectrices) puisqu'elles sont généralement pénalisées en raison de leur situation administrative irrégulière et stigmatisées en raison de leur activité. À ce titre, **MdM lutte contre toute mesure de répression directe ou indirecte de la prostitution qui irait à l'encontre des objectifs de santé publique et s'engage pour faciliter et garantir l'accès aux structures de droit commun.**

Il est reconnu que l'isolement et le statut administratif précaire sont des facteurs d'aggravation de ces risques alors même qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention [Igas 2012]. Ces personnes sont souvent dans la méconnaissance de leurs droits et des structures d'accueil et de soutien existantes. Nombre d'entre elles sont confrontées à la barrière de la langue qui peut être particulièrement problématique pour entreprendre des procédures administratives, qui leur permettraient l'accès aux droits et aux soins. De fait, leurs problèmes de santé passent souvent au second plan.

Dans ce contexte, il est nécessaire que les personnes soient informées de leurs droits et que leur accès à une couverture maladie et aux structures de soins soit facilité.

À ce titre la loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel adoptée le 13 avril 2016¹²³ vient nuire au travail des équipes sur le terrain et a un impact non négligeable sur la santé des personnes concernées (cf. encart page 78).

« Depuis la promulgation de la loi, la situation est intenable, la loi fait des prostituées des futurs SDF. [...] C'est un véritable coup de massue qu'on s'est pris. On n'a que les effets négatifs de la loi. Ils [les pouvoirs publics] devraient ne pas appliquer la pénalisation et commencer par mettre en œuvre les mesures d'accompagnement des prostituées, leur laisser le temps de sortir de la prostitution. »

[Montpellier, 2016]

Une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des TDS.

MdM alerte sur le fait que le contexte politique national et international, la crise de l'accueil des migrants, les politiques qui l'encadrent et les mesures législatives actuelles qui vont à l'encontre des intérêts des travailleur/ses du sexe ne sont pas des éléments propices à la mise en place d'un parcours de sortie de la prostitution. MdM sera particulièrement vigilant pour que le dispositif d'aide à la sortie de la prostitution ne soit pas seulement un effet d'annonce.

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

UN CONTEXTE POLITIQUE CONTREPRODUCTIF POUR LA SANTÉ DES PERSONNES QUI SE PROSTITUENT « JE SUIS DEVENUE CELLE QUI DIT OUI À N'IMPORTE QUEL PRIX »

En avril 2016, la loi pour renforcer la lutte contre le système prostitutionnel a été votée. Elle prévoit l'abrogation du délit de racolage public (réclamée par l'ensemble des associations impliquées depuis 2013), la création d'un parcours de sortie de la prostitution pour ceux/celles qui le souhaitent, mais parallèlement elle instaure la pénalisation du client. Cette dernière mesure est dénoncée depuis de nombreuses années par plusieurs associations qui considèrent qu'elle a des conséquences délétères sur les personnes qui se prostituent et en particulier pour les plus précaires d'entre elles.

Dès l'été 2016, MdM a souhaité mettre en place avec les associations partenaires une enquête auprès des personnes se prostituant afin de documenter les premiers impacts de la loi sur leurs conditions de vie et de travail [MdM 2016(c)]. Plus de 30 entretiens formels et 40 entretiens informels ont été réalisés entre le 20 juin 2016 et le 29 septembre 2016 à Paris, Nantes, Rouen, Poitiers et Montpellier.

Une loi qui ne prend pas en compte la diversité des pratiques de la prostitution

Les travailleuses du sexe déclarent être trop souvent considérées comme des victimes de réseau. En cela la loi est jugée comme trop « homogénéisante » car elle nie la diversité des profils et des pratiques. Bien que les cas d'exploitation et de prostitution contrainte existent, les entretiens rappellent une réalité plus diverse. Ainsi de nombreuses personnes déclarent travailler de façon indépendante et lorsqu'il existe un intermédiaire il est plus souvent choisi que subi ou imposé. Les TDS constatent que les mesures de répression tendent finalement à favoriser le recours à un intermédiaire et réduire ainsi leur autonomie.

L'étude révèle par ailleurs des niveaux de vie très variables entre les TDS. Si une grande partie d'entre elles sont en situation de précarité et donc de survie grâce à la prostitution, d'autres vivent de façon plus confortable. Ainsi de nombreuses TDS déclarent que le choix de cette activité est lié au fait que leur situation administrative, leur niveau d'études ou leur maîtrise de la langue ne leur permettraient pas de trouver un autre emploi aussi lucratif. Outre l'aspect financier, le choix est aussi celui d'un mode de vie : les conditions de travail dans d'autres emplois sont un argument récurrent pour expliquer la préférence pour le travail du sexe. Il s'agit pour les TDS de retrouver une autonomie dans l'organisation de leur quotidien, d'échapper à d'autres formes d'exploitation ou de hiérarchie plus insupportables que les risques liés à cette activité.

« Avant je travaillais pour une famille Wenzhou, j'étais 24 heures chez eux je ne supportais plus. [...] Il faut savoir qu'en Chine on a beau se donner du mal c'est difficile d'améliorer nos vies, et ici les pressions sont si fortes, les conditions et les heures de travail si difficiles, que [faire ce travail] est un choix douloureux afin de protéger sa liberté. »

Une loi qui questionne la réalité et l'efficacité des objectifs annoncés

La loi a mis fin au délit de racolage « afin de protéger les prostituées plutôt que de les interpeller ». Plusieurs TDS mettent en doute le fait que la priorité de protection s'impose dans les relations avec les forces de l'ordre, en particulier. Dans les faits, certaines villes continuaient au moment de l'enquête d'appliquer des arrêtés interdisant la prostitution dans certains quartiers. Ces arrêtés municipaux viennent détériorer les conditions de travail des TDS, contraintes de pratiquer dans des espaces plus isolés, donc moins protégées des risques de violences.

« On est doublement pénalisés [...]. Personne ne parle de ces arrêtés municipaux. Tout le monde parle de la pénalisation du client donc on se dit : 'Ah bah finalement, on a laissé les prostituées tranquilles'. C'est faux. Nous sommes pénalisées à double titre parce que les arrêtés municipaux nous interdisent de stationner longtemps sur la voie publique. [...] donc c'est bien les prostituées qu'on veut chasser des centres villes. À quel prix ? Au prix de notre intégrité physique. »

Six mois après la mise en application de la pénalisation du client, un premier bilan fait état de 250 verbalisations¹²⁴, auxquelles il convient d'ajouter les avertissements et les contrôles d'identité qui contribuent fortement à l'effectivité de la loi. En effet, si aucune des personnes interrogées n'a été témoin de la verbalisation d'un de ses clients, nombre d'entre elles évoquent l'augmentation des contrôles d'identité et l'effet dissuasif de la présence (ou de la crainte de la présence) de policiers à proximité. Ainsi le décalage entre la politique nationale de « protection » des TDS et la politique locale de répression met clairement en question les motivations des autorités locales. La priorité reste souvent celle de la tranquillité publique, plutôt que de la protection des personnes.

(124) Gaëlle Dupont, « En six mois, 250 clients de prostituées verbalisés sur le territoire », in LeMonde.fr, 4 octobre 2016. Disponible en ligne : http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/10/04/en-six-mois-250-clients-de-prostituees-verbalises-sur-le-territoire_5008000_3224.html (Dernière consultation : août 2017)

« Les gens disent qu'il y a la nouvelle loi maintenant, qu'ils ont peur et qu'ils ne veulent pas [...] Non. Je n'ai jamais vu un client se faire arrêter. Mais, parfois, quand tu es juste en train de parler avec eux, la police met juste ses lumières. Et quand ils voient la lumière de la police, houlala ! »

Enfin, condamner le client est injuste pour beaucoup de personnes interrogées qui trouvent que c'est moralisateur et non adapté à l'objectif affiché de protéger les TDS et de lutter contre le proxénétisme.

Une loi qui impacte très fortement les conditions de travail et de vie des TDS

Ainsi que le préoyaient les législateurs, la pénalisation du client a entraîné une baisse du nombre de clients. Cette diminution est observée pour la quasi majorité des TDS interrogées.

« Les clients ont disparu, donc on chôme, on passe des heures à attendre pour rien. »

La conséquence est une baisse importante, voire alarmante des revenus. À ce titre, l'étude révèle 2 stratégies différentes adoptées (simultanément ou non) par les TDS pour réagir à ces baisses. La première consiste à adapter ses conditions de travail dans le but de pallier la baisse de la demande. À cette fin, on observe un recul des exigences sur le prix ou les pratiques et une augmentation des prises de risques.

« Il demande combien c'est. Je lui dis '30€', il me dit : 'Ah non, je n'ai que 10€'. Moi, avant, je n'acceptais pas, même mes copines n'acceptaient pas 10€. Mais maintenant, je l'accepte [...]. J'accepte 10€. Alors est-ce que tu penses que la loi, elle m'a rendu fort là ? Au contraire, si j'accepte n'importe qui à 10€. [...] Voilà, la loi. »

« Ce qui se passe, c'est que maintenant, les clients, avant de venir avec toi, ils passent des heures à négocier et ils demandent à payer moins cher car s'ils se font arrêter, ils vont devoir payer une amende. Donc, j'accepte tout et pour moins cher à chaque fois. Ils sont contents maintenant, parce qu'ils ont le pouvoir de décider de tout, je ne vais pas vous dire le contraire. »

La seconde consiste à accepter une précarisation de ses conditions de vie afin de maintenir ses exigences professionnelles

(autonomie et sécurité) et/ou augmenter son temps de travail. Dans ces situations, la loi entraîne un allongement des horaires de travail et de la période envisagée dans ce travail.

Quoi qu'il en soit, contrairement à l'argument en faveur de la pénalisation qui supposait que la travailleuse du sexe se trouverait dans un rapport de force à son avantage face à une personne en situation de délit, l'étude démontre que le rapport de force s'est fortement compliqué. **Les travailleuses du sexe se retrouvent contraintes d'accepter des clients qu'elles n'auraient pas acceptés autrefois** quitte à faire l'impasse sur leurs critères de sélection et à risquer une plus forte exposition aux violences. La négociation de l'échange avec le client est réalisée souvent de manière plus succincte et précipitée, alors qu'elle est un préalable essentiel pour repérer la dangerosité des clients et clarifier les termes de l'échange. Enfin, certaines personnes modifient leur lieu d'attente pour être moins visibles, mais deviennent ainsi plus exposées aux risques de violences.

Ces conditions de travail et de vie dégradées impactent l'état de santé des TDS : fatigue, stress et anxiété, dépression, augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues deviennent le quotidien de nombre d'entre elles.

Cette étude démontre que la loi introduisant la pénalisation des clients ignore délibérément la réalité de terrain et le vécu des personnes concernées. Le « modèle » suédois, cité en référence par les partisans de la pénalisation, a d'ailleurs été vivement critiqué dans une série de publications du journal médical *The Lancet* en juillet 2014 [Decker 2015]. Qualifié de « pire modèle qui puisse exister », il s'est traduit par de graves violations de droits pour les personnes qui se prostituent et une exposition accrue aux violences et aux maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH. L'étude comparative de Reeves et al. menée dans 27 pays européens montre à ce titre que dans les 10 pays disposant de cadres juridiques pénalisant le travail du sexe, la prévalence du VIH est 8 fois plus importante (près de 4 %) que dans les 17 pays où l'achat de services sexuels est légal (près de 0,5 %) [Reeves 2017]. Ce bilan est d'ailleurs parfaitement en phase avec les nombreux avis rendus ces dernières années par les institutions nationales et internationales¹²⁵.

MdM demande l'abrogation des lois qui pénalisent directement ou indirectement les personnes qui offrent des services sexuels tarifés en raison de leur activité. Les criminaliser entrave leur accès aux droits et aux soins, et va à l'encontre d'une politique de réduction des risques.

(125) Conseil national du sida (CNS), Igas, CNCDH, DDD, Programme des Nations unies pour le développement (Pnud), OMS, OnuSida.

2. ACTIONS AUPRÈS DES PERSONNES À LA RUE OU EN HABITAT PRÉCAIRE

INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2016, plus de 13 500 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 4 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso.
- Ces personnes sont plus souvent affectées de troubles d'ordre psychologique et de pathologies dermatologiques que les autres.
- Face aux difficultés pour joindre les 115 ou obtenir de leur part des solutions en adéquation avec leurs besoins, plus de 4 personnes sur 10 n'y font plus appel et trouvent des solutions alternatives.

80

Le logement est une des conditions sociales essentielles qui détermine la qualité de vie, le bien-être et la santé des individus. En France, 3,8 millions de personnes souffrent de mal-logement ou d'absence de logement personnel ; parmi elles, plus de 141 500 sont sans domicile fixe [FAP 2017]. Selon l'Insee, le nombre de personnes sans domicile a augmenté d'environ 50 % entre 2001 et 2012 [Yaouancq 2013]. Cette augmentation est en partie liée à la crise du logement et de l'hébergement d'urgence en France, au sous-dimensionnement structurel des dispositifs d'accueil des étrangers, ainsi qu'à l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile¹²⁶ qui, faute de places dans les structures qui leur sont dédiées, se retrouvent sans domicile.

Sous l'effet principalement du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013, le nombre de places d'hébergement d'urgence a indéniablement augmenté au cours des dernières années (+ 38 % entre 2012 et 2015) [Dallier 2016]. Toutefois, malgré ces efforts, les besoins sont loin d'être couverts. Face à un système totalement

embolisé, principalement du fait des difficultés de sortie de l'hébergement pour accéder au logement social qui lui, est très déficitaire [ANSA 2017], le dispositif du 115 ne parvient pas à répondre aux demandes même en dehors des périodes hivernales, alors même que le Conseil d'État qualifiait traditionnellement le droit à l'hébergement d'urgence de liberté fondamentale¹²⁷. Selon la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), 66 % des demandes au 115 n'ont pas abouti à un hébergement en novembre 2016 [FAS 2016].

Par ailleurs, les solutions d'hébergement quand elles existent ne sont pas totalement satisfaisantes. Ainsi au cours des dix dernières années, le recours aux nuitées hôtelières a littéralement explosé pour répondre aux besoins de l'hébergement d'urgence, en particulier des familles, en passant d'un peu moins de 10 000 places en 2007 à plus de 41 000 en 2016. Les nuitées hôtelières représentent ainsi plus d'un tiers des places d'hébergement [Dallier 2016, Fondation Abbé Pierre 2016]. Or cette solution d'hébergement reste très insatisfaisante pour de nombreuses raisons : conditions de confort très variables voire insalubrité, difficultés pour se nourrir de manière équilibrée et variée en l'absence d'équipement pour faire la cuisine, défaillance voire absence d'accompagnement social, mobilité forcée des occupants...

Depuis 25 ans, MdM mène des actions spécifiques auprès des personnes sans domicile fixe. En 2016, 8 programmes interviennent spécifiquement auprès de ces personnes dans l'objectif de créer du lien avec les personnes sans abri, en situation de grande exclusion et d'extrême vulnérabilité pour favoriser leur accès aux soins et aux droits. **Sur l'année, plus de 13 500 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et 4 019 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso, soit 21 % de la file active des Caso.**

Ces personnes sont pour une large majorité (74 %) des hommes. L'âge moyen est de 31,2 ans¹²⁸ ; 8 % des personnes à la rue sont des mineurs non accompagnés (un chapitre est consacré aux mineurs non accompagnés page 28). Environ 94 % des personnes sans domicile rencontrées dans les Caso sont d'origine étrangère, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (48 %), du Maghreb (14 %) et d'Europe hors UE (13 %). 47 % sont en situation irrégulière et 23 % sont en cours de procédure de demande d'asile.

(126) Rappelons à ce titre que les demandeurs d'asile doivent en principe être hébergés en Cda.

(127) Conseil d'État, arrêt du 10 février 2012.

(128) Il s'agit des caractéristiques des personnes sans domicile rencontrées dans les Caso en 2016.

LOI ÉGALITÉ ET CITOYENNETÉ : DÉPÔT D'UN AMENDEMENT SUR LES OCCUPATIONS INTERCALAIRES CENSURÉ PAR LE CONSEIL CONSTITUTIONNEL

En 2016, MdM avec l'aide d'un collectif composé notamment de l'Inter-squat Paris, a proposé un amendement à la Loi égalité et citoyenneté¹²⁹ visant à permettre des conventions entre des associations et des bailleurs (publics ou privés) afin de permettre l'occupation à titre gratuit de locaux vacants, notamment au titre de l'habitation. Cet amendement a été adopté le 22 décembre 2016 à l'article 112. Il s'agissait d'une belle victoire même si la nécessité d'adopter des décrets d'application laissait penser que cet article pourrait tardivement prendre tous ses effets.

Malheureusement le Conseil constitutionnel en a décidé autrement et l'a censuré considérant qu'il s'agissait d'un cavalier législatif : c'est-à-dire qu'il n'avait aucun rapport avec le sens et la portée de la loi.

LES VIOLENCES, PARTIE INTÉGRANTE DU QUOTIDIEN DES PERSONNES SANS DOMICILE

Il est reconnu que les personnes sans domicile stable sont particulièrement exposées à des situations de violence et affichent une plus grande vulnérabilité comme en témoigne, entre autre, l'enquête menée par MdM au cours de l'hiver 2015/2016 auprès des personnes sans logement ayant fréquenté les Caso de Paris et Saint-Denis [MdM 2016(b)] : 86% des personnes à la rue déclarent un sentiment d'insécurité quel que soit leur vécu quant à l'hébergement (squat, hébergement d'urgence, rue...) et 48% ont été exposées à des violences.

« Je dors dans la rue... J'ai déjà été agressé par une personne... Je ne me sens pas en sécurité. »

[Paris, 2016]

« Je ne dors pas bien... Il fait froid dehors. Il y a tout le temps des gens qui passent, et il y a des gens qui n'arrivent pas à rester calme... J'ai peur. »

[Paris, 2016]

Par ailleurs, l'étude qualitative menée à Nice auprès des personnes sans domicile stable révèle « qu'il n'y a pas de plus haute violence que celle de vivre dans la rue ». Nulle part, elles ne se sentent accueillies, à peine tolérées, elles tentent de disparaître de l'espace en mettant en place des stratégies d'évitement et d'invisibilité. En perte d'humanité dans le regard de l'autre et dans leur propre regard, elles cherchent désespérément un lieu encore capable de les accueillir [MdM 2017b]. Enfermées dehors, les personnes sans domicile considèrent la rue comme la pire des prisons : les barrières ou les barreaux symboliques, psychiques ou parfois institutionnels, ne sont

pas là pour les empêcher de sortir mais pour les empêcher de rentrer et donc d'être à l'abri [MdM 2017b].

Ainsi les réactions de rejet, de non-reconnaissance, d'évitement font partie des normes de la vie à rue et constituent un long processus de deshumanisation.

UN FORT DÉCOURAGEMENT DES PERSONNES POUVANT RELEVIER DU 115

Selon l'enquête de MdM réalisée en 2015/2016 auprès des personnes sans domicile fixe accueillies dans les Caso d'Île-de-France, plus de 4 personnes sur 10 ayant déjà sollicité le 115 n'y font plus appel [MdM 2016(b)]. Découragées par les difficultés pour joindre le dispositif, le manque de place ou encore les mauvaises expériences, les personnes finissent souvent par renoncer.

« Je n'appelle plus le 115 car j'en ai marre des promesses... Pendant 3 mois, nous n'avons jamais pu être logés. »

[Saint-Denis, 2015]

« Chaque matin on se retrouve dehors et il faut rappeler pour avoir une place le soir. J'appelle tous les jours, ça sonne, ça sonne, des heures... Quelqu'un finit par décrocher mais il faut attendre 40 minutes ou une heure. Et quand c'est plein, on doit rappeler à 21 heures pour voir et sinon on dort dans la rue. »

[Saint-Denis, 2015]

Les solutions d'hébergement, quelles qu'elles soient, ne s'inscrivent que très rarement dans la durée et placent les personnes dans une instabilité et une mobilité permanente, source d'une grande anxiété. Les personnes hébergées chez un tiers ou en squat sont également confrontées à cette grande précarité puisque moins de 5% déclarent pouvoir rester le temps qu'elles le souhaitent sur le lieu de vie qu'elles occupent. Parmi les personnes en squat ou en bidonvilles, les deux tiers sont informées d'un risque d'expulsion et près de la moitié ont déjà subi une expulsion. Au total, **plus d'un quart des personnes sans domicile ont connu au moins 5 lieux de vie différents au cours des 12 derniers mois** précédant l'enquête.

Les conditions d'accès à un hébergement peuvent s'accompagner de contreparties parfois abusives ou pouvant même mettre en danger ses occupants comme l'explique Awa, 32 ans :

« Je partage un salon avec 2 autres personnes. Je m'occupe des enfants et du ménage pour pouvoir rester mais je crains de me faire expulser. On me dit souvent de partir. Je ne peux pas rester la journée, et une fois j'ai même dû dormir dehors car j'étais rentrée trop tard et la porte est restée fermée. »

[Paris, 2015]

(129) Loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté.

Ces conditions de vie impliquent une logique de survie et d'errance permanente qui met en danger la santé des personnes sans domicile, les expose à différentes formes de violences et ne leur permet ni de se projeter ni d'envisager une possibilité d'insertion.

MdM demande que les droits au logement, quelle que soit la situation administrative des personnes, soient respectés. Il est nécessaire d'offrir toute l'année un parc d'hébergement respectueux de la dignité des personnes et urgent de renforcer les moyens des 115 pour assurer un réel accueil des personnes en situation de précarité.

LES RÉPERCUSSIONS DU NON-LOGEMENT SUR LA SANTÉ

Les personnes sans abri subissent des conditions de vie particulièrement éprouvantes, dont les conséquences peuvent être dramatiques sur le plan sanitaire et social. Chaque année plus de 2 000 personnes sans domicile décéderait en France [Vuillermoz 2015].

Les problèmes de santé des personnes sans domicile rencontrés dans les Caso de MdM se concentrent autour des affections digestives (27%), respiratoires (22%), ostéo-articulaires (20%) et dermatologiques (18%)¹³⁰. On constate une prévalence plus élevée que chez les autres patients des problèmes dermatologiques (type parasitose et candidoses), des troubles d'ordre psychologique (dominés par le stress et les syndromes anxieux) et des conduites addictives.

Par ailleurs, 44% des patients présentaient une pathologie chronique; 13,4% des femmes de 11 à 49 ans à la rue ont déclaré être enceintes. Enfin, un retard de recours aux soins médicaux est observé par les médecins chez 53% des personnes sans domicile et 43% d'entre eux nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. Ces résultats sont confirmés par d'autres études qui indiquent que les conditions de vie « dans la rue » ont des effets très délétères sur la santé [Laporte 2010].

Dans ces situations extrêmes où trouver à manger et un lieu pour dormir constituent des préoccupations quotidiennes, la prise en compte des problèmes de santé reste bien souvent secondaire. De ce fait, ces personnes affichent un taux de non-recours à l'ouverture des droits à une protection maladie et de renoncement aux soins plus élevés, avec des conséquences graves sur leur santé. Par ailleurs, il est reconnu que le rapport à la maladie reste particulièrement complexe chez les personnes à la rue (cf. encart).

Ces conditions de vie constituent un risque d'aggravation important de l'état de santé pour les personnes présentant déjà une fragilité. Leurs conditions de vie extrêmement

précaires les exposent à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent bien souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé, alors que certaines d'entre elles pourraient bénéficier du dispositif spécifique des Lits haltes soins santé (LHSS). Ce dispositif est destiné spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de convalescence sans justifier une hospitalisation. Malheureusement, il est aujourd'hui saturé (37,8% des demandes d'admission sont refusées) [Picon 2013], notamment parce qu'aucune solution n'existe pour de nombreuses personnes souffrant de pathologies chroniques et qui occupent donc ces lits sur une longue période [ANSA 2016]. Les équipes de MdM font ainsi face à de nombreuses situations de personnes malades et à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit.

« Mme H., soudanaise, est hospitalisée à l'unité de santé mentale (USM) de Calais suite à une décompensation de troubles psychiatriques. Au bout d'un mois d'hospitalisation, elle est autorisée à sortir. Nous envisageons avec l'assistante sociale de l'USM une sortie en Lit halte soins santé sur Calais. Malheureusement, cette solution n'est pas adaptée car les LHSS de Calais ne proposent pas de suivi médical spécifique et la structure partage les locaux avec un hébergement d'urgence de 50 hommes.

Nous interpellons les LHSS de Dunkerque qui nous proposent d'étudier le dossier de Mme H. dans les plus brefs délais. Le médecin de l'USM accepte alors de reporter la sortie de Mme H. en attendant la réponse de Dunkerque.

Une semaine plus tard nous recevons un appel d'une bénévole de Calais qui a recueilli Mme H. la veille, dans la rue, complètement paniquée. Nous contactons l'assistante sociale de l'USM qui confirme que le médecin de l'unité a signé la sortie de Mme H. dimanche en fin de matinée, du fait de la réponse négative des LHSS de Dunkerque, en lui remettant une ordonnance et le numéro de téléphone du CMP pour prendre un rendez-vous de suivi alors même que Mme H ne parle ni français ni anglais. »

[Calais, 2016]

Le développement des Lits halte soins santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existants permettraient une prise en charge des personnes mieux adaptée à leurs besoins, plus humaine et plus économique, en évitant des durées d'hospitalisation plus longues par défaut de solution d'aval.

(130) En 2016, 6 601 consultations médicales ont été réalisées dans les Caso auprès de 3 312 personnes sans domicile.

Le programme « un chez soi d'abord¹³¹ » qui s'adresse aux personnes à la rue souffrant de troubles psychiques est un exemple de dispositif innovant en France, dont les résultats de l'évaluation ont prouvé son efficacité. D'ores et déjà la

perspective du déploiement du modèle dans 16 villes à l'horizon 2021 est envisagée¹³², portant à 2000 le nombre de places sur le territoire.

LE DÉNI DU BESOIN DE SOINS CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE STABLE : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE À NICE

Selon l'étude qualitative menée de novembre 2016 à juin 2017 auprès d'une vingtaine de personnes sans domicile stable à Nice, il ressort **que ces personnes sont dans une logique d'évitement « médical » quasi permanent** [MdM 2017b]. Pour autant, lors des maraudes effectuées par MdM, la « bobologie » est bien présente. Ainsi si les personnes sans domicile stable viennent consulter pour de « petits problèmes », d'après les professionnels ces consultations constituent plus un « prétexte » pour pouvoir entrer en contact et établir des relations sociales

« Parfois après avoir discuté un peu ils ne se rappellent même plus pour quel bobo ils sont venus au départ. »

[Nice, 2016]

D'une manière générale il est très difficile d'obtenir des informations et de les faire parler de leur santé alors même que ces personnes présentent un état de santé général souvent mauvais.

Ainsi par exemple, la fatigue est une notion qui revient en permanence dans le discours des personnes sans domicile stable. Cette fatigue s'explique d'abord par l'état de santé des personnes interrogées en lien avec le temps passés à vivre dans la rue ; mais elle s'explique également par la réalité de vie dans la rue : être sans domicile signifie marcher d'un bout à l'autre de la ville, d'institution en institution pour obtenir un repas, obtenir des papiers ou pour trouver un accueil la nuit souvent aléatoire, dormir souvent par terre à

même le sol et très peu, être constamment en éveil pour éviter les agressions...

Concernant les addictions, malgré leur propre consommation souvent importante et parfois multi-produits, il est intéressant de noter l'existence d'une logique de distinction chez les personnes sans domicile : « *il y a toujours pire que soi* » ; « *je ne suis pas comme ces gens-là : les vrais alcooliques, les vrais drogués...* » semblent être des propos récurrents. Se distinguer c'est également considérer que d'autres sont encore plus bas dans la hiérarchie sociale, ne pas reconnaître la consommation peut être vécu comme une façon de refuser l'addiction et donc de posséder une forme de contrôle sur sa propre vie.

L'étude montre que les personnes sans domicile stable sont la plupart du temps dans une gestion de l'urgence. La question des pathologies renvoie alors à la capacité à se projeter sur le moyen ou long terme, ce que les personnes ne sont plus en mesure de faire. Il semble régner avec ce public une forme de « loi du silence » qui a bien évidemment des effets sur le non-recours. De manière générale et récurrente, les personnes sont méfiantes – l'acceptation d'un recours à l'hôpital est rare, l'institution hospitalière jouant souvent un rôle de repoussoir – et les rendez-vous manqués sont nombreux (à rapprocher de l'état psychique des personnes et de leur rapport au temps qui peut faire oublier les rendez-vous et des problèmes de transports). **Il s'agit surtout d'un évitement du soin, qui est d'autant plus prégnant que les pathologies sont lourdes.**

(131) Modèle d'accès et d'accompagnement vers et dans le logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques, à la rue, expérimenté dans les villes de Marseille, Paris, Lille et Toulouse.

(132) http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/06/4_pages_ucsdv_avril_2016_mise_en_page.pdf

INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES BIDONVILLES

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2016, plus de 8 900 contacts avec des personnes habitant en bidonvilles ont été réalisés.
- Une fréquence élevée des troubles digestifs, dermatologiques, respiratoires et ostéo articulaires : reflet des conditions de vie insalubres subies.
- Des expulsions des lieux de vie, fréquentes, qui ont des conséquences importantes sur la santé des populations vivant en bidonvilles.

Si depuis les années 1970, les bidonvilles avaient quasiment disparus du paysage, dès les années 1990, ils resurgissent et se multiplient çà et là en France, en particulier avec l'arrivée des migrants d'Europe orientale [Romeurope 2017]. En novembre 2016, on recensait sur le territoire français 539 bidonvilles et grands squats, abritant un peu plus de 15 600 personnes, dont plus d'un tiers sont concentrées en région Île-de-France [Dihal 2017]. Bien que la plupart des bidonvilles aient moins de 2 ans d'existence et que les expulsions soient nombreuses, cette forme d'habitat a tendance à se maintenir sur le territoire. Depuis février 2014 une mission nationale pour résorber les bidonvilles a été lancée. Mais les organisations restent déçues par sa mise en œuvre et ses faibles résultats.

Depuis 1992, MdM agit auprès des populations vivant dans les bidonvilles. Nos actions consistent à améliorer l'accès aux soins et à la prévention et favoriser l'accès à l'information et aux droits à travers des démarches d'« aller-vers » qui permettent d'atteindre les populations les plus isolées. En 2016, l'association compte 10 programmes travaillant auprès des populations habitant en bidonvilles¹³³. L'objectif de ces actions est de permettre aux habitants des bidonvilles d'accéder à leurs droits et de créer un lien avec les services de santé de droit commun afin d'acquérir leur autonomie face au parcours de soins.

DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES ET DANGEREUSES POUR LA SANTÉ

Les bidonvilles s'installent le plus souvent dans des espaces non bâtis, des interstices urbains, des friches industrielles ou des zones rurales peu fréquentées. Sur la base des données

disponibles, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) estimait qu'environ la moitié des bidonvilles en 2015 ne disposait d'aucune forme de traitement des déchets, deux tiers n'avaient aucun accès à un point d'eau et trois quarts fonctionnaient sans alimentation en électricité.

Les risques d'incendie sont nombreux sur ces sites où les habitations de fortune sont construites la plupart du temps avec des matériaux inflammables, des modes de chauffage dangereux et où s'enchevêtrent des raccordements inadaptés aux réseaux électriques les plus proches. Ainsi en 2016, 345 habitants de 7 bidonvilles ont ainsi dû fuir leur lieu de vie du fait d'incendies majeurs, causés principalement par la vétusté et la précarité des habitations.

« Une maman de 5 enfants de moins de 10 ans habitant un squat très dégradé a été très sérieusement brûlée à la jambe alors qu'elle brûlait des déchets. Pendant son séjour à l'hôpital, le squat a pris feu, la famille a perdu tous ses effets et mobiliers personnels et s'est réfugiée dans une toute petite caravane en très mauvais état. Malgré des demandes auprès de plusieurs institutions, la famille n'a pas réussi à obtenir un hébergement le temps d'effectuer les soins de la maman et aucun soin à domicile n'était possible, son dossier d'AME étant bloqué depuis 4 mois. La plaie a mis plusieurs mois à se cicatriser et les douleurs ont persisté longtemps... Malheureusement, 1 an plus tard et après 3 autres accidents domestiques sérieux, la famille vit toujours dans les mêmes conditions, et ce malgré un suivi social et l'interpellation répétée des institutions concernées : I15, SIAO, direction des solidarités de la mairie, direction de la cohésion départementale, conseil départemental... »

[Toulouse, 2016]

Le ramassage et la gestion des déchets constituent un problème récurrent sur ces sites. La mairie est tenue de veiller à la salubrité de sa commune, y compris dans l'habitat privé. Cette responsabilité est confortée par l'article L.1421-4 du Code de la santé publique qui confirme que le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène dans les habitations, leurs abords et dépendances relève de sa compétence. Or bien souvent les bennes à ordures sont installées sur les lieux de campement plusieurs jours voire semaines après l'installation des personnes alors que les déchets se sont déjà accumulés. Les ramassages de déchets sont bien souvent insuffisants pour entretenir correctement les sites et les maintenir propres, créant des conditions favorables à l'apparition de nuisibles et alimentant par ailleurs les sources de rejet par le voisinage.

L'accès à l'eau potable est un droit fondamental essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de

l'homme¹³⁴. Ne bénéficiant pas d'eau potable directement dans les bidonvilles, les populations doivent parcourir des distances parfois longues pour s'approvisionner. L'absence d'eau provoque l'augmentation de problèmes digestifs et dermatologiques en particulier.

La promiscuité dans les lieux d'habitation favorise également la prolifération des poux et/ou de la gale. La transmission de ces maladies des individus infectés (porteurs sains ou malades) vers les individus sains est accentuée par le manque de prise en charge et de traitements précoces et adaptés (traitements individuels mais aussi de l'environnement) sur ces lieux de vie.

« Comment ne pas tomber malade avec tous ces déchets autour de nous et sans toilettes... »

[Toulouse, 2016]

« Il n'y a pas d'eau ici. J'achète de l'eau en bouteille pour le bain de mon bébé qui a 2 semaines »

[Toulouse, 2016]

« Mes enfants sont inscrit à l'école mais souvent je ne peux pas les y amener car je n'ai pas pu les laver... »

[Toulouse, 2016]

UNE POPULATION QUI FAIT FACE À DE NOMBREUX PRÉJUGÉS ET ACTES RACISTES

Comme le montrent de récentes études [Romeurope 2015], les personnes d'Europe orientale sont issues d'une immigration récente, venant principalement de Roumanie, Bulgarie, Hongrie et des pays de l'ex-Yougoslavie. Cette population vivant en bidonvilles est souvent considérée comme Rom¹³⁵. Assimilée à tort à un groupe nomade, bénéficiaire abusif des prestations sociales et ne souhaitant pas s'intégrer, elle fait face à de nombreux préjugés et violences racistes. Comme le rapporte la CNCDH, le racisme à l'égard des « Roms » s'exprime à la fois par un rejet de la différence culturelle comme menace à l'ordre public, mais aussi par référence au racisme biologique, avec une assimilation des populations Roms à un groupe inférieur, pouvant aller jusqu'au déni de leur humanité [CNCDH 2015(b)].

De fait, les personnes vivant en bidonvilles font face à un sentiment de rejet et de dévalorisation extrêmement fort, pouvant avoir des conséquences directes sur leur état de santé et leur recours aux soins (peur de fréquenter les

institutions, préjugés, réactions négatives, barrière de la langue...). Ces phénomènes sont également connus pour encourager les comportements à risque (addictions, violences, négligences vis-à-vis de la santé...) et sont sources de souffrance psychique.

Il est indispensable de renforcer la lutte contre les préjugés et de consolider le travail partenarial dans les bidonvilles (PMI, CCAS, médecins de ville, associations, etc.).

DANS L'ANGOISSE PERMANENTE DES EXPULSIONS

En 2016, plus de 10 000 personnes vivant en bidonvilles en France auraient été expulsées de leur lieu de vie, soit près de 6 familles sur 10¹³⁶. Sur les 76 bidonvilles évacués en 2016, seuls 40 ont pu voir leurs habitants bénéficier de proposition de solutions de relogements, en accord avec la circulaire du 26 août 2012¹³⁷ relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites. Mais, même dans ces cas-là, les réponses sont souvent partielles, ne prenant pas en compte l'ensemble de la population des bidonvilles et souvent que provisoires.

La réponse offerte par les autorités politiques n'est absolument pas adaptée à ces populations et a de graves conséquences sur le quotidien des personnes et notamment sur leur intégration et leur santé [FAP 2017]. Ainsi depuis plus de 25 ans, les autorités publiques françaises nient cette « résurgence » des bidonvilles et intensifient les expulsions. En Seine-Saint-Denis par exemple, la pression policière est accrue, notamment durant les phases d'installation et d'expulsions des bidonvilles. Les patrouilles de police municipales et nationales sont quotidiennes, cherchant à empêcher ces installations, et le cas échéant, à déloger les occupants des terrains durant les 48 premières heures d'installation¹³⁸.

Les effets des expulsions à répétition sont dévastateurs à court terme : la scolarisation est impossible, l'emploi difficile ; les parcours de soins sont rompus (cf. encart page 86). Cette mobilité forcée provoque des interruptions de suivi, voire l'impossibilité même de s'inscrire dans un parcours de soins. Le recours à la médecine curative est réduit à l'urgence. La prévention est extrêmement difficile dans ces conditions, ce qui augmente les risques de maladies à potentiel épidémique. À moyen ou long terme les aptitudes des habitants à se projeter, à s'investir sur leur lieu de vie, à travailler les espaces communs sont réduits à néant.

(134) Le 28 juillet 2010, l'assemblée des Nations unies « reconnaît » le droit à l'eau potable comme un droit fondamental. <http://www.un.org/press/fr/2010/AG10967.doc.htm>

(135) Il est important de préciser que les populations Roms ne vivent pas toutes en bidonvilles. En effet, on compte en France environ 400 000 Roms, dont 19 000 seraient en bidonville [Romeurope 2015]. De même tous les habitants des bidonvilles ne sont pas Roms.

(136) Source : ERRC 2017.

(137) Circulaire interministérielle du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

(138) Délai durant lequel la saisine d'un juge n'est pas encore obligatoire.

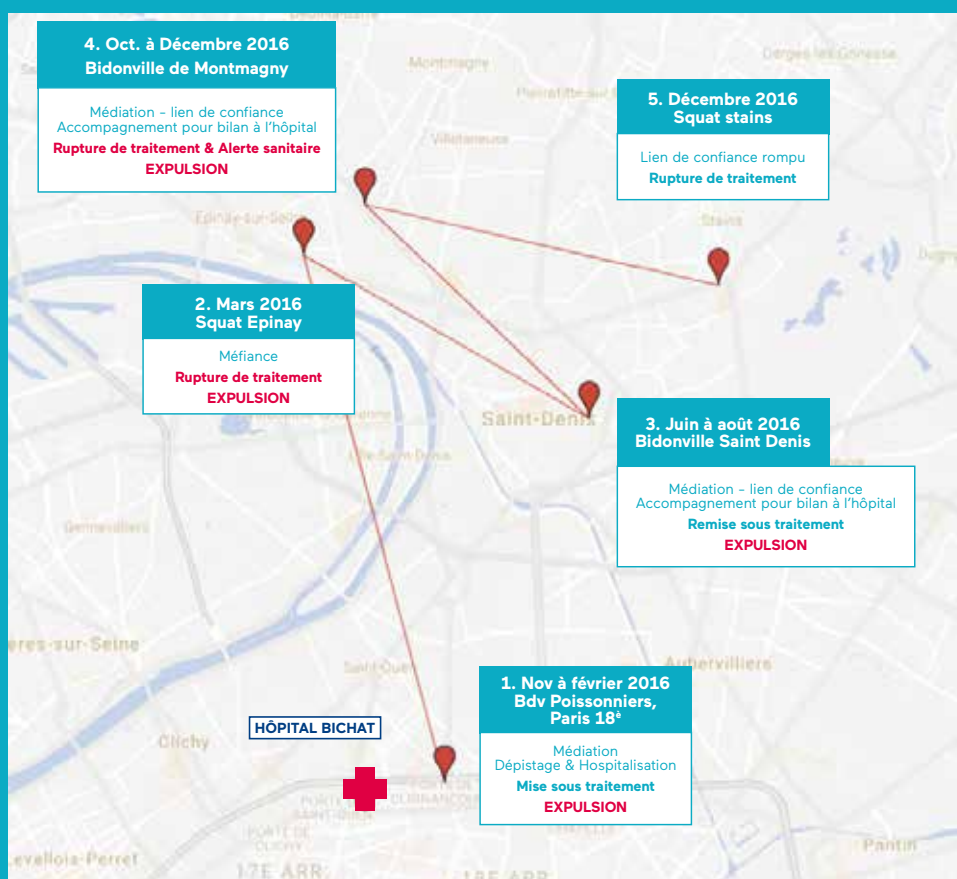
LES CONSÉQUENCES DES EXPULSIONS À RÉPÉTITION SUR LA CONTINUITÉ DES TRAITEMENTS : L'EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE

La tuberculose, « maladie de la pauvreté », touche essentiellement les personnes en situation de précarité et/ou les migrants originaires de pays où la maladie existe à l'état endémique. En 2015, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés en France étaient de 4741, soit 7,1 cas pour 100 000 habitants. La situation épidémiologique place la France comme un pays à faible incidence de tuberculose. Mais cela ne doit pas masquer de grandes disparités régionales et populationnelles. Si l'incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, Mayotte (où on note un doublement des taux de déclaration de tuberculose par rapport à 2014), la Guyane et l'Île-de-France, sont les régions avec les plus forts taux de déclaration. Par ailleurs, dans certains groupes de population, comme par exemple les personnes sans domicile fixe, les risques sont beaucoup plus élevés. Il en est de même pour les personnes nées à l'étranger pour lesquelles les taux de déclaration sont environ dix fois supérieurs à celui des personnes nées en France. Toutefois il convient de souligner que les taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger diminuent avec l'ancienneté de l'arrivée en France [Guthman 2017].

Face à ces constats, l'amélioration du dépistage systématique de la tuberculose maladie dans les programmes de MdM est demeurée un objectif majeur en 2016. **En 2016, 2686 patients ont été dépistés par une radiographie pulmonaire**, dans 3 programmes¹³⁹ ayant mis en place un partenariat avec des Centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT). **Parmi eux, 12 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit un rendement de 447 pour 100 000 personnes.**

Le programme auprès des personnes vivant en bidonvilles et autres habitats précaires en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise mène depuis des années avec ses équipes soignantes, ses médiateurs et ses interprètes des actions de dépistage en partenariat avec les structures de soin et de prévention de droit commun et des associations partenaires. Ces équipes mettent en lumière les difficultés du suivi des patients atteints de tuberculose, la territorialisation des dispositifs de droits communs étant incompatible avec l'errance provoquée par les expulsions comme en témoigne le schéma ci-dessous.

SCHÉMA 1: 12 MOIS DE SUIVI D'UN PATIENT MALADE DE TUBERCULOSE, EN SEINE-SAINT-DENIS



(139) Les Casos de Paris et Saint-Denis et le programme auprès des personnes vivant en squat ou en habitat précaire de Toulouse.

En 2016, le contexte d'instabilité des bidonvilles a fortement impacté le travail fourni par les équipes et mis en échec quasiment tous les efforts menés pour contenir cette situation d'alerte sanitaire. Jusqu'à la fin de l'année 2016 presque tous les bidonvilles suivis par les équipes de MdM ont été évacués. MdM ne cesse d'alerter sur le risque pour la santé publique que génèrent les expulsions sans proposition de relogement des bidonvilles dans lesquels vivent des personnes prises en charge pour une tuberculose. Les expulsions génèrent l'errance des personnes malades, l'interruption des traitements, pouvant mener au développement de formes graves de tuberculoses résistantes ou multi résistantes mais aussi au renoncement aux soins (cf. schéma 1).

Un dispositif de droit commun d'« aller-vers » et de suivi de parcours dédié aux populations en situation de précarité pourrait permettre d'améliorer leur suivi et leur adhésion au traitement, à l'image de l'action menée par l'équipe mobile de lutte anti-tuberculeuse du Samu social de Paris auprès des personnes sans domicile fixe seules et isolées.

Rappelons que l'obligation vaccinale par le BCG a été suspendue depuis 2007 mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents exposés à un risque élevé de tuberculose, et tous les enfants vivants en Île-de-France, Guyane et Mayotte [DGS 2017]. De façon rassurante, on ne note pas d'impact de la suspension de l'obligation vaccinale sur la tuberculose de l'enfant au-delà de ce qui était attendu. En effet, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés en France chez les enfants nés après 2006 est inférieur chaque année (sauf en 2008 et 2014) au nombre de cas chez les enfants de la même tranche d'âge en 2005, quand la couverture vaccinale par le BCG était supérieure à

95 %. Par ailleurs le nombre de formes graves de tuberculose (méningites et miliaires tuberculeuses) est faible chez les enfants nés après 2006. À noter cependant qu'il existe des inégalités territoriales car le nombre annuel de cas de tuberculose maladie chez les enfants nés après 2006 diminuait en Île-de-France (couverture vaccinale > 80 % à l'âge de 9 mois en 2014) et augmentait en France métropolitaine hors Île-de-France (couverture vaccinale ne dépassant pas 50 % chez les enfants à risque suivis en libéral en 2008-2009). Il faut cependant rester extrêmement vigilant sur l'évolution de l'incidence de la tuberculose, notamment dans les nouvelles générations d'enfants, ainsi que sur le niveau de couverture vaccinale chez les enfants à risque, et ce d'autant plus que nous sommes dans une situation inquiétante liée à l'incertitude concernant l'approvisionnement en vaccin BCG [Guthman 2017]. À ce titre, en avril 2016 le Haut conseil de santé publique a publié des recommandations pour optimiser l'utilisation du vaccin BCG dans le contexte actuel de pénurie [HCSP 2016].

Ces données reflètent l'importance d'un partenariat actif entre les centres de dépistage de la tuberculose et les associations prenant en charge les personnes en situation précaire. Elles démontrent aussi l'importance et la nécessité de proposer systématiquement aux patients migrants en situation de précarité un dépistage de la tuberculose, d'autant plus s'ils sont en France depuis moins de deux ans. Par ailleurs, MdM rappelle que les expulsions répétées sans proposition adaptée de relogement et prise en compte des besoins en santé mettent en échec les prises en charge de patients suspects ou malades de tuberculose vivant en bidonvilles. La prévention via la vaccination systématique des jeunes enfants doit également être améliorée.

Un avis très critique de la CNCDH sur la gestion des bidonvilles en France et le traitement infligé aux habitants des bidonvilles rappelle que les évacuations forcées et la violation des droits contraignent ces populations à l'errance et rendent impossible l'accès aux droits fondamentaux [CNCDH 2015b]. Par ailleurs, **la stabilité du nombre de personnes vivant en bidonvilles depuis les recensements de 2013 démontre que les politiques d'expulsion des bidonvilles ne permettent en aucun cas leur résorption** [Dihal 2015] alors même qu'elles sont particulièrement coûteuses¹⁴⁰, aussi bien sur le plan économique que social. « *Ces expulsions répétées conduisent leurs habitants à s'installer en plus petits groupes dans des lieux plus reculés, engendrant une dangereuse tendance à l'invisibilisation* » [Romeurope 2017].

MdM appelle au respect des droits fondamentaux des personnes vivant en bidonvilles et à la fin des expulsions sans alternative de relogement, adapté et pérenne, et sans accompagnement social conformément aux dispositions fixées par la circulaire du 26 août 2012¹⁴¹.

Force est de constater que 5 ans après sa parution, cette circulaire n'a pas permis la résorption des bidonvilles. Il paraît donc urgent de changer d'approche et d'aller au-delà de cette circulaire : fondée sur une approche privilégiant l'évacuation de campements illicites, il est désormais temps de favoriser une approche plus protectrice des personnes et de considérer l'existence des bidonvilles comme une problématique d'habitat liée à la situation d'extrême précarité.

(140) MigRom indique dans un rapport que « les expulsions successives subies par un même groupe [d'environ 240 personnes] ont coûté près de 400 000 euros ». Ces coûts prenaient en compte les frais de justice, le coût de l'expulsion, le nettoyage et la sécurité. [MigRom 2015]

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

LA TRÊVE HIVERNALE APPLICABLE AUX BIDONVILLES

La loi Égalité et citoyenneté a été adoptée le 22 décembre 2016. Celle-ci, composée de 224 articles, modifie entre autres le code pénal, le code de l'action sociale et des familles, le code de la défense, le code du travail ou le Ceseda et s'axe sur trois thèmes : la citoyenneté, la mixité sociale et l'égalité réelle.

Comme le recommandait la CNCDH, dont MdM est membre, dans son avis « Logement : un droit pour tous ? » du 16 juin 2016¹⁴², cette loi a étendu aux terrains l'opposabilité de la trêve hivernale. Cela permettra de maintenir les habitants dans leur lieu de vie, les protégera de l'errance et leur apportera la stabilité dont ils ont besoin pour engager les démarches, notamment de santé et sortir de la précarité. **S'il s'agit d'une victoire – confirmée par le Conseil constitutionnel qui n'a pas retouché ce texte – elle reste toutefois relative puisque le juge peut supprimer cette trêve s'il a des preuves que les personnes sont entrées sur le terrain par voie de fait (entrée sans autorisation avec violences sur les biens, prouvée par le propriétaire et imputable aux habitants de la propriété)¹⁴³.**

88

SOIGNER PLUTÔT QU'EXPULSER

L'instabilité territoriale des personnes, créées par les procédures d'expulsion répétées, vient fortement compliquer leur accès aux droits comme le souligne le CNDH Romeurope [Romeurope 2017]. La domiciliation, la scolarisation des enfants, l'accès à une couverture maladie et par conséquent aux soins sont ainsi fortement mis à mal. Les difficultés persistantes à accéder à une forme de protection maladie et par conséquent aux services de soins, l'accumulation des risques sanitaires liés à la précarité des conditions de vie et les expulsions répétitives sont autant d'éléments qui rendent ineffectif le droit à la santé pour des personnes en bidonvilles. Dans ces conditions, l'accès aux soins se limite bien souvent à la gestion de l'urgence.

Les principaux problèmes de santé observés auprès de ces populations sont d'ordre digestifs, dermatologiques, respiratoires et ostéo-articulaires, reflets des conditions de vie insalubres dans lesquelles les personnes vivent. On constate également des retards de recours aux soins

fréquents et des retards dans le calendrier vaccinal chez les enfants comme les adultes. Dans ce contexte les actions de médiation sanitaire sont nécessaires. Depuis la mise en place en 2010 du programme expérimental de médiation sanitaire auprès des Roms migrants vivant en squats et bidonvilles, la médiation sanitaire a largement fait la preuve de son efficacité. Les différentes études menées [Teoran 2014, Tanti Hardouin 2015] ont confirmé que ce dispositif se révèle être un outil facilitant considérablement une démarche thérapeutique efficiente, ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé pour les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion.

« I., 29 ans, est enceinte de son premier enfant. Elle se rend à la Pass avec son compagnon et découvre qu'elle est atteinte de syphilis. Arrivée à Nantes très récemment, elle ne fait pas confiance aux médecins et refuse d'être soignée. Dans le cadre de son suivi médical, le CHU de Nantes fait appel à moi, médiatrice sur le programme de MdM, pour la rencontrer et tenter de la convaincre de l'importance d'être suivie pour sa santé et celle de son bébé à naître. Je fais la connaissance de I. et de son compagnon lors d'un rendez-vous médical au CHU. Ils sont heureux de me voir, de m'entendre parler roumain : l'accroche est positive. J'arrive tant bien que mal à la convaincre de se rendre régulièrement à l'hôpital jusqu'à la naissance de leur enfant. Néanmoins les équipes du CHU s'inquiètent de leurs capacités à devenir parents, aussi, lors d'un temps de synthèse, il est convenu qu'ils restent un peu plus longtemps à la maternité après l'accouchement, et qu'un suivi étroit s'amorce avec la PMI du secteur après la naissance, pour les accompagner au mieux. »

[Nantes, 2016]

La généralisation et la pérennisation dans le droit commun des actions de médiation en santé est souhaitable pour tout public en difficultés d'accès aux soins. **À ce titre MdM se réjouit que l'article 90 de la Loi de modernisation du système de santé¹⁴⁴ donne une existence institutionnelle à la médiation sanitaire en tant qu'outil d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les populations éloignées du système de santé. La loi recommande le développement et la pérennisation des actions de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité (cf. encart page 61).**

(142) Recommandation n°15.

(143) FAP, Amnesty international, CNDH Romeurope ASAV, Parcours d'exil, Jurislogement, Gisti, ASina « Droits des habitants de terrain en procédure d'expulsion. Rappel de la législation en vigueur et avancées législatives récente », juin 2017.

(144) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée au 20 juillet 2016. <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-sante.html>

INTERVENTIONS AUPRÈS DES MIGRANTS EN TRANSIT, À CALAIS, PARIS ET DANS LA VALLÉE DE LA ROYA

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2016, MdM a rencontré plus de 7 200 personnes dans le Calais et le Dunkerquois et effectué plus de 2 200 consultations médicales.
- À Paris, 2 832 consultations ont été menées dans le cadre du partenariat avec le samu social dans le Centre de premier accueil (CPA) et 938 consultations médicales réalisées au cours de 56 veilles sanitaires dans la ville.

Les conflits armés et l'instabilité mondiale, qu'elle soit géopolitique, économique ou climatique, expliquent l'augmentation continue du nombre de personnes forcées de fuir leur pays. Ainsi en 2016, on estime que plus de 350 000 personnes sont entrées en Europe en passant par l'Espagne, l'Italie ou la Grèce¹⁴⁵. Bien que le chiffre soit élevé, il est en net recul par rapport à l'année 2015 qui comptait plus d'un million de migrants¹⁴⁶ en Europe. Mais si ce nombre a fortement baissé au cours de cette dernière année, le nombre de morts ou de disparus sur les routes migratoires ne cesse d'augmenter. Ainsi l'année 2016 s'est achevée avec plus de 5 000 morts ou disparus en Méditerranée¹⁴⁷.

L'exil entraîne le plus souvent une extrême précarité et expose à toutes formes de violences. La fermeture des frontières terrestres impose des conditions de voyage extrêmement dangereuses : les passages et les routes migratoires sont de plus en plus dangereux, exposant les personnes aux trafics et aux réseaux malveillants, aux violences et aux traumatismes, leur imposant de vivre dans une insécurité croissante.

« Ils arrivent à Sebha, ville du sud de la Libye. Des Libyens armés les attendent pour les enfermer dans des conditions inhumaines. Ils sont systématiquement battus afin de les effrayer et de les obliger à téléphoner à leur famille dans le but de demander une rançon pour poursuivre le voyage. Ceux qui n'ont pas de famille ou pour qui la rançon traîne à venir sont contraints aux travaux forcés... »

[Saint Denis, 2016]

Parmi les exilés en Europe, on retrouve de plus en plus de mineurs. Selon l'Unicef, plus d'un réfugié sur 3 en 2016 est un enfant. Le nombre de mineurs arrivés en Europe durant l'année 2015 a presque doublé par rapport à l'année 2014 : ainsi ce sont plus de **190 000 enfants qui ont cherché refuge en Union européenne entre janvier et septembre 2015**¹⁴⁸. Parmi eux, beaucoup sont seuls, ayant laissé ou perdu leur famille au pays ou ayant été séparés au cours du parcours migratoire. En 2015, 90 000 enfants non accompagnés seraient arrivés en Europe. Particulièrement vulnérables aux abus et à la traite, ils bénéficient trop rarement de la protection dont ils ont besoin et les délais de prise en charge sont excessivement longs, les contraignant à vivre dans des lieux inadaptés (cf. encart page 30).

Parmi les personnes qui arrivent en France, certaines ont pour projet établi de continuer leur parcours migratoire vers l'Angleterre ou un autre pays, d'autres veulent déposer une demande d'asile en France, d'autres enfin cherchent simplement un endroit où s'établir, en étant rejetés de toute part en Europe¹⁴⁹.

« ÉCHOUÉS » SUR LE LITTORAL DU NORD ET DU PAS-DE-CALAIS

Face à la crise migratoire, certains États s'obstinent à renforcer leurs frontières comme seule réponse à apporter à l'augmentation de la demande de protection internationale telle que « la Grande-Bretagne [qui] s'est abritée derrière son insularité, les accords du Touquet et les barrières « anti-intrusion » toujours plus hautes du Calais » [Blanchard 2016]. Cette situation inacceptable perdure depuis des années et laisse des milliers de migrants, désireux de poursuivre leur parcours migratoire jusqu'en Grande-Bretagne, coincés sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais, contraints de vivre des semaines, voire des mois, dans des campements dans des conditions de vie déplorables.

Depuis 2003, MdM se mobilise auprès de ces personnes dans le Calais et le Dunkerquois afin d'améliorer leur accès aux soins et aux droits et leurs conditions de vie. En 2016, 327 maraudes médicales, d'information et d'orientation ont été menées au cours desquelles plus de 7 200 personnes ont été rencontrées et 2 218 consultations médicales réalisées. La population rencontrée lors de ces consultations est majoritairement masculine et plutôt jeune (la majorité des patients ont entre 20 à 30 ans). Les pathologies les plus souvent diagnostiquées par les équipes de MdM sont d'ordre ORL, dermatologiques et gastroentérologiques et sont principalement liées aux conditions de vie déplorables des migrants. Des pathologies simples se retrouvent parfois aggravées par ces conditions de vie : longues marches, violences, manque d'hygiène. Enfin, les cas de traumatologie sont fréquents, souvent liés aux tentatives de passage.

(145) Source : UNHCR.

(146) Un million de réfugiés et de migrants ont rejoint l'Europe en 2015. Articles d'actualité, 22 décembre 2015, UNHCR, <http://www.unhcr.fr/567a746ec.html>

(147) <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>

(148) Source : Eurostat.

(149) Voir notamment le rapport sur l'enquête qualitative du Secours Catholique Caritas : « Je ne savais même pas où allait notre barque ». Paroles d'exilés à Calais, Contribution à la mission confiée par le ministre de l'Intérieur à Aribaud J. et Vignon J., mars 2015.

Les populations qui survivent dans ces campements font face à de nombreuses formes de violences largement dénoncées par les associations présentes sur le terrain [MdM 2015(c); Human Rights Watch 2015 & 2017] ainsi que par le Défenseur des droits à plusieurs reprises [DDD 2015 & 2016]. Si les conditions de vie indignes dans lesquelles elles vivent constituent une première forme de violence indéniable, les migrants font également état de violences policières fréquentes sur les lieux de vie, lors des expulsions ou lors des tentatives de passage : gaz lacrymogènes, coups, insultes, humiliations, harcèlement, etc. [MdM 2015(c)], entraînant des conséquences importantes sur la santé (jambes fracturées, visage brûlé, traumatismes...). À ces violences physiques s'ajoutent les violences institutionnelles visant à éloigner les personnes de ces lieux de vie ou à les dissuader de franchir les frontières.

« Nous avons repéré un véhicule, déchiré un morceau de la toile et nous nous sommes glissés à l'intérieur. Je me suis glissé sous une palette. [...] Mais nous avons vite compris que nous avions été repérés. Des policiers ont ouvert les portes et ont lancé des grenades lacrymogènes sans sommation à l'intérieur de la remorque. Les policiers sont montés en criant « Go ! Go ! Go ! » Je ne pouvais plus respirer, je ne voyais rien et ma peau me brûlait. Je me redressais tant bien que mal pour sortir quand un des 2 policiers m'a frappé avec sa matraque sur l'épaule gauche. »

[Calais, 2016]

Suite à la mission institutionnelle lancée par le ministre de l'Intérieur¹⁵⁰ en 2014, un centre d'accueil a été ouvert au cours du premier trimestre 2015 à Calais, afin d'accueillir les migrants¹⁵¹. Celui-ci s'est très vite avéré sous-dimensionné et inadapté ; les terrains mis à disposition autour se sont transformés en un immense bidonville à ciel ouvert, sans aucun respect des normes des Nations unies pour l'accueil des réfugiés et déplacés [UNHCR 2012]. Six mois après l'ouverture du site, on comptait plus de 6 000 personnes dans le bidonville¹⁵². Entre janvier et octobre 2016, la population du camp a atteint plus de 10 000 personnes selon les associations. MdM a très tôt dénoncé l'insuffisance des services proposés dans ce centre et les risques de violences entre les migrants et les forces de l'ordre, du fait de la promiscuité et des tensions. L'État français et la commune de Calais ont même été condamnés¹⁵³ à prendre des mesures sanitaires adaptées dans le bidonville, suite au référé-liberté déposé devant

le tribunal administratif de Lille le 26 octobre 2015 par plusieurs associations dont MdM.

En février 2016, suite à une décision du gouvernement, le camp de Calais a été partiellement démoli, les migrants se sont alors retrouvés entassés sur une parcelle réduite des 2/3 ou se sont reportés vers d'autres campements déjà saturés, tel que le camp humanitaire de Grande-Synthe ouvert en mars 2016¹⁵⁴. En octobre l'intégralité du camp a été démantelée et près de 6 000 personnes ont été envoyées dans des Centres d'accueil et d'orientation (CAO) se voulant « des lieux de répit temporaires » répartis dans la France entière [DDD 2016, Vignon 2016]. Si le démantèlement du bidonville de Calais aurait pu faire espérer la fin des conditions de vie indignes et inhumaines des réfugiés, MdM a toutefois déploré des pratiques sélectives arbitraires, un tri au faciès des mineurs non accompagnés, un manque d'information des personnes, ainsi qu'un grand nombre d'exilés restant à la rue sans aucune mise à l'abri. Le démantèlement et l'organisation des départs en CAO s'est fait dans une certaine improvisation et une absence d'anticipation des pouvoirs publics. De nombreux acteurs associatifs sont également très préoccupés de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement assuré dans les CAO, dans un contexte de manque d'information et de visibilité nationale sur ce dispositif *ad hoc* (cf. encart page 93).

Calais est ainsi le symbole d'une indécision – voire d'une improvisation permanente – quant aux choix politiques, ce qui conduit à des réponses bien souvent sous-calibrées et qui laissent des milliers de personnes dans le plus grand dénuement.

À PARIS : DES RÉPONSES ENCORE TROP PARTIELLES

En amont de Calais, Paris est le principal lieu de concentration des migrants issus des arrivées par la Méditerranée en particulier [Vignon 2016]. Ainsi depuis 2 ans, on estime que 80 à 100 personnes arrivent chaque jour dans la capitale¹⁵⁵. La région Île-de-France connaît une crise de l'hébergement sans précédent qui ne permet pas de répondre aux besoins de ces personnes. Cette situation conduit à la constitution de campements informels dans la capitale, certains pouvant atteindre une grande dimension en un temps très court.

En 2016, devant l'incapacité du gouvernement à prendre en charge les migrants, la Mairie de Paris a mis en place

(150) M. Cazeneuve, ministre de l'Intérieur, a confié une mission à Jean Aribaud et Jérôme Vignon, afin d'élaborer, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, des « solutions consensuelles et efficaces à la crise migratoire » que connaît la région des Hauts-de-France. Cette mission a rendu ses conclusions en juin 2015.

(151) Celui-ci proposait une centaine de places en hébergement de nuit pour femmes et enfants, des repas une fois par jour, et des soins infirmiers.

(152) <http://www.20minutes.fr/lille/1712139-20151019-calais-desormais-pres-6000-migrants-new-jungle>

(153) <http://www.conseil-etat.fr/Actualites/Communiqués/Migrants-a-Calais>

(154) Celui-ci sera d'ailleurs ravagé par un incendie dans la nuit du 10 au 11 avril 2017 suite à une rixe entre communautés, laissant plus de 1 500 personnes dehors.

(155) <http://www.rtl.fr/actu/politique/anne-hidalgo-sur-rtl-nous-les-maires-sommes-un-peu-trop-livres-a-nous-memes-sur-la-question-des-migrants-7784993778>

deux centres humanitaires de premier accueil (CPA) répondant aux normes internationales pour l'accueil de ces populations: le premier accueillant à la Chapelle les hommes seuls dès novembre 2016, le second accueillant à Ivry-sur-Seine les familles et les femmes seules à partir de février 2017. MdM est intervenu dans le cadre d'un partenariat avec Emmaüs Solidarités au centre de la Chapelle dès son ouverture et jusqu'à juin 2017 afin d'assurer conjointement avec le samu social de Paris et l'EMPP (Équipe mobile précarité-psychiatrie) une veille sanitaire et proposer des orientations vers le droit commun en cas de besoin. Au cours de cette période, plus de 8 000 hommes ont été hébergés au sein du CPA, 3 624 ont bénéficié d'un bilan infirmier. Parmi ces derniers, 78% ont reçu une consultation médicale (soit 2 832 consultations médicales).

Suite à l'ouverture du CPA, le contexte a beaucoup évolué avec l'interdiction de la constitution de campements dans Paris, souvent dans un climat de tensions ou de violences important (mise en place de grilles, forte présence policière, violences entre migrants...). Dans ce contexte, l'État concentre ses efforts sur les évacuations: selon la préfecture de Paris, 27 évacuations ont été réalisées entre juin et septembre 2016. Si ces évacuations sont pour la plupart accompagnées de propositions de mise à l'abri, ces dernières ne répondent pas toujours aux besoins des personnes (centres éloignés, absence d'information ou d'accompagnement pour la suite de leur parcours...). Il persiste parallèlement des opérations de police de contrôle ou de démantèlements « sauvages ».

Dans ce contexte, MdM a poursuivi son activité de veille sanitaire à la rue (démarrée dès juin 2015) afin de proposer une prise en charge sanitaire des populations rencontrées. Au cours de l'année 2016, 56 sorties ont été réalisées au cours desquelles 938 consultations ont été menées. Suite à l'ouverture du CPA, les populations rencontrées lors des veilles étaient essentiellement constituées de primo-arrivants, pour la plupart en attente de pouvoir accéder au CPA. Les personnes étaient davantage isolées et fragilisées, en errance pendant la journée, et s'installant sur les trottoirs, dans des entrées d'immeubles ou des garages du quartier pour dormir... En filigrane de toutes les consultations apparaissent une fatigue et une souffrance morale importantes.

Il convient de souligner que le CPA a très rapidement connu une situation d'engorgement, avec en conséquence des tensions à l'entrée et des rixes entre migrants de différentes ethnies qui se sont multipliées. Cet engorgement est dû en grande partie au pourcentage élevé de "Dublinés" (identifiés comme tels après leur passage obligatoire au Cesa – cf. encart page 33) orientés en

centre d'hébergement d'urgence en Île-de-France, dispositifs rapidement saturés. Le CPA ne peut accueillir de nouveaux venus que si l'État s'engage dans le dispositif en proposant des places dans des structures d'accueil (hébergement, places en Cda...) en nombre suffisant, avec un accompagnement de qualité. Par ailleurs, malgré son ambition initiale ce centre est aujourd'hui destiné uniquement aux personnes qui souhaitent demander l'asile et certaines nationalités n'y ont aucun accès. Il ne peut donc représenter une solution suffisante et complète.

Malgré ses faiblesses, ce projet qui constitue une première tentative du genre en France rassemblant associations, services de l'État, institutions publiques, collectivités territoriales, marque une rupture avec l'inaction des années passées de l'État et les incohérences antérieures s'agissant de la politique de primo-accueil des personnes en exil à Paris. Il propose une solution qui reste encore perfectible et constitue ainsi, malgré d'évidentes difficultés irrésolues, une dynamique positive.

Il convient ainsi de créer des lieux d'accueil réellement inconditionnel dans plusieurs grandes métropoles afin que les exilés à la recherche d'un refuge cessent d'être réduits à la vie à la rue, dans une précarité totale. Ces lieux doivent avant tout être réellement hospitaliers et ne doivent pas se réduire à un centre de 'tri' (cf. encart page 93). Les personnes doivent être informées, aidées et accompagnées dans leurs démarches et selon leur projet de vie en Europe.

91

LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE : ZONE DE NON-DROIT

Depuis juin 2015, on observe une systématisation des contrôles au faciès à la fois à la frontière franco-italienne et dans les trains en provenance de celle-ci. Ces contrôles, sont dénoncés par les associations^{156, 157} : ils consistent maintenant en sept points de passage autorisés qui sont tenus jour et nuit par des forces de l'ordre dans l'objectif officiel de la « lutte anti-terroriste ». Ces blocages contraignent de nombreuses personnes à passer la frontière dans des conditions très dangereuses (à pieds sur l'autoroute, sur la voie de chemin de fer). Entre janvier 2016 et mai 2017, on dénombre plus de 12 morts sur ces routes de passage¹⁵⁸.

« [...] Après je suis allé à Vintimille avec la Croix-Rouge. La première tentative, on était 6, on est monté dans un train. 2 d'entre nous ont réussi à se cacher dans les toilettes mais 4 ont été arrêtés à la frontière. J'ai dormi une nuit 'à la police' »

(156) http://www.gisti.org/IMG/pdf/requete_ce_refere-liberte_vintimille_22-6-15.pdf

(157) À l'approche de la COP 21, la France a rétabli le contrôle à ses frontières le 13 novembre 2015 pour 1 mois. Suite aux attentats de Paris le soir même, ces contrôles ont été renforcés et prolongés jusqu'au 26 mai 2016, puis à trois reprises jusqu'au 15 juillet 2017 en raison d'une "menace terroriste permanente".

(158) <http://www.rfi.fr/france/20170521-migrant-retrouve-mort-gare-cannes-12e-region-depuis-2016-frontiere-italie>

et ils m'ont relâché en me disant de marcher jusqu'à Vintimille. Je me suis reposé quelques jours et après il y a eu la manifestation, on était 150 à marcher sur les rochers et on s'est fait arrêter et enfermer. Ils ont relâché les enfants... La 3^e fois, on est partis à 2 avec un adulte et on a marché sur les voies du chemin de fer dans les tunnels. On se cachait de 6h du matin jusqu'à 23h dans les recoins du tunnel parce qu'il y avait trop de trains et que c'était dangereux de marcher. La nuit on pouvait marcher. On avait de l'eau, un peu de pain et des biscuits, dans les tunnels il y a l'ombre on n'avait pas trop soif. Après 3 jours, on est arrivés à Nice, on avait un peu d'argent, on a acheté un ticket de bus pour Marseille. Après je suis monté dans un train et après Nantes. »

[Nantes, 2016]

En 2016, près de 35 000 personnes auraient été interpellées dans l'ensemble du département des Alpes-Maritimes, dont une grande majorité à la frontière franco-italienne, ce qui représenterait une augmentation de plus de 40 % par rapport à l'année 2015¹⁵⁹. Parmi les personnes interpellées 9 sur 10 seraient renvoyées en Italie. Ces chiffres illustrent « la situation exceptionnelle qui prévaut sur cette portion du territoire français » comme le souligne Amnesty International qui dénonce également le fait que la frontière franco-italienne soit devenue une zone de non-droit [Amnesty International 2017].

En Italie, la préfecture d'Imperia a ouvert mi-juillet 2016 dans une zone ferroviaire, à quatre kilomètres du centre-ville de Vintimille, un centre géré par la Croix-Rouge italienne abritant uniquement les hommes, pour une durée maximale de sept jours. Prévu pour accueillir 360 personnes, ses préfabriqués en hébergeaient presque le double mi-novembre¹⁶⁰. Les familles, femmes et enfants seuls, trouvent refuge dans l'église San Antonio, gérée par l'association

Caritas¹⁶¹, proche du centre-ville de Vintimille qui sera tenue de fermer, sur ordre du Maire de Vintimille, en août 2017. Ce dernier avait déjà interdit la distribution de repas et boissons en dehors des centres gérés par la Croix-Rouge ou Caritas.

Les personnes qui parviennent à passer la frontière via la vallée de la Roya se retrouvent bien souvent bloquées à Breil-sur-Roya dans des situations d'extrêmes précarité. L'absence de réponse de l'État a généré de la part des habitants de la région et des associations un élan de solidarité et de fraternité envers les migrants qui prend différentes formes : dons en vêtements, aide alimentaire, hébergement... Dans la vallée de la Roya ce sont les citoyens qui se sont d'abord fortement mobilisés. Devant l'inaction des pouvoirs publics et l'état de fatigue extrême des exilés, MdM a ainsi mis en place, à partir d'octobre 2016, des consultations médicales et infirmières mobiles destinées aux migrants « retenus » dans cette vallée.

Face à cette mobilisation les autorités nationales et la préfecture ont répondu par des actions d'intimidation ou de dissuasion inacceptables et inadaptées à la situation humanitaire.

MdM rappelle la nécessité d'ouvrir des voies d'accès sûres et légales en Europe et dénonce les politiques migratoires répressives et hostiles à l'accueil des exilés et toutes les formes de violences conséquentes de ces politiques. L'association appelle au respect des droits fondamentaux des personnes et appelle l'Europe à l'accueil, la protection et la solidarité.

Les équipes de MdM présentes dans toute la France font le triste constat de l'augmentation des espaces d'indignité comme à Paris, Calais ou à la frontière franco-italienne. Alors que le nouveau gouvernement délivre un discours ambigu entre « humanité » et fermeté, l'association appelle à la mise en œuvre d'un cadre politique global doté de moyens conséquents à la hauteur des enjeux humains.

(159) Source : Préfecture des Alpes Maritimes.

(160) Ce centre sera agrandi dès juin 2017 pour offrir 500 places.

(161) MdM interviendra dans le centre de Caritas pour proposer des consultations médicales de juin à juillet 2016 (près de 200 consultations) et des consultations psychologiques de janvier à juin 2017.

CRISE DE L'ACCUEIL EN FRANCE

DÉRIVES DES SOLUTIONS D'URGENCE PAR L'ÉLOIGNEMENT DES GARANTIES DU DROIT COMMUN

Institués dans une circulaire des ministères de l'Intérieur et du Logement du 20 novembre 2015¹⁶², les Centres d'accueil et d'orientation (CAO) avaient la particularité de n'être inscrits dans aucune loi, ni aucun règlement jusqu'à la loi de finances pour 2017¹⁶³ où ils entraient alors dans le dispositif national d'accueil gérés par l'Ofii. Cette particularité s'expliquait par l'urgence de la situation et traduisait une volonté de mise à l'abri immédiate des personnes qui accepteraient de quitter Calais puis le quartier de Stalingrad à Paris afin qu'elles y trouvent du répit et puissent repenser leur parcours migratoire.

Adossé à ces dispositifs *ad hoc*, on trouve le centre de Paris ouvert depuis novembre 2016. Initialement envisagé par la maire de Paris comme un centre humanitaire, il sera ensuite rebaptisé Centre de premier accueil (CPA) lorsque l'État en prendra les rênes en le finançant. Il s'organise autour d'un accueil inconditionnel dans la « bulle » au cours duquel les personnes sont informées de leurs droits puis évaluées par une équipe d'accompagnants socio-éducatifs comme étant (ou non) éligibles à la demande d'asile et relevant (ou non) d'une mise à l'abri dans le centre.

Mais l'État pour réguler les orientations de personnes en CAO depuis Paris a introduit une étape entre la mise à l'abri dans la Halle et l'orientation dans un CAO. En effet les personnes mises à l'abri ne peuvent être orientées en CAO que sous réserve qu'elles acceptent de se rendre dans un Centre d'enregistrement de la situation administrative (Cesa). Ce Cesa, créé à Paris pour l'occasion par l'État, n'est a priori prévu par aucun texte de loi ou réglementaire. Les empreintes digitales des personnes y sont consultées et croisées avec le fichier Eurodac¹⁶⁴ afin d'identifier les personnes étant, selon les réglementations européennes, éligibles à la demande d'asile en France et d'en exclure les autres. Cette étape introduite, les CAO perdent leur qualité de centres de répit et deviennent des pré-Cada sans les garanties procédurales et les services sociaux, juridiques et d'interprétariat qui y sont proposés¹⁶⁵.

Les personnes devant être réadmisées dans un autre pays en vertu des accords de Dublin sont quant à elles orientées dans les Centre d'hébergement d'urgence pour Migrants d'Île-de-France avant transfert vers l'État membre dont relève leur

demande d'asile, et non pas vers un CAO. Car contrairement à ce qu'avait proposé l'État aux migrants de Calais, il n'a pas fait usage de la clause discrétionnaire de la réglementation européenne dite « Dublin III » et n'accepte pas d'instruire la demande d'asile de migrants ayant des liens (familiaux, administratifs ou matériels) avec un autre État membre de l'UE.

Quant aux exilés sur le reste du territoire français ou exclus de ces dispositifs déjà saturés, leur prise en charge est toujours aussi problématique, particulièrement sur le volet hébergement, depuis cinq décisions du Conseil d'État mettant en doute l'inconditionnalité de l'accueil de l'hébergement d'urgence¹⁶⁶. En redéfinissant la répartition des compétences entre l'État et le département, il considère que le droit à l'hébergement d'urgence n'est pas inconditionnel, qu'il ne s'envisage que lorsqu'est démontrée une vulnérabilité particulière (enfants en bas âge, femmes enceintes, malades, etc.) et qu'il n'est offert aux personnes ayant « vocation » à quitter le territoire français (OQTF et déboutés de l'asile) qu'en cas de circonstances exceptionnelles et pour la seule période raisonnable nécessaire à l'organisation du départ volontaire.

Face à ces situations sans issue, les citoyens et associations, comme MdM, tentent alors, à leur mesure, de pallier les carences de l'État. Mais les pouvoirs publics, plutôt que les soutenir, font preuve d'une grande créativité dans la dissuasion, l'entrave et la poursuite de ces actions de solidarité. De la Roya à Mayotte en passant par Calais, tous les moyens sont bons pour freiner ces gestes de premiers secours : transport, soins, hygiène, repas, informations, toutes ces obligations légales et conventionnelles pourtant à la charge de l'État sont accomplies par des bénévoles, citoyens et associatifs régulièrement menacés.

C'est à ce titre que MdM, au sein de la CNCDH, a participé à l'élaboration de l'avis du 18 mai 2017 « Mettre fin au délit de solidarité »¹⁶⁷ et se joint régulièrement aux associations et citoyens au cours de procédures complexes pour tenter de confirmer notre droit d'être solidaires.

MdM restera vigilant aux prochaines mesures qui seront prises pour endiguer cette crise de l'accueil et continuera à témoigner de leur impact sur la situation des exilés.

(162) <http://www.gisti.org/IMG/pdf/151120-circ-centre-mise-abri-calais-1.pdf>

(163) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017

(164) Eurodac est une base de données mise en place dans l'Union européenne depuis 2003. Doté d'un système automatisé de reconnaissance d'empreintes digitales, il a pour objet de contribuer à déterminer l'État membre qui, en vertu de la convention de Dublin, est responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans un État membre et de faciliter à d'autres égards l'application de la convention de Dublin.

(165) Articles L 348-1 et s. du CASF.

(166) <http://www.conseil-etat.fr/Actualites/Communiqués/Hebergement-d-urgence>

(167) http://www.cncdh.fr/sites/default/files/170518_avis_delit_de_solidarite.pdf

MAYOTTE : UNE ANNÉE EXPLOSIVE.

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2016, 1 334 consultations médicales ont été réalisées auprès de 862 enfants.

→ Plus de 80 % des enfants vus en consultation ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale.

→ Un retard de recours aux soins est identifié dans plus d'un tiers des consultations.

→ Un tiers des patients ayant consulté à MdM déclare ne pas avoir accès à l'eau potable.

Petite île de l'archipel des Comores dans l'Océan Indien, Mayotte a été successivement sous tutelle française depuis plus de 170 ans, puis colonie (1841), et territoire d'outre-mer (1946). En 1975, alors que les 3 autres îles de l'archipel (Grande Comore, Anjouan et Mohéli) deviennent indépendantes et constituent l'État des Comores, Mayotte reste dans le giron de la France, à la suite d'un référendum local, en violation du droit international. Jusqu'à 1995, la libre circulation était possible entre les 4 îles ; à cette date est instauré le « visa Balladur », délivré au compte-goutte, qui transforme alors les mobilités sociales et familiales historiques dans l'archipel en « immigration irrégulière ».

En 2011, Mayotte devient un département Français avec une législation spécifique dans de nombreux domaines. En 2016, la Cour des comptes dénonçait la « fuite en avant » de la départementalisation et l'absence de pilotage et d'anticipation par l'État du processus [Cour des comptes 2016].

Depuis 2007, la population de Mayotte augmente fortement, à un rythme moyen de 2,7% par an contre 0,7% en métropole. Elle atteint 212 645 habitants selon le recensement de 2012 [Insee Mayotte 2012]. Alors même que l'enfance et la jeunesse sont très peu prises en compte par les politiques publiques, voire quasi inexistantes [Cour des comptes 2016], la moitié de la population a moins de 18 ans.

LE DÉPARTEMENT LE PLUS PAUVRE ET LE PLUS INÉGALITAIRE DE FRANCE

Mayotte est le département le plus pauvre et le plus inégalitaire de France. En 2011, 84% de la population mahoraise vit sous le seuil de pauvreté, contre 16% en métropole [Brasset 2014]. La disparité de revenus y est très forte : les 10% les plus aisés ont des revenus 14 fois plus élevés que les 10% les plus modestes (moins de 87 euros par mois pour vivre), ce rapport étant de 3,7 en métropole [Brasset 2014]. Le taux de chômage s'élève à 23,6% en 2015, en augmentation importante par rapport à 2014 (+ 3,9 points) ; il atteint 63% dans la classe d'âge 15-24 ans [Lurel 2016].

Mayotte compte plus de 40% d'étrangers dont la moitié sont mineurs, mais 39% des personnes appelées « étrangers » à Mayotte y sont nées [Balicchi 2014] ; beaucoup d'étrangers ont vocation à devenir Français, et notamment la plupart des mineurs [Aballea 2016]. On constate également une forte émigration, notamment des jeunes [Marie 2017]. Au fil des années, la politique migratoire de la France s'est radicalisée, visant à séparer de plus en plus Mayotte du reste de l'archipel des Comores, et conduisant à une augmentation des violences xénophobes dans l'île.

En 2016, près de 20 000 étrangers ont été enfermés en centres de rétention à Mayotte soit 43% du total de la France entière [ASSFAM 2017] et plus de 22 600 personnes ont été expulsées de Mayotte (17 735 pour toute la France métropolitaine). L'enfermement et l'expulsion des mineurs est massif et stupéfiant à Mayotte : 4 285 mineurs y ont été expulsés (182 en métropole), en violation du droit national et européen ; la France a fait l'objet de 5 condamnations par la Cour européenne des droits de l'homme pour rétention de mineurs [ASSFAM 2017].

On assiste ainsi à une politique migratoire hors norme à Mayotte, permise entre autre par un droit des étrangers dérogatoire (cf. encart) ; le Contrôleur général des lieux de privation de liberté juge qu'en 2016 les reconduites dans ce centre sont organisées « de manière quasi industrielle ». Des ruptures familiales massives sont provoquées par cette politique d'expulsion et d'arrestation sur le sol et en mer. Aujourd'hui entre 3 000 et 6 000¹⁶⁸ mineurs seraient isolés sur l'île [Sakoyan 2015]. Leurs parents ayant été expulsés aux Comores, le plus souvent à Anjouan, ces enfants sont confiés à des adultes ou grandissent livrés à eux-mêmes¹⁶⁹.

Les morts en mer sont nombreux, estimés officiellement entre 8 000 et 12 000, probablement beaucoup plus [Aballea 2016].

(168) Le sociologue Didier Guillot avait réalisé en 2012 une estimation de 2 922 mineurs isolés étrangers, dans une contribution à l'Observatoire des mineurs isolés étrangers. Des associations telles que TAMA ou APREDEMA estiment leur nombre à 6 000. La préfecture à 555.
(169) http://www.liberation.fr/debats/2016/07/05/mayotte-de-l-ile-aux-enfants-a-la-poudriere_1464214

À MAYOTTE, UN DROIT DES ÉTRANGERS DÉROGATOIRE

Depuis une ordonnance de mai 2014, le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) s'applique à Mayotte de manière restrictive avec de très nombreuses mesures dérogatoires, permettant notamment des contrôles et des expulsions massives et accélérées, avec un moindre recours au juge. De plus, l'accès à la nationalité française, à un titre de séjour ainsi qu'à la circulation sont considérablement complexifiés par rapport au droit national. Pour certains, la départementalisation et la construction progressive de l'État social se fait au détriment des étrangers et ont accentué le clivage entre Mahorais et Comoriens, y compris en situation régulière [Slama 2016].

À ce titre, la CNCDH conduit une étude sur l'accès aux droits dans les Outre-mer qui devrait sortir début 2018, abordant entre autres la situation dans les lieux de privation de liberté, les dysfonctionnements et violations liés au droit d'asile et au droit des étrangers, l'accès à la santé, au droit et à la justice, à l'éducation¹⁷⁰...

DES VIOLENCES SOCIALES ET XÉNOPHOBES MAJEURES EN 2016, SOUS LE REGARD INACTIF DE L'ÉTAT FRANÇAIS

L'année 2016 a été marquée par des phénomènes de violences sociales et xénophobes de grande ampleur. En avril une grève générale « pour l'égalité réelle » a paralysé l'île pendant un mois, avec des barrages routiers et des violences urbaines. De janvier à mai, des groupes de villageois mahorais, réunis en collectifs, ont à plusieurs reprises organisé des expulsions (« décasages »), établi des listes de personnes qu'ils considéraient en situation irrégulière, menacé, brûlé, détruit et pillé de nombreuses habitations dans plusieurs villages, dans un climat d'impunité et de visibilité glaçant. La quasi-totalité des personnes ainsi violemment expulsées étaient des Comoriens, y compris en situation régulière, dont beaucoup de femmes et d'enfants. Selon la Cimade, ces violences ont conduit 1500 à 2000 personnes à la rue¹⁷¹.

Le Défenseur des droits a estimé en décembre 2016 que les tracts, affiches et courrier appelant aux expulsions sont susceptibles d'être qualifiés de provocation à la discrimination, à la haine ou à la violence et que « le manque

de mobilisation des pouvoirs publics, pourtant dûment informés [...] a permis l'organisation et la réalisation d'expulsions illégales ayant eu pour conséquences d'exposer les personnes expulsées et particulièrement les enfants à des atteintes graves à leurs droits fondamentaux »¹⁷². À la rentrée scolaire, fin août, des collectifs xénophobes ont fait pression pour empêcher la scolarisation d'enfants de « clandestins » : 150 enfants auraient été déscolarisés selon le DDD¹⁷³. Pour certains, on peut parler d'un « micro-fascisme tropical » [Touam Bona 2016], banalisé, avec une immigration désignée quotidiennement comme responsable de tous les maux.

Ces expulsions sauvages ont débouché sur le regroupement de centaines de personnes sur la place de la République de Mamoudzou et la constitution d'une sorte de camp à ciel ouvert (cf. encart page 96), sous le regard de tous et l'inaction de l'État. Le 21 juin la Cimade, le Gisti, le Secours Catholique, Médecins du Monde et la Ligue des droits de l'homme saisissent alors le tribunal administratif pour contraindre l'État à une aide matérielle, sanitaire et alimentaire immédiate et trouver des solutions de relogement pour ces familles. Lors du procès, la préfecture organise un départ précipité des familles pour les emmener dans un gîte enclavé au sud de l'île. Les conditions de vie y seront très difficiles (lieu reculé, grand isolement, eau impropre à la consommation...), la liberté surveillée, et les solidarités associatives moins présentes et très contrôlées. Le gîte sera fermé fin octobre.

(170) <http://www.cncdh.fr/fr/travaux-en-cours/etude-outre-mer>

(171) <http://www.lacimade.org/rentree-scolaire-sous-haute-tension-a-mayotte/>

(172) Décision MDE-MSP-2016-292 du 6 décembre 2016 relative aux expulsions illégales de familles d'origine comorienne à Mayotte.

(173) Décision du Défenseur des droits n° MDE-MLD-MSP 2016-29.

INTERVENTION MÉDICALE SUR LE CAMPEMENT DE LA PLACE DE LA RÉPUBLIQUE, MAYOTTE

Du 17 mai au 20 juin 2016, jusqu'à 500 personnes, expulsées violemment de leur domicile par la population, se sont retrouvées à dormir et camper sur la place de la République, dans des conditions sanitaires désastreuses, très éprouvantes et portant atteinte à leur dignité : les familles dormaient pour la plupart à même le sol, l'accès à la nourriture était restreint. L'accès à l'eau, aux douches et aux toilettes ont été mis en place tardivement et de manière très insuffisante, rationnée et payante. L'eau potable a été fournie par l'installation d'une citerne très vite contaminée conduisant à une propagation de troubles digestifs chez ce public déjà affaibli. Le ramassage des ordures n'a été mis en place que tardivement.

« Les bâches qui entourent le camp tiennent difficilement et les passants continuent de venir observer les populations. Certains les insultent, d'autres sont juste là par curiosité, ou pitié. Les gens se sentent salis dans leur dignité et beaucoup de familles se sentent considérées comme du bétail. Les enfants sont de plus en plus perturbés psychologiquement. Un grand nombre d'entre eux est en manque d'affection flagrant. »

[Mayotte, 2016]

La Croix Rouge y a assuré les premiers secours. Pendant 18 jours, MdM s'est mobilisé pour assurer une prise en

charge médicale : près de 300 consultations médicales et infirmières ont été réalisées, ainsi que des maraudes et une activité de veille sanitaire.

Au 2 juin, selon les données recueillies par la Cire auprès du Centre hospitalier de Mayotte¹⁷⁴, de la Croix Rouge et de MdM, on constatait un nombre important et croissant de pathologies infectieuses dont une majorité chez les jeunes enfants âgés de moins de 5 ans. Les pathologies infectieuses les plus fréquentes étaient digestives, respiratoires, et cutanées. De nombreux enfants malnutris ou porteurs de maladies chroniques ont vu leur traitement et leur suivi interrompus les exposant à des risques de rechute, de récurrence et de complications. Le stress lié à l'inexistence de solutions à venir et aux conditions dégradantes était perceptible au sein de la population des adultes et des enfants notamment de la part des mères d'enfants atteints de pathologies chroniques et graves.

« La plupart des familles sont à bout moralement et se demandent quand tout cela va s'arrêter. Elles se sentent humiliées. Elles ont honte d'être exposées ainsi en spectacle et souhaitent protéger leurs enfants. Elles me parlent de leur santé fragilisée et des ruptures scolaires. [...] Plus les jours passent et plus la situation se détériore. »

UN ACCÈS AUX SOINS ENCORE TRÈS INSUFFISANT

En 2005, alors que l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuits dans les structures publiques de soins, un système spécifique de sécurité sociale a été mis en place pour les seuls Français et étrangers en situation régulière¹⁷⁵, excluant ainsi de toute protection maladie environ un quart de la population [Math 2012]. **À Mayotte, la PUMa, la CMUc¹⁷⁶ et l'AME n'existent pas en droits¹⁷⁷. Par ailleurs, de nombreuses personnes sont dans l'incapacité de fournir les pièces justificatives, parfois abusives, exigées pour s'inscrire auprès de l'assurance maladie.** Ainsi on considère que 40 % des résidents Mahorais pouvant être affiliés à la Sécurité sociale en étaient exclus en 2011 [Roudot 2014] et selon le Défenseur des droits, 75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas

affiliés [Mathieu 2013]. Non affiliés, les personnes doivent payer un forfait¹⁷⁸ souvent très élevé au regard de leurs moyens financiers [COABS 2010].

Le 31 mai 2012, une ordonnance a inscrit dans la loi le principe de la gratuité des soins dans le système public pour les mineurs et les femmes enceintes en situation de précarité. Faute de financements complémentaires à l'hôpital, cette ordonnance est cependant restée inappliquée jusqu'à l'adoption fin novembre 2015 d'une note interne au CHM donnant la consigne d'appliquer cette gratuité. Il faudra encore une bonne année pour que l'information soit diffusée et que la gratuité pour les enfants et les femmes enceintes s'applique progressivement dans les dispensaires et à l'hôpital.

(174) CIRE Océan indien, ibid.

(175) Résidant en France depuis 3 mois ou autorisés à y séjourner pour une durée supérieure à trois mois.

(176) À Mayotte le code de la sécurité sociale ne s'applique pas ; c'est l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte qui prévoit les dispositions en matière d'assurance maladie, spécifiques à ce territoire. La réforme de la protection universelle maladie (PUMa) ne s'y appliquera pas.

(177) À Mayotte le code de la sécurité sociale ne s'applique pas ; c'est l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte qui prévoit les dispositions en matière d'assurance maladie, spécifiques à ce territoire. La réforme de la protection universelle maladie (PUMa) ne s'y appliquera pas.

(178) Arrêté du 9 août 2005 relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte.

Il s'agit là d'une véritable avancée même si cette gratuité doit être consolidée par l'adoption d'un décret d'application de l'ordonnance de 2012. Mais cela ne doit pas faire oublier la nécessité de mise en place d'un système d'assurance maladie tel qu'il existe en métropole, ni l'affiliation directe des mineurs, ainsi que la mise en place de l'AME pour les personnes en situation irrégulière.

Ces réformes de fond sont demandées depuis longtemps par les associations et les institutions telles que la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde)¹⁷⁹, la Défenseure des enfants, le Défenseur des droits¹⁸⁰. Tout récemment, face à la situation très difficile prévalant à Mayotte, le Conseil national de l'ordre des médecins a demandé l'instauration d'une AME « contrôlée »¹⁸¹.

UN ÉTAT DE SANTÉ TRÈS DÉGRADÉ CONJUGUÉ À UNE OFFRE DE SOINS SATURÉE ET DES PERSONNELS DE SANTÉ ÉPUISÉS

La situation sanitaire à Mayotte est très particulière, liée à la démographie de la population, à une grande précarité des conditions de vie et un manque de dispositifs de prévention et de suivi. Ainsi, Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport à la métropole de 84%¹⁸², le taux de mortalité maternelle y est 6 fois plus élevé qu'en métropole, la mortalité infantile 4 fois plus élevée [Math 2012]. On note une importance des pathologies de la mère et de l'enfant et des pathologies infectieuses et une sous-nutrition infantile [Aballea 2013] (cf. encart). Les pathologies chroniques telles que le diabète sont un problème de santé publique majeur à Mayotte tout comme l'hypertension et l'obésité et se cumulent avec des pathologies dites « du Sud » telles que les maladies diarrhéiques, le paludisme, la typhoïde. L'incidence de la tuberculose est élevée avec une augmentation des cas depuis 2013 [Montera 2013] et en 2015, Mayotte détient le triste record du département Français où le taux de déclaration de la maladie est le plus élevé avec un doublement des taux de déclaration de tuberculose par rapport à 2014 [Guthman 2017].

La densité médicale est très faible et en baisse¹⁸³ et la pénurie des personnels médicaux croissante. L'offre de soins de premier recours repose presque exclusivement sur le secteur public (dispensaires, hôpital et PMI) malheureusement en déficit constant de moyens. Les PMI ont un rôle de premier plan à Mayotte, où la natalité est très forte et en augmentation, mais leurs moyens et effectifs paraissent dérisoires face aux besoins. L'Igas estime que les PMI répondent à 50% des besoins pour les femmes et les enfants, et alerte

sur le défaut de moyens très préoccupant qui « met en péril la santé des usagers » (cf. encart page 50) [Aballea 2013].

Depuis 2016, les mouvements de grève sont réguliers au sein des différentes structures de prévention et de santé et les personnels font appel à leur droit de retrait. Ainsi, d'avril à septembre 2016, 133 réservistes de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) ont été mobilisés à Mayotte, surtout en obstétrique et périnatalité [Sudre 2017].

Les équipes de MdM constatent au quotidien les difficultés des personnes dans l'accès aux soins : les salles d'attente sont remplies, les patients doivent arriver à l'aube ou dans la nuit pour faire la queue devant les centres de santé, et se heurtent régulièrement à la fermeture des structures pour cause de grève... Ainsi de nombreuses personnes ne peuvent accéder aux soins le jour où elles se présentent (même en arrivant dans la nuit) et doivent reporter leur soins ou finissent même par renoncer.

Depuis juin 2015, MdM propose des consultations médicales et sociales au sein de son centre pédiatrique dans la commune de Kawéni, Grand Mamoudzou, quartier considéré souvent comme le « plus grand bidonville de France », ainsi que des consultations mobiles dans la commune de Koungou, qui concentre un grand nombre de logements insalubres, une forte densité de population, un accès à l'eau potable très difficile, une absence de système d'assainissement dans les habitations ainsi que de fréquents contrôles de police.

CARTE 2 : PROGRAMMES MENÉS À MAYOTTE PAR MDM, EN 2016



(179) Halde, Délibération n°2010-87 du 1^{er} mars 2010.

(180) Décision du Défenseur des droits n° MDE/2013-87.

(181) Ordre national des médecins : Organisation des soins dans la région de l'Océan indien. La Réunion et Mayotte. Recommandations du Conseil national de l'ordre des médecins, avril 2017.

(182) L'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus, si les taux de mortalité par sexe et âge du département étaient identiques à ceux de la métropole.

(183) 71 médecins pour 100 000 habitants contre 337 en métropole, source : Statiss, ARS Océan indien.

En 2016, 1 334 consultations médicales ont été réalisées, auprès de 862 patients (hors consultations sur la place de la République), dont 915 au centre pédiatrique et 419 sur l'unité mobile. Les $\frac{3}{4}$ de la file active vue en consultation ont moins de 6 ans.

Plus de 80 % des enfants vus en consultation ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale alors que plus de la moitié d'entre eux sont affiliables (ayant droits de parent français ou en situation régulière résidant à Mayotte). Parmi les enfants vus en consultation, 76 % ont au moins un parent en situation irrégulière et 5 % ont un de leur parent qui a été expulsé. Près de 7 enfants sur 10 sont nés à Mayotte.

Les principaux motifs de consultation des enfants sont d'ordre respiratoire (35 % des cas), métabolique, nutritionnel et endocrinien (24 %), dermatologique (19 %), et digestif (17 %). Ces pathologies sont souvent liées aux conditions de vie précaires des enfants et de leurs parents (habitat insalubre, absence d'hygiène, accès à l'eau limité). Rappelons que, selon l'Insee, en 2013, 28 % de la population de Mayotte n'avait pas accès à l'eau courante (contre 75 % en 2002) [Brasset 2016]. Début 2017 une véritable pénurie d'eau s'est installée, notamment au sud de l'île, un dispositif de rationnement d'eau a été instauré (les « tours d'eau »). En 2016, près d'un tiers des patients ayant consulté à MdM déclarent ne pas avoir accès à l'eau potable.

À Koungou, l'eau de la rivière, bien souvent souillée en amont par des déchets, est régulièrement consommée par les populations et notamment les jeunes enfants. Ce qui entraîne des diarrhées associées aux viroses chez les enfants en bas âge ou des problèmes parasitaires. À Kawéni, l'absence de nettoyage des berges des rivières et des dispositifs d'écoulement des eaux est problématique.

En 2014, La Cour des comptes alertait sur les risques d'épidémie et de maladies en lien notamment avec les conditions d'habitat très dégradées pour une grande partie de la population [Cour des comptes 2014]. L'installation de bornes fontaines est devenue une priorité de santé publique pour l'ARS en 2014 mais les avancées restent largement insuffisantes.

Il est urgent de repenser le système d'eau et d'assainissement sur l'ensemble de l'île et de trouver des solutions structurelles autre que les bornes fontaines qui bien souvent sont en nombre insuffisant et ne répondent aux besoins de la population que de manière partielle.

UNE PRISE EN CHARGE CHAOTIQUE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES ET DES RETARDS VACCINAUX INQUIÉTANTS

En 2016, 12 % des enfants rencontrés présentaient une pathologie chronique. Une des difficultés majeures constatées pour ces patients est d'assurer un suivi régulier de leur

pathologie en l'absence de médecin référent coordonnant la prise en charge. Le *turn over* important des médecins et les difficultés des familles pour se déplacer rend les prises en charge très chaotiques. Par ailleurs, il existe un défaut d'information et d'éducation thérapeutique important des personnes souffrant de pathologie chronique les conduisant trop souvent à consulter tardivement et le plus souvent aux urgences.

Ainsi par exemple, dans 33 % des consultations réalisées par MdM, le médecin estime que le problème de santé aurait dû être traité plus tôt.

Les taux de couverture vaccinale des enfants vus dans les consultations de MdM restent faibles par rapport aux objectifs nationaux (95 %) qui permettraient de garantir une protection de l'ensemble de la population. Ainsi, plus du quart des enfants de 24 à 59 mois ayant consulté nécessiteraient un rattrapage vaccinal pour au moins un vaccin (tableau 28) et ce en dépit de la priorité donnée à la complétude du schéma vaccinal des enfants déjà vaccinés depuis septembre 2016. Ce résultat est à rapprocher de la saturation des services de PMI et des ruptures fréquentes en intrants sur l'île.

Par ailleurs, la priorité donnée au respect du schéma vaccinal des enfants déjà vaccinés pénalise les enfants qui n'ont jamais été vaccinés et conduit à ce que des nourrissons de plusieurs mois ne soient pas immunisés contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche ou le pneumocoque. Ainsi, plus d'un tiers des enfants de 2 à 24 mois accueillis sur le programme de MdM n'étaient pas a priori vaccinés pour le DTP, la coqueluche ou le pneumocoque.

On note que les taux de couverture vaccinale les plus élevés concernent le BCG et l'hépatite B. Il s'agit des vaccinations faites habituellement à la maternité. En effet, le BCG, fortement recommandé dans un contexte comme celui de Mayotte, est généralement fait à la naissance. En ce qui concerne la vaccination ROR, la couverture vaccinale reste très faible, en particulier avant 2 ans.

Ces taux de couvertures restent toutefois insuffisants et fragiles au regard du contexte qui sévit dans l'île : rupture de stock de courte durée, grève des sages-femmes, difficultés des PMI à assurer leurs missions de prévention... Certains délais de rendez-vous pouvant dépasser 4 mois. Rappelons par ailleurs, qu'en avril 2016 le Haut conseil de santé publique (HCSP) a publié des recommandations pour optimiser l'utilisation du vaccin BCG dans le contexte actuel de pénurie nationale [HCSP 2016]. Ainsi, à Mayotte (comme en Guyane), il est recommandé de vacciner tous les nouveau-nés avant la sortie de la maternité.

Face à ces constats, MdM alerte sur les multiples obstacles à l'accès aux droits et aux soins des enfants, malgré la gratuité instaurée par l'ordonnance de 2012.

Le premier obstacle réside dans la saturation de l'offre de soins et ses multiples conséquences. Ainsi par exemple, au dispensaire de Koungou, les patients doivent arriver à l'aube, voire en pleine nuit, pour obtenir un ticket pour une consultation avec un médecin. Il n'est pas rare que des femmes dorment dehors devant le dispensaire. Les rendez-vous sont fréquemment à plus de 4 mois.

Il convient de **souligner les difficultés existantes sur l'île pour se déplacer et le coût des transports qui constitue un obstacle non négligeable.** Il n'existe aucun réseau de transport public à Mayotte; les habitats sont dispersés. Les taxis reviennent cher (1,40 à 5 euros) et plusieurs taxis doivent souvent être empruntés pour aller jusqu'à sa destination. Près d'un tiers des parents accueillis sur le programme de MdM évoquent la difficulté à se déplacer comme un obstacle à l'accès aux soins pour leurs enfants.

Par ailleurs, les équipes de MdM dénoncent les pratiques catastrophiques de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) qui freinent l'affiliation des enfants comme des adultes. En pratique, le système d'affiliation géré par la

CSSM ne cesse de s'alourdir: la durée de traitement des dossiers est de 7 mois en moyenne, les dossiers restant souvent sans réponse ou étant régulièrement perdus, des passe droit existent dans leur traitement, des documents très difficiles à réunir sont demandés, tel que l'extrait de naissance légalisé... Enfin une pratique de « demi-affiliation » s'est mise en place: en l'absence de RIB, les enfants ne sont affiliés que pour les dépenses du système public de santé et exclus des soins infirmiers libéraux par exemple. Par ailleurs, des affiliations de parents sont faites sans prise en compte de leurs enfants surtout si ces derniers sont nés à l'étranger.

Enfin, on constate un manque d'information sur la gratuité des soins: 37% des parents accueillis sur le programme de MdM ne savent pas que les soins de santé sont gratuits pour leurs enfants. Ainsi, plus d'un parent sur dix a déclaré avoir renoncé à des soins pour son enfant au cours des 12 derniers mois par crainte de devoir payer. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent s'acquitter d'un forfait souvent élevé au regard de leurs moyens financiers pour pouvoir se faire soigner.

TABLEAU 28 : COUVERTURE VACCINALE AU JOUR DE LA PREMIÈRE VISITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ACCUEILLIS PAR MDM, 2016¹

Type	Enfants accueillis par MdM		Population générale de Mayotte (2010) ²
	[0-24 mois [(n=260)	[24-59 mois] (n=171)	24-59 mois
BCG	80,5	73,6 %	90,5-95,1
	[2-24 mois [(n=234)	[24-59 mois] (n=171)	24-59 mois
DTP	64,0 %	75,4 %	92,5-96,4
Coqueluche	63,5 %	74,6 %	89,9-94,5
Hépatite B	84,9 %	74,6 %	93,1-96,4
Pneumocoque	60,3 %	53,3 %	
	[12-24 mois [	[24-59 mois] (n=171)	24-59 mois
ROR	48,0 %	71,1 %	82,0-88,9

Taux de réponse : 70 %.

(1) C'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses requises.

(2) Source : InVS, ARS 2014.

UN DÉPISTAGE ET UNE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË INFANTILE INSUFFISANTS VOIRE INEXISTANTS

Selon une étude de l'InVS réalisée en 2006, au regard des seuils définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la situation nutritionnelle des enfants de Mayotte était considérée comme précaire pour la maigreur (5-10 %) et l'insuffisance pondérale (10-20 %) [Ntab 2007].

La malnutrition aiguë infantile résulte d'un déséquilibre secondaire à des carences nutritionnelles (alimentation insuffisante et/ou trop peu diversifiée). Un cercle vicieux peut alors s'installer avec un fort risque de retentissement immédiat sur l'état de santé, de vulnérabilité aux risques infectieux et de retard de développement. Elle nécessite un dépistage et une prise en charge selon des recommandations reconnues au niveau international¹⁸⁴.

Le dépistage de la malnutrition aiguë infantile repose sur les mesures anthropométriques (poids et taille de l'enfant, le périmètre brachial, la présence d'œdèmes bilatéraux des membres inférieurs). La malnutrition aiguë est ainsi définie comme modérée (MAM) ou sévère (MAS).

Depuis 2013, MdM réalise systématiquement un dépistage de la malnutrition aiguë infantile pour chaque enfant reçu en consultation médicale. Jusqu'en juillet 2015, les enfants pouvaient être orientés en PMI pour un suivi et une prise en charge, mais suite à l'interruption des approvisionnements en produit nutritionnel et les difficultés structurels des PMI, MdM a assuré à partir de mi-2015 la prise en charge des enfants MAM avec un suivi social (accompagnement, aide et orientation vers des partenaires associatifs ou institutionnels notamment pour des aides alimentaires) et un suivi ambulatoire hebdomadaire avec distribution d'aliments de supplémentation jusqu'à atteinte du poids-cible et consolidation. Dans le cas de malnutrition aiguë sévère, les enfants étaient orientés vers le service de pédiatrie du CHM.

En 2016, parmi les nouveaux enfants de moins de 5 ans ayant consulté, 2,3 % présentaient une malnutrition aiguë sévère et 11 % une malnutrition aiguë modérée¹⁸⁵, lors de leur 1^{er} visite. Le suivi et le traitement a concerné 59 enfants et représenté plus de 240 consultations médicales et plus de 250 consultations sociales.

Un protocole a été élaboré en 2015 par le Centre hospitalier de Mayotte et certaines prises en charge sont assurées via l'hôpital pour les cas de malnutrition les plus sévères. Un financement institutionnel aurait été dégagé pour la prise en

charge effective via des centres de PMI. Cependant à ce jour, nous déplorons que la mise en œuvre sur le terrain soit loin d'être effective, pas d'intrants, pas de moyens supplémentaires, pas d'organisation de la prise en charge.

MdM constate toujours de nombreuses difficultés pour la prise en charge de la malnutrition à Mayotte relevant de nombreux facteurs :

- Dans le sous-dimensionnement de l'offre de santé à Mayotte, les PMI sont fortement touchées à la fois par un défaut de moyens financiers, matériels et aussi humains. Selon les chiffres de la Cour des comptes pour la démographie de Mayotte, une PMI standard en métropole aurait 100 médecins, 130 infirmiers et 25 sages-femmes, alors que Mayotte ne dispose que de 12 médecins en 2016 (avec baisse prévue à 5 en 2017), 20 infirmiers et 20 sages-femmes. En métropole les PMI voient 18 % des enfants alors qu'à Mayotte ce sont plus des 60 % des enfants qui sont vus.
- Les ruptures régulières d'activité dans ces structures et l'importance de la file active rendent difficiles les soins couramment effectués tels que les mesures de poids et de taille. La problématique nutritionnelle est sous-évaluée et le suivi ne peut être de qualité.
- Le manque de formation des professionnels de santé sur la malnutrition aiguë, ses causes, son dépistage et sa prise en charge. L'utilisation du périmètre brachial n'est par exemple pas effective dans les structures PMI pourtant inscrite dans le « Guide thérapeutique et protocole de prise en charge en ambulatoire de la malnutrition aiguë de l'enfant de 6 mois à 5 ans à Mayotte » rédigé en juin 2015, comme un « outil de dépistage rapide, simple, fiable [...] quel que soit le motif de consultation [...] à chaque contact avec un centre de soin ».
- L'absence de relai post-hospitalisation pour finaliser à domicile le traitement nutritionnel jusqu'à guérison complète et qui entraîne donc de fréquentes rechutes. Lorsque l'enfant sort d'hospitalisation il est demandé à la famille de se rendre à la PMI dont elle dépend pour un contrôle du poids 7 jours après la sortie. La famille fait la démarche mais souvent ne peut être reçue soit par absence de personnel, soit par saturation. Les rendez-vous sont fixés au-delà de 4 mois. Il n'existe pas de communication ou

(184) Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant, Déclaration commune de l'organisation mondiale de la santé et du fond des Nations unies pour l'enfance.

(185) Taux de réponse : 80,5 %.

de relais d'informations et nous déplorons l'absence de coordination entre les acteurs sur ce sujet (social, médical et de suivi).

- La distribution d'aide alimentaire est assurée en grande majorité par le milieu associatif, certaines aides institutionnelles sont dépendantes de la situation administrative des patients d'où une exclusion d'une certaine partie de la population vivant à Mayotte.

En 2016, en l'absence de prise en charge effective et efficace de la malnutrition aiguë infantile à Mayotte par les structures de santé, MdM a continué de se substituer aux structures de droit commun pour dépister et soigner des enfants malnutris accueillis par son programme.

Malgré l'interpellation des acteurs institutionnels et des pouvoirs publics sur la situation de malnutrition aiguë infantile et la nécessité de développer une approche cohérente de prévention et de prise en charge, il n'existe à ce jour pas de produit nutritionnel adapté et disponible, ni de moyens mis à disposition au sein de structures de santé de première ligne dans l'identification et le suivi des jeunes enfants malnutris.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

102

- Agrali S, Morel E. « Prendre soin » Maux d'exil, 2012: 36 pages.
- Amar E, Borderies F. « Les services de PMI: plus de 5 000 sites de consultations en 2012 » DREES, Études et résultats, 2015: 913.
- Aballea P, Rabineau Y « Mission d'appui au département de Mayotte sur le pilotage de la protection de l'enfance » Igas, février 2016.
- Académie nationale de médecine « Rapport sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés », janvier 2007.
- Académie nationale de médecine « Précarité, pauvreté et santé », rapport, Juin 2017, 24 pages.
- Amnesty International « Des contrôles aux confins du droit. Violation des droits humains à la frontière française avec l'Italie » Synthèse de mission d'observatoire, Février 2017.
- ANSA « Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile? Repérage de pratiques innovantes ». ANSA, DGCS, 2016.
- ANSA « Le logement d'abord et après. Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France » 2017.
- Antona D, Fonteneau L, et al. « Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France: résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004 » BEH, 2007; 6: 45-50.
- Aragona M, Pucci D et al. « Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary case study » Italian Journal of Public Health, 2012; 9: 3.
- Arcep « Le baromètre du numérique 2016 », 2016; 72 pages.
- Archimbaud A. « L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », Rapport, Septembre 2013.
- ASSFAM, Forum réfugiés, FTDA, Cimade, Ordre de Malte « Centre et locaux de rétention administrative. 2016 » Rapport, juin 2017.
- Azoguy Lévy S. « Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire? Repères épidémiologiques et économiques ». La santé de l'homme, 2012; 417: 5-6.
- Azria E. « Précarité sociale et risque périnatal », Enfances & Psy, 2015; 67: 13-31.
- Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. « La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? ». Populations et sociétés, 2012; 492: 1-4.
- Balicchi J, Bini JP, Daudin V, Actif N, Rivière J. « Mayotte, département le plus jeune de France », Insee Première, 2014; 1488:1-4.
- Barré S, Massetti M, et al. « Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France ». BEH 2017; 2-3: 39-47.
- Basset C « La protection maternelle et infantile » Les avis du Conseil économique social et environnemental, octobre 2014.
- Beltzer N, Hamers F, Duport N. « Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014 ». BEH 2017; 2-3: 26-31.
- Binder-Foucard F, Belot A, et al. « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1: tumeurs solides », InVS, Rapport, 2013.
- Blanchard E, Rodier C « Crise migratoire » : ce que cachent les mots » Plein droit, 2016; 111: 3-6.
- Bottero J, Boyd A, Gozlan J, Carrat F, Nau J, Pauti MD, Rouguer H, Girard PM, Lacombe K. « Simultaneous HIV-HBV-HCV point-of-care tests improve outcomes in linkage-to-care: Results of a randomized-control trial in persons without healthcare coverage » Open Forum Infect Dis, 2015; 2.
- Bourdillon F, Ifrah N. Éditorial. « Dépistage du cancer du col de l'utérus: des évaluations pour mieux l'organiser ». BEH, 2017; 2-3: 24-5.
- Bouris S, Merry L, Kebe A, Gagnon A. « Mothering here and mothering there: International migration and postbirth mental health » Obstetrics and Gynecology International, 2012; 1-6.
- Brasset M, Le Pabic « Enquête budget des familles. Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation » INSEE Analyse Mayotte, 2014, 3.
- Bryere J, Dejardin O, et al. « Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. » BEH 2017; 4: 68-77.
- Burns FM, Imrie JY et al. « Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain ». AIDS Care, 2007; 19: 102-8.
- Carnicer-Pont D, de Olalla PG, Cayla JA. « HIV infection late detection in AIDS patients of an European city with increased immigration since mid1990s ». Curr HIV Res, 2009; 7: 237-43.
- CFDA. « Droit d'asile en France: conditions d'accueil. État des lieux 2012 » Rapport CFDA, 2013, 121 pages.
- Chambon N, Le Goff G. « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie ». Revue française des affaires sociales, 2016; 6: 123-40.
- Chappuis M, Antonielli AB, et al. « Prévention des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes en situation de grande précarité: étude épidémiologique ». Bull Cancer, 2014; 101: 663-8.
- Chappuis M, Pauti MD, et al. « Connaissance des statuts sérologiques VIH, VHB et VHC chez les personnes en situation de grande précarité en France, 2012 ». Med Mal Inf, 2015; 45: 72-77.
- Chappuis M, Thomas E, et al. « Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité: Une enquête multicentrique dans 7 Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde France, 2014 ». BEH, 2017; 19-20: 415-22.
- Cimade. « Centres et locaux de rétention administrative. Rapport 2014 », Avril 2015.

- CNCDH. « Avis sur le respect des droits fondamentaux des populations vivant en bidonvilles ». Février 2015(a).
- CNCDH. « La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie ». La documentation française, 2015(b).
- CNDH Romeurope. « Rapport politique », 2015.
- CNDH Romeurope « 20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et squats. » Rapport 2017.
- CNLE « Accès aux soins des plus démunis: CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis » Avis, juin 2011.
- COABS, ARS. « État de santé de la population de la Réunion et de Mayotte – Océan Indien », 2010: Dossier n°1, 18 pages.
- Comede. « La santé des exilés. Rapport Comede 2014 » 2014; 131 pages.
- Cordier A, Salas F. « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat ». Rapport IGAS/IGF, 2010, 161 pages.
- (La) Cour des comptes. « La départementalisation de Mayotte. Une réforme mal préparée, des actions prioritaires à conduire ». Rapport public thématique. Janvier 2016.
- Dallier P. « Rapport d'information sur les dispositifs d'hébergement d'urgence » Sénat, Rapport d'information 193, 7 décembre 2016.
- Davie E « Un premier enfant à 28 ans » Insee première, 2012: 1419.
- DDD « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME ». Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.
- DDD « Exilés et droits fondamentaux: la situation sur le territoire de Calais » Octobre 2015.
- DDD « Les droits fondamentaux des étrangers en France » Mai 2016.
- DDD « Relations des usagers et usagers avec les services publics: le risque du non-recours ». Enquête sur l'accès aux droits Volume 2 » Mars 2017(a).
- DDD, Fonds CMU « Des pratiques médicales et dentaires: entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes » Mars 2017(b).
- Decker M, Crago AL, Chu S, Sherman S, Seshu M, Buthelezi K, Dhaliwal M, Beyrer C. « Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV ». Lancet, 2015; 385: 186-99.
- Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France: combien ont été infectés après la migration? » BEH, 2015; 40-41: 752-8.
- Deshingkar P, Shaheen A. « Migration and human development in India » Working Paper. Human Development Report Office, UNDP, New York. 2011.
- Deshingkar P, Farrington J. « Circular migration and multi locational livelihoods strategies in rural India » 2009, Oxford University Press, New Delhi.
- Desprès C. « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », Anthropologie & Santé, 2013; 6 pages.
- DGS « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales » 2017, 64 pages.
- D'Halluin E. « La santé mentale des demandeurs d'asile ». Hommes et migrations, 2009; 1982: 66-75.
- DIHAL « La lettre d'information de la DIHAL N°17 ». 16 décembre 2015. 2 pages.
- DIHAL « État des lieux national des campements illicites, grands squats et bidonvilles » Avril 2017.
- DPJJ « Rapport annuel d'activité 2016, mission mineurs non accompagnés de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) » Mars 2017.
- Dray-Spira R, Wilson d'Almeida K, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert F. « État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées » BEH, 2013; 26-27: 285-92.
- Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. « Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe » HIV Med, 2008; 9: 23-5.
- Feldman R. « Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services ». Public Health, 2006; 120: 809-816.
- FAS « Baromètre du 115 » Novembre 2016.
- Fnars « Réforme de l'asile: accueil, hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile et des réfugiés. 57 propositions pour une mise en œuvre de ma réforme de l'asile respectueuse des droits des personnes » Décembre 2015.
- Fnars « Enquête: Le fonctionnement des Pass » Mars 2017.
- Fondation Abbé Pierre « 22^{ème} rapport sur l'État du mal-logement en France », février 2017.
- Gacon L, Bordeianu F. « Médiation en santé: des outils co-construits avec les habitants des bidonvilles » La santé de l'homme, La santé en action, 2017, 440: 20-21.
- Goasguen C, Sirugue C. « Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n°3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'Aide médicale d'État » Rapport 3196, novembre 2015.
- Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N. « Migrants subsahariens: combien de temps leur faut-il pour s'installer en France? » Populations et sociétés, 2016; 533: 1-4.
- Gotham D, Barber M, Fortunak J, Pozniak A, Hill A. « Rapidly falling costs for new hepatitis C direct-acting antivirals (DAAs): potential for universal access ». Abstract présenté à la 21^e conférence Aids, Durban, South-Africa, Juillet 2016.
- Grillo F, Soler M, Chauvin P. « L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010 » BEH, 2012, 2,3,4: 45-48.
- Guthmann JP, Fonteneau L, et al. « La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France: résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002 ». BEH 2007; 51-52: 441-5.
- Guthmann JP, Ait Belghiti F, Levy-Bruhl D. « Epidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. » BEH, 2017; 7: 116-26.
- Guthmann JP, Fonteneau L et al. « Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014: progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent ». BEH, 2015; 26-27: 499-504.
- Guthmann JP, Ait Belghiti F, Levy-Bruhl D. « Epidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015 ». BEH, 2017; 7: 116-26.
- Haguenoer K, Boyard J, et al. « L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus: un essai randomisé en Indre-et-Loire. » BEH 2017; 2-3: 59-65.

- HAS « Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*; état des lieux et propositions », Synthèse, 2010; 26 pages.
- HAS « Recommandation en santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C », 2014; 102 pages.
- HAS « L'état de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de de vulnérabilité sanitaire » Janvier 2016.
- HAS. « Évaluation économique et santé publique. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations » 2017; 41 pages.
- HCE « La santé et l'accès aux soins: Une urgence pour les femmes en situation de précarité » Bousquet D, Couraud G et Lazimi G, Rapport n°2017-05-29-SAN-O27, mai 2017.
- HCSP « Avis du Haut conseil de la santé publique relatif à l'évaluation d'un jeune isolé étranger », 23 janvier 2014.
- HCSP « Santé sexuelle et reproductive » Avis et Rapports, mars 2016.
- HCSP « Actualisation de l'avis du 22 mai 2015 relatif à l'optimisation de l'utilisation du vaccin BCG en situation de pénurie ». Haut conseil de la santé publique, 18 Avril 2016.
- Helfter C. « Permanences d'accès aux soins de santé: le bouclier social de l'hôpital », ASH, 2014; 2851: 32-35.
- Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. « Recours aux soins des migrants en situation de précarité en France: une étude comparative des motifs de recours aux soins dans les centres d'accueil de Médecins du Monde et en médecine générale libérale, 2011-2012 » BEH, 2017, à paraître.
- Human Rights Watch. « France: Les migrants et les demandeurs d'asile victimes de violence et démunis ». Rapport, 2015.
- Human Rights Watch « Rapport mondial » 2017: 704 pages.
- Igas « Étude sur la protection maternelle et infantile en France » Rapport de synthèse et rapports de site, 2006.
- Igas « Prostitutions: les enjeux sanitaires » Rapport d'enquête, 2012.
- Igas, IGSJ, IGA, « L'évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la Circulaire du 31 mai 2013 » Juillet 2014.
- INCA « Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, Étude médico-économique, Phase 1 » 2016.
- INSEE Mayotte « La population augmente toujours fortement » INSEE Mayotte info, 2012; 61.
- InVS « Découvertes de séropositivité et de sida ». Point épidémiologique; 2017(a)
- InVS « Bulletins des réseaux de surveillance des IST ». 2017(b)
- InVS, Cnamts, Cetaf. « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », Rapport InVS, 2007; 112 pages.
- InVS, ARS « Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010 » Rapport, 2014, 66 pages.
- Kaoutar B, Mathieu-Zaham L, Lebas J, Chauvin P. « Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France ». Bull Soc Pathol Exot 1990; 105: 86-94.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, et al. « How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review ». Eur J Public Health. 2015; 25: 937-44.
- Laporte A, Chauvin P. « Samenta, la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Rapport final, Observatoire du Samu Social de Paris, Inserm, 2010; 226 pages.
- Letrilliart L, Supper I et al. L. « ECOGEN: Étude des éléments de consultation en médecine générale ». Exercer. 2014; 114: 148-157.
- Lopez-Quintero C, Shtarkshall R, Neumark YD. « Barriers to HIV-testing among hispanics in the United States: analysis of the National Health Interview Survey, 2000 ». AIDS Patient Care STDs, 2005; 10: 672-83.
- Lurel, V. « Égalité réelle en Outre-mer » Rapport au Premier ministre. Assemblée nationale. 15 mars 2016.
- Maffesoli SM. « Les travailleuses du sexe, entre violence et silence », Maux d'Exil; Avril 2016.
- Marie CV, Breton D et al. « Migrations, natalité et solidarités familiales. La société de Mayotte en pleine mutation ». INSEE Analyse, 2017; 12.
- Martin P « Les métamorphoses de l'assurance maladie » Presses universitaires de Rennes, collection le sens social, 2016.
- Masullo A. « Santé et recours aux soins des populations précaires » 2006, Eris, 15 pages.
- Math A. « Mayotte. La situation économique et sociale » Chronique internationales de l'Ires, 2012; 134 pages.
- Mathieu Y. « Compte-rendu de la mission conduite par Mme Yvette Mathieu auprès du Défenseur des droits de l'enfant à Mayotte », Mars 2013.
- MdM « L'alimentation des personnes en situation de grande précarité en France. Quel impact sur leur santé ». Rapport, 2014.
- MdM « L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe », Réseau international MdM, rapport 2015(a).
- MdM « Calais: Des violences de toutes sortes », Synthèse pour la CNCDH proposée par la Mission Migrants Nord Littoral de Médecins du Monde. 2015(b).
- MdM « État buccodentaire et accès aux soins des personnes en situation de précarité » Rapport d'étude (à paraître). 2016(a).
- MdM. « Les conditions d'hébergement des personnes en situation de grande précarité, une enquête auprès des patients rencontrés par Médecins du Monde en Île-de-France ». Mars 2016(b).
- MdM « Du difficile équilibre entre sécurité, précarité et indépendance après le vote de la « Loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées » rapport intermédiaire d'enquête, 2016(c).
- MdM « L'accès à l'hôpital des personnes en situation de précarité en France: les constats de Médecins du Monde dans 23 villes » Mars 2017(a) (à paraître)
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, CNS, ANRS. « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts ». Rapport 2013, Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, 2014(a) ; 476 pages.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, ANRS, AFEF. « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C », Rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Dhumeaux. 2014(b) ; 510 pages.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, ANRS, CNS, AFEF « Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C », Rapport de recommandations 2016, Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux. 2016; 92 pages
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé « Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 » 2017, 74 pages.

- Ntab B, Gandin P, Castetbon K, Sissok D, Vernay M « État nutritionnel et activité physique à Mayotte, France: premiers résultats de l'étude NutriMay 2006 » BEH, 2007; 48-49: 402-5.
- Observatoire du Samu social de Paris « Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFANMS. Enfants et famille sans logement personnel en Île-de-France ». Rapport, 2014; 359 pages.
- OFDT « Drogues, chiffres clés ». 2015.
- Ofpra « Rapport d'activité 2016. À l'écoute du monde », 2017; 139 pages.
- Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. « Inégalités sociales de santé: quels impacts sur l'accès aux soins de prévention? » Lien Soc Polit. 2006; 55: 115.
- Pauti MD, Tomasino A, et al. « Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité: le programme de Médecins du Monde en France ». BEH, 2016; 13-14: 230-6.
- Péaud C, de Gentile L, et al. « Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers » 18^e journées nationales d'infectiologie, Médecine et maladies infectieuses, 2017: 47: S95-S100.
- Petit-Sinturel M, Aubert L, Melin M, Cazein F. « Surveillance des infections à VIH et Sida dans les territoires français d'Amérique » Bulletin de veille sanitaire, 2016, 3.
- Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R. « Évaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS) », DGCS, Rapport final, 2013; 179 pages.
- Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, et al. « Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine » BEH, 2016; 13-14: 224-9.
- Prost A, Elford J, et al. « Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention » AIDS Beh, 2008; 12: 170-94.
- Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC « National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. » Lancet HIV, 2017; 4: 134-140.
- Rilliard F, Friedlander L, et al. « Santé et précarité: les permanences d'accès aux soins de santé buccodentaire ». La santé de l'homme, 2012; 417: 31-33.
- Roudot A. « Intégration territoriale et fractures sanitaires à Mayotte: états de santé du 101^e département français », Revue française des affaires sociales, 2014; 4.
- Roux P, Le Gall JM, Debrus M, Protopopescu C, Ndiaye K, Demoulin B, Lions C, Haas A, Mora M, Spire B, Suzan-Monti M, Carrieri C. « Innovative community-based face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infections risks in difficult-to-reach people who inject drugs: result from the ANRS-AERLI intervention study ». Addiction, 2016, 111(1) : 94-106.
- Roze M, Vandentorren S, et al. « Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the Enfams survey » European psychiatry, 2016, 38: 51-60.
- Sahajian F, Voirin N, Vanhems P, Fabry J. « Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C ». RESP 2005; 53: 25-42.
- Sakoyan J, Grassineau D. « Des sans-papiers expulsés à leurs enfants « isolés » : les politiques migratoires de la départementalisation à Mayotte. » In Vitale P. (dir.), Mobilités ultramarines, Paris, éditions des Archives contemporaines, 2015, p. 95-117.
- Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. « Santé périnatale des femmes étrangères en France » BEH, 2012; 2-3-4: 30-34.
- Schwarzingner M. « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyses des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète », 2012.
- Slama S. « Chasse aux migrants à Mayotte: le symptôme d'un archipel colonial en voie de désintégration » La Revue des droits de l'homme, 2016: 10.
- Sudre AC. « La réserve sanitaire », Journées régionales de santé publique – Océan indien, 2017.
- Supervie V « Données épidémiologiques VIH récentes en France » XVII^e congrès de la Société française de lutte contre le sida, Montpellier, 6-7 octobre 2016.
- Tanti-Hardouin, N, Haezebrouck, D. « Sens de la médiation santé de Médecins du Monde auprès des populations roms: les nouveaux enjeux de la lutte contre la grande exclusion ». Novembre 2015.
- Teoran J, Rustico J. « Un programme national de médiation sanitaire. De l'expérimentation à la généralisation » Études tsiganes, 2014, 52-53: 181-9.
- Tessier S, Cohen F, Azogui-Levy S et al. « Promouvoir la santé buccodentaire ». La Santé de l'homme, 2012; 417: 4-5.
- Touam Bona D « Mayotte: peau comorienne, masques français... », Jeune Afrique, 13 juin 2016.
- Triandafyllidou A. « Migration irrégulière en France – Projet de Recherche 'CLANDESTINO'. Compter l'Incomptable: Données et Tendances en Europe », 2009.
- UNHCR. « Principes directeurs du HCR sur les critères et les normes applicables quant à la détention des demandeurs d'asile ». Genève. 2012.
- UNICEF France. « Chaque enfant compte. Partout, tout le temps ». Rapport alternatif de l'Unicef France et de ses partenaires dans le cadre de l'audition de la France par le Comité des Droits de l'enfant des Nations unies ». 2015.
- Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Rocca C, Vandentorren S, Tassin F, et al. « Estimation du nombre de décès de personnes sans domicile en France, 2008-2010 ». BEH, 2015; 36-37: 657-61.
- Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. « L'hébergement des sans-domiciles en 2012 », Insee première, 2013; 1455.



1. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Caso à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Caso et d'un outil de collecte de données. Le DPI s'appuie sur un accès par Internet à une base de données unique centralisée sur le web et hébergée par un hébergeur agréé « hébergeur de données de santé à caractère personnel ». La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existantes dans les Caso en France. Ainsi le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social, infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au Caso. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant et/ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des usagers au jour de leur 1^{re} visite.

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

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la Classification internationale des soins de santé primaires¹⁸⁶. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;

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

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

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

- A** Général et non spécifié¹⁸⁷
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (**B**lood, **s**ang)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (**H**earing, **a**udition)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéo-articulaire (**L**ocomotion)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (**S**kin, **p**eau)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, **f**emme)
- X** Système génital féminin et sein (**C**hromosome **X**)
- Y** Système génital masculin et sein (**C**hromosome **Y**)
- Z** Social¹⁸⁸

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

- Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29
- Procédures – **gris** : codes 30 à 69
- Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99
- Maladies infectieuses – **jaune**
- Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**
- Lésions traumatiques – **rose**
- Anomalies congénitales – **bleu foncé**
- Autres diagnostics – **violet**

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

(187) Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

(188) Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

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

Exemples :

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

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

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

Exemples :

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

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

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

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;
- Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...) ;
- Digestif (exemple : oreillons D71).

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

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

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des Caso est confiée à l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip). Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel Stata (version 11.2.). Les comparaisons de variables ont été testées à l'aide du test du chi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et du test non paramétrique de Kruskal et Wallis ou de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées dans les tableaux à l'aide du « p » (qui exprime la probabilité que les différences observées soient significatives) selon la codification suivante :

- ns : différence non significative au seuil de 5 % ;
- * : différence significative au seuil de 5 % ;
- ** : différence significative au seuil de 1 % ;
- *** : différence significative au seuil de 1 % .

Dans tous les cas, si la valeur du « p » indiqué est inférieure à 0,05 ($p < 0,05$), on conclut à une relation statistiquement significative entre les groupes ainsi comparés d'un point de vue statistique.

L'analyse de la relation entre deux variables nécessite bien souvent de contrôler l'influence de facteurs tiers (ajustement). Nous avons pour ce faire utilisé la régression logistique multiple, qui permet de créer un modèle mathématique liant une série de variables (qualitatives ou quantitatives) à une seule variable cible dichotomique. Il est ainsi possible de mesurer l'effet propre de chaque variable sur la variable cible indépendamment des autres. L'*odds ratio* permet de témoigner du sens (augmentation si >1 et diminution si <1) et de la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible sans pour autant mettre en évidence une relation de causalité. La régression logistique n'a pas été utilisée ici pour construire des modèles prédictifs, mais seulement pour contrôler l'impact de certaines variables de confusion.

ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES AVEC LA CISP

Le traitement des données médicales a été réalisé selon deux approches.

Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2016 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année.

Dans la suite des analyses, et en particulier pour toutes celles portant sur des populations spécifiques (mineurs, SDF, demandeurs d'asile...), le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées, mais à partir du groupe de patients spécifiques venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

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

2. ACTIVITÉS

PAR CASO

	Aix-en-Provence	Angers ¹	Besançon	Bordeaux	Cayenne ¹	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes ¹	Nice	Paris ⁽²⁾	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes ¹	TOTAL
Nombre total de consultations	1 093	301	1 374	5 244	982	2 639	4 231	4 603	2 543	1 169	691	3 944	5 403	738	1 611	13 319	5 841	1 745	371	57 842
Nombre de patients différents (file active)	331	247	502	1 944	468	1 322	1 903	2 502	1 142	417	317	1 861	2 770	368	873	6 188	1 063	823	183	25 224
Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes)	730	247	1 120	3 271	133	2 026	2 776	3 337	643	686	20	1 837	3 388	633	1 006	6 508	2 047	904	245	31 557
<i>Part des consultations médicales (par rapport au total)</i>	<i>2,3%</i>	<i>0,8%</i>	<i>3,5%</i>	<i>10,4%</i>	<i>0,4%</i>	<i>6,4%</i>	<i>8,8%</i>	<i>10,6%</i>	<i>2,0%</i>	<i>2,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>5,8%</i>	<i>10,7%</i>	<i>2,0%</i>	<i>3,2%</i>	<i>20,6%</i>	<i>6,5%</i>	<i>2,9%</i>	<i>0,8%</i>	<i>100,0%</i>
Nombre de patients ayant eu une consultation médicale	325	212	486	1 717	130	1 085	1 614	2 129	510	392	20	1 003	1 951	332	719	4 091	778	534	173	18 201
Nombre moyen de consultations médicales par patients	2,2	1,2	2,3	1,9	1,0	1,9	1,7	1,6	1,3	1,8	1,0	1,8	1,7	1,9	1,4	1,6	2,6	1,7	1,4	1,7
Nombre de consultations dentaires				455				236	223	149		432			28		754			2 277
<i>Part des consultations dentaires (par rapport au total)</i>				<i>20,0%</i>				<i>10,4%</i>	<i>9,8%</i>	<i>6,5%</i>		<i>19,0%</i>			<i>1,2%</i>		<i>33,1%</i>			<i>100,0%</i>
Nombre de patients différents ayant eu une consultation dentaire				235				199	117	41		230			26		288			1 136
Nombre moyen de consultations dentaires par patients				1,9				1,2	1,9	3,6		1,9			1,1		2,6			2,0
Nombre de consultations paramédicales²	23			231		71	222	593	390			214	813	42	484	3 627	1 803	100	3	8 616
<i>Part des consultations paramédicales (par rapport au total)</i>	<i>0,3%</i>			<i>2,7%</i>		<i>0,8%</i>	<i>2,6%</i>	<i>6,9%</i>	<i>4,5%</i>			<i>2,5%</i>	<i>9,4%</i>	<i>0,5%</i>	<i>5,6%</i>	<i>42,1%</i>	<i>20,9%</i>	<i>1,2%</i>	<i>0,0%</i>	<i>100,0%</i>
Nombre de consultations sociales	338		63	1 127	461	404	1 159	215	1 075	291	568	1 195	902	12	7	2 781	1 137	958	122	12 815
<i>Part des consultations sociales (par rapport au total)</i>	<i>2,6%</i>		<i>0,5%</i>	<i>8,8%</i>	<i>3,6%</i>	<i>3,2%</i>	<i>9,0%</i>	<i>1,7%</i>	<i>8,4%</i>	<i>2,3%</i>	<i>4,4%</i>	<i>9,3%</i>	<i>7,0%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,1%</i>	<i>21,7%</i>	<i>8,9%</i>	<i>7,5%</i>	<i>1,0%</i>	<i>100,0%</i>

(1) Le Caso d'Angers a fermé au 31/08/2016, celui de Cayenne au 30 mai 2016, celui de Nantes au 31/10/2016, celui de Valenciennes en juillet 2016. L'activité du Caso de Paris a été interrompue entre août et octobre 2016.

(2) Les consultations paramédicales comprennent les actes infirmiers, les consultations de prévention, de kinésithérapie, de podologie.

3. ANALYSES

PAR CASO

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
331	1,3	730	23	338

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : consultations de psychiatrie et dermatologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Aix-en-Provence ²	
	%	n
Hommes	61,0	202
Femmes	39,0	129
Âge moyen (années)	32	
Classes d'âge		
< 18 ans	21,7	52
18-29 ans	22,9	55
30-39 ans	20,8	50
40-49 ans	15,4	37
≥ 50 ans	19,2	46
Ressortissants étrangers	83,2	273
Groupe continental		
Union européenne (y compris France)	70,5	231
Europe (hors UE)	0,3	1
Afrique subsaharienne	6,4	21
Maghreb	19,8	65
Proche et Moyen-Orient	2,4	8
Asie	0,0	0
Océanie et Amériques	0,6	2
Nationalités les plus représentées		
Roumanie	46,3	152
France	16,8	55
Algérie	8,8	29
Tunisie	5,5	18
Maroc	5,5	18
Situation au regard du séjour		
Situation régulière	67,5	156
Situation irrégulière	32,5	75
Demandeurs d'asile ¹	12,2	14
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹		
< 3 mois	41,4	77
[3 mois – 12 mois [	24,7	46
[1 an – 3 ans [	12,9	24
[3 ans – 10 ans [	12,9	24
≥ 10 ans	8,1	15
Situation vis-à-vis du logement		
Personnel	5,2	13
Hébergé	35,7	90
Squat ou campement	37,0	93
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,2	56
Besoin d'une domiciliation administrative	20,3	32
Droits à la couverture maladie		
Droits ouverts	13,2	31
Droits non ouverts	86,8	203

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Les données de ce Caso ne sont pas recueillies via le DPI (outil commun aux autres Caso). Ses données ne peuvent donc pas être comparées aux autres.

ACTIVITÉ 2016*

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
247	1,0	247	0	0

* Le Caso a fermé le 31/08/2016

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Angers		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62,3	154	62,8	14 805	62,8	14 959
Femmes	37,7	93	37,2	8 766	37,2	8 859
Âge moyen (années)	29,3		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	17,8	44	12,8	3 002	12,8	3 046
18-29 ans	32,0	79	30,0	7 052	30,1	7 131
30-39 ans	32,0	79	27,5	6 453	27,5	6 532
40-49 ans	8,9	22	14,3	3 364	14,3	3 386
≥ 50 ans	9,3	23	15,4	3 606	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	96,4	238	96,0	22 641	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,8	24	17,2	4 041	17,1	4 065
Europe (hors UE)	9,8	24	7,9	1 855	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	58,1	143	40,8	9 622	41,0	9 765
Maghreb	15,4	38	23,5	5 539	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	4,5	11	5,0	1 172	5,0	1 183
Asie	1,6	4	4,8	1 123	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,8	2	0,9	206	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Guinée	13,4	33	3,5	829	3,6	862
Somalie	10,5	26	0,1	19	0,2	45
Erythrée	6,5	16	0,2	58	0,3	74
Maroc	6,1	15	6,3	1 495	6,3	1 510
République centrafricaine	5,7	14	0,6	150	0,7	164
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	72,6	164	45,9	8 384	46,3	8 548
Situation irrégulière	27,4	62	54,1	9 863	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	32,6	77	9,2	2 065	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
> 3 mois	50,8	93	34,1	5 056	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	27,9	51	30,8	4 572	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	9,8	18	16,7	2 482	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	9,3	17	14,2	2 106	14,1	2 124
≥ 10 ans	2,2	4	4,2	624	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,4	15	7,9	1 452	7,8	1 467
Hébergé	53,4	125	61,3	11 324	61,2	11 449
Squat ou campement	5,1	12	9,5	1 764	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	35,0	82	21,3	3 937	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	13,4	29	28,6	5 002	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	8,6	16	17,4	2 312	17,3	2 328
Droits non ouverts	91,4	170	82,6	10 975	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
502	2,0	1 120	2	63

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Besançon		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56,0	281	63,0	14 678	62,8	14 959
Femmes	44,0	221	37,0	8 638	37,2	8 859
Âge moyen (années)	30,7		33,4		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	23,9	120	12,6	2 926	12,8	3 046
18-29 ans	24,3	122	30,2	7 009	30,1	7 131
30-39 ans	21,7	109	27,7	6 423	27,5	6 532
40-49 ans	16,3	82	14,2	3 304	14,3	3 386
≥ 50 ans	13,7	69	15,3	3 560	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	90,2	453	96,2	22 426	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	21,5	108	17,0	3 957	17,1	4 065
Europe (hors UE)	39,4	198	7,2	1 681	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	19,5	98	41,5	9 667	41,0	9 765
Maghreb	9,2	46	23,7	5 531	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	9,6	48	4,9	1 135	5,0	1 183
Asie	0,2	1	4,8	1 126	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,6	3	0,9	205	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Albanie	19,5	98	2,0	474	2,4	572
Kosovo	11,0	55	0,6	141	0,8	196
Roumanie	10,8	54	7,5	1 757	7,6	1 811
France	9,8	49	3,8	896	4,0	945
Algérie	5,6	28	13,0	3 037	12,9	3 065
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	84,4	362	45,4	8 186	46,3	8 548
Situation irrégulière	15,6	67	54,6	9 858	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	34,5	154	9,0	1 988	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	54,2	147	33,9	5 002	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	17,7	48	31,0	4 575	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	15,9	43	16,7	2 457	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	10,3	28	14,2	2 095	14,1	2 124
≥ 10 ans	1,8	5	4,2	623	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	12,5	55	7,7	1 412	7,8	1 467
Hébergé	50,8	223	61,4	11 226	61,2	11 449
Squat ou campement	2,1	9	9,7	1 767	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	34,6	152	21,2	3 867	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	9,4	41	28,9	4 990	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	27,1	103	17,0	2 225	17,3	2 328
Droits non ouverts	72,9	277	83,0	10 868	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 944	7,7	3 271	455	231	1 127

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : cardiologie, psychologie/psychiatrie, gynécologie/sage-femme, ophtalmologie/optique, consultation de prévention (VIH, hépatites, IST).

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Bordeaux		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,4	1 018	63,7	13 941	62,8	14 959
Femmes	47,6	926	36,3	7 933	37,2	8 859
Âge moyen (années)	33,9		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	13,3	258	12,8	2 788	12,8	3 046
18-29 ans	29,0	561	30,2	6 570	30,1	7 131
30-39 ans	24,4	473	27,8	6 059	27,5	6 532
40-49 ans	15,2	294	14,2	3 092	14,3	3 386
≥ 50 ans	18,1	351	15,0	3 278	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	96,1	1 868	96,0	21 011	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	30,7	596	15,9	3 469	17,1	4 065
Europe (hors UE)	10,2	199	7,7	1 680	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	28,7	557	42,1	9 208	41,0	9 765
Maghreb	25,2	490	23,3	5 087	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	2,6	50	5,2	1 133	5,0	1 183
Asie	1,0	19	5,1	1 108	4,7	1 127
Océanie et Amériques	1,7	33	0,8	175	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Bulgarie	19,1	372	0,7	159	2,2	531
Algérie	11,2	217	13,0	2 848	12,9	3 065
Maroc	8,5	165	6,1	1 345	6,3	1 510
Nigeria	6,4	124	1,8	387	2,1	511
Cameroun	4,7	92	5,5	1 213	5,5	1 305
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	61,4	710	45,3	7 838	46,3	8 548
Situation irrégulière	38,6	447	54,7	9 478	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	10,4	191	9,4	1 951	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	41,0	410	33,8	4 739	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	29,1	291	30,9	4 332	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	15,7	157	16,7	2 343	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	12,5	125	14,2	1 998	14,1	2 124
≥ 10 ans	1,8	18	4,4	610	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,3	64	8,0	1 403	7,8	1 467
Hébergé	52,8	634	61,8	10 815	61,2	11 449
Squat ou campement	19,3	232	8,8	1 544	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,6	271	21,4	3 748	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	22,6	251	28,8	4 780	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	20,6	163	17,1	2 165	17,3	2 328
Droits non ouverts	79,4	629	82,9	10 516	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016*

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
468	1,9	133	0	461

* Le Caso a fermé le 30/05/2016

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Cayenne ²	
	%	n
Hommes	48,2	225
Femmes	51,8	242
Âge moyen (années)	32,7	
Classes d'âge		
< 18 ans	5,9	26
18-29 ans	33,9	150
30-39 ans	38,1	169
40-49 ans	13,5	60
≥ 50 ans	8,6	38
Ressortissants étrangers	99,8	464
Groupe continental		
Union européenne (y compris France)	0,8	4
Europe (hors UE)	0,0	0
Afrique subsaharienne	7,7	36
Maghreb	0,0	0
Proche et Moyen-Orient	5,8	27
Asie	0,2	1
Océanie et Amériques	85,4	397
Nationalités les plus représentées		
Haïti	55,3	257
République Dominicaine	11,4	53
Pérou	5,2	24
Guinée-Bissau	4,9	23
Brésil	4,9	23
Situation au regard du séjour		
Situation régulière	72,7	325
Situation irrégulière	27,3	122
Demandeurs d'asile ¹	80,4	328
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹		
< 3 mois	48,5	212
[3 mois – 12 mois [	30,9	135
[1 an – 3 ans [	6,2	27
[3 ans – 10 ans [	9,8	43
≥ 10 ans	4,6	20
Situation vis-à-vis du logement		
Personnel	14,9	66
Hébergé	65,8	291
Squat ou campement	17,4	77
Sans logement ou hébergement d'urgence	1,8	8
Besoin d'une domiciliation administrative	1,2	5
Droits à la couverture maladie		
Droits ouverts	4,2	19
Droits non ouverts	95,7	427

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Les données de ce Caso ne sont pas recueillies via le DPI (outil commun aux autres Caso). Ses données ne peuvent donc pas être comparées aux autres

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
1 322	5,2	2 026	71	404

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, ophtalmologie/optique.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Grenoble		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,0	780	63,0	14 179	62,8	14 959
Femmes	41,0	541	37,0	8 318	37,2	8 859
Âge moyen (années)	28,5		33,6		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	21,4	282	12,3	2 764	12,8	3 046
18-29 ans	33,1	435	29,9	6 696	30,1	7 131
30-39 ans	24,2	318	27,7	6 214	27,5	6 532
40-49 ans	10,1	133	14,5	3 253	14,3	3 386
≥ 50 ans	11,2	147	15,5	3 482	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	93,8	1 240	96,2	21 639	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	18,1	239	17,0	3 826	17,1	4 065
Europe (hors UE)	10,9	144	7,7	1 735	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	42,6	562	40,9	9 203	41,0	9 765
Maghreb	24,2	319	23,4	5 258	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	2,7	36	5,1	1 147	5,0	1 183
Asie	1,4	18	4,9	1 109	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,2	2	0,9	206	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Algérie	13,8	183	12,8	2 882	12,9	3 065
Guinée	10,4	138	3,2	724	3,6	862
République démocratique du Congo	10,3	136	2,0	458	2,5	594
Roumanie	7,7	102	7,6	1 709	7,6	1 811
France	6,2	82	3,8	863	4,0	945
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	69,8	776	44,8	7 772	46,3	8 548
Situation irrégulière	30,2	335	55,2	9 590	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	23,8	289	8,6	1 853	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	39,4	318	34,0	4 831	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	24,1	195	31,2	4 428	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	17,1	138	16,6	2 362	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	17,3	140	14,0	1 983	14,1	2 124
≥ 10 ans	2,1	17	4,3	611	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	10,1	111	7,7	1 356	7,8	1 467
Hébergé	52,0	570	61,8	10 879	61,2	11 449
Squat ou campement	9,7	106	9,5	1 670	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,3	310	21,1	3 709	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	17,6	181	29,1	4 850	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	13,3	117	17,6	2 211	17,3	2 328
Droits non ouverts	86,7	760	82,4	10 385	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
1 903	7,5	2 776	222	1 159

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, kinésithérapie, consultation de prévention (VIH, hépatite, IST).

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Lyon		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	53,9	1 025	63,6	13 934	62,8	14 959
Femmes	46,1	878	36,4	7 981	37,2	8 859
Âge moyen (années)	30,7		33,5		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	20,9	397	12,1	2 649	12,8	3 046
18-29 ans	27,2	517	30,3	6 614	30,1	7 131
30-39 ans	23,5	446	27,9	6 086	27,5	6 532
40-49 ans	13,5	257	14,3	3 129	14,3	3 386
≥ 50 ans	14,9	284	15,3	3 345	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	96,4	1 835	96,0	21 044	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	27,7	525	16,2	3 540	17,1	4 065
Europe (hors UE)	17,5	333	7,1	1 546	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	29,5	559	42,0	9 206	41,0	9 765
Maghreb	21,9	416	23,6	5 161	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	1,8	34	5,2	1 149	5,0	1 183
Asie	0,6	12	5,1	1 115	4,7	1 127
Océanie et Amériques	1,0	19	0,9	189	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	19,5	371	6,6	1 440	7,6	1 811
Algérie	13,7	260	12,8	2 805	12,9	3 065
Albanie	9,2	175	1,8	397	2,4	572
République démocratique du Congo	4,9	94	2,3	500	2,5	594
Tunisie	4,9	93	3,2	697	3,3	790
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	58,8	1 042	44,9	7 506	46,3	8 548
Situation irrégulière	41,2	731	55,1	9 194	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	12,7	230	9,2	1 912	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	34,7	460	34,2	4 689	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	26,7	353	31,2	4 270	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	18,7	247	16,4	2 253	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	16,2	215	13,9	1 908	14,1	2 124
≥ 10 ans	3,7	49	4,2	579	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,8	121	8,0	1 346	7,8	1 467
Hébergé	54,9	981	61,8	10 468	61,2	11 449
Squat ou campement	10,8	192	9,4	1 584	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	27,5	492	20,8	3 527	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	29,7	494	28,3	4 537	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	19,8	271	17,0	2 057	17,3	2 328
Droits non ouverts	80,2	1 096	83,0	10 049	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
2 502	9,9	3 337	236	593	215

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : cardiologie, gynécologie/sage-femme, échographie, ophtalmologie/optique.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Marseille		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	67,8	1 695	62,2	13 264	62,8	14 959
Femmes	32,2	806	37,8	8 053	37,2	8 859
Âge moyen (années)	33,3		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	15,3	377	12,6	2 669	12,8	3 046
18-29 ans	27,9	689	30,3	6 442	30,1	7 131
30-39 ans	23,0	568	28,1	5 964	27,5	6 532
40-49 ans	16,1	398	14,1	2 988	14,3	3 386
≥ 50 ans	17,7	438	15,0	3 191	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	94,2	2 357	96,2	20 522	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	18,3	458	16,9	3 607	17,1	4 065
Europe (hors UE)	5,5	137	8,2	1 742	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	25,9	647	42,8	9 118	41,0	9 765
Maghreb	46,8	1 171	20,7	4 406	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	2,8	69	5,2	1 114	5,0	1 183
Asie	0,4	10	5,2	1 117	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,4	10	0,9	198	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Algérie	34,3	858	10,4	2 207	12,9	3 065
Comores	13,5	337	1,7	353	2,9	690
Roumanie	7,6	190	7,6	1 621	7,6	1 811
Maroc	6,0	149	6,4	1 361	6,3	1 510
Tunisie	5,9	147	3,0	643	3,3	790
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	42,1	931	46,8	7 617	46,3	8 548
Situation irrégulière	57,9	1 280	53,2	8 645	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	4,9	116	10,0	2 026	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	36,6	640	34,0	4 509	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	29,7	519	30,9	4 104	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	15,0	263	16,9	2 237	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	13,0	227	14,3	1 896	14,1	2 124
≥ 10 ans	5,7	100	4,0	528	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	11,3	255	7,4	1 212	7,8	1 467
Hébergé	63,5	1 436	60,9	10 013	61,2	11 449
Squat ou campement	8,9	201	9,6	1 575	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	16,4	370	22,2	3 649	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	29,7	635	28,2	4 396	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	12,3	186	17,9	2 142	17,3	2 328
Droits non ouverts	87,7	1 330	82,1	9 815	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 142	4,5	643	223	390	1 075

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Montpellier		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	65,0	742	62,7	14 217	62,8	14 959
Femmes	35,0	399	37,3	8 460	37,2	8 859
Âge moyen (années)	36,3		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,9	78	13,1	2 968	12,8	3 046
18-29 ans	27,1	308	30,2	6 823	30,1	7 131
30-39 ans	28,0	318	27,5	6 214	27,5	6 532
40-49 ans	19,2	218	14,0	3 168	14,3	3 386
≥ 50 ans	18,8	213	15,1	3 416	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	92,1	1 052	96,2	21 827	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	30,0	342	16,4	3 723	17,1	4 065
Europe (hors UE)	4,7	54	8,1	1 825	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	12,5	142	42,5	9 623	41,0	9 765
Maghreb	49,2	561	22,1	5 016	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	1,9	22	5,1	1 161	5,0	1 183
Asie	0,8	9	4,9	1 118	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,9	10	0,9	198	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Maroc	31,7	362	5,1	1 148	6,3	1 510
Algérie	15,8	181	12,7	2 884	12,9	3 065
Roumanie	13,8	158	7,3	1 653	7,6	1 811
France	7,9	90	3,8	855	4,0	945
Guinée	3,2	37	3,6	825	3,6	862
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	46,4	478	46,3	8 070	46,3	8 548
Situation irrégulière	53,6	553	53,7	9 372	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	5,5	57	9,6	2 085	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	21,8	192	35,1	4 957	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	25,2	222	31,1	4 401	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	17,9	158	16,6	2 342	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	25,1	221	13,4	1 902	14,1	2 124
≥ 10 ans	10,0	88	3,8	540	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	12,9	135	7,5	1 332	7,8	1 467
Hébergé	56,0	585	61,5	10 864	61,2	11 449
Squat ou campement	15,7	164	9,1	1 612	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,3	160	21,8	3 859	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	24,3	244	28,6	4 787	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	38,3	304	16,0	2 024	17,3	2 328
Droits non ouverts	61,7	490	84,0	10 655	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
417	1,7	686	149	3	291

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : consultations de psychologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nancy ²	
	%	n
Hommes	57,0	237
Femmes	43,0	179
Âge moyen (années)	34,4	
Classes d'âge		
< 18 ans	13,8	52
18-29 ans	31,6	119
30-39 ans	20,4	77
40-49 ans	12,5	47
≥ 50 ans	21,8	82
Ressortissants étrangers	89,1	368
Groupe continental		
Union européenne (y compris France)	21,6	89
Europe (hors UE)	18,4	76
Afrique subsaharienne	13,8	57
Maghreb	44,6	184
Proche et Moyen-Orient	0,5	2
Asie	1,0	4
Océanie et Amériques	0,2	1
Nationalités les plus représentées		
Algérie	26,6	110
Maroc	16,7	69
Albanie	13,6	56
France	10,9	45
Italie	7,0	29
Situation au regard du séjour		
Situation régulière	67,5	233
Situation irrégulière	32,5	112
Demandeurs d'asile ¹	24,8	56
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹		
< 3 mois	50,8	159
[3 mois – 12 mois [	26,8	84
[1 an – 3 ans [	13,4	42
[3 ans – 10 ans [	7,3	23
≥ 10 ans	1,6	5
Situation vis-à-vis du logement		
Personnel	20,2	71
Hébergé	60,1	211
Squat ou campement	2,9	10
Sans logement ou hébergement d'urgence	16,8	59
Besoin d'une domiciliation administrative	18,1	56
Droits à la couverture maladie		
Droits ouverts	31,1	108
Droits non ouverts	68,9	239

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Les données de ce Caso ne sont pas recueillies via le DPI (outil commun aux autres Caso). Ses données ne peuvent donc pas être comparées aux autres.

ACTIVITÉ 2016*

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
317	1,3	20	0	568

* Le Caso a fermé le 31/10/2016

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nantes		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	83,6	265	62,5	14 694	62,8	14 959
Femmes	16,4	52	37,5	8 807	37,2	8 859
Âge moyen (années)	26,3		33,4		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	46,0	144	12,4	2 902	12,8	3 046
18-29 ans	18,2	57	30,2	7 074	30,1	7 131
30-39 ans	18,8	59	27,6	6 473	27,5	6 532
40-49 ans	10,2	32	14,3	3 354	14,3	3 386
≥ 50 ans	6,7	21	15,4	3 608	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	100,0	317	96,0	22 562	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	0,0	0	17,3	4 065	17,1	4 065
Europe (hors UE)	3,2	10	8,0	1 869	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	82,6	262	40,5	9 503	41,0	9 765
Maghreb	11,0	35	23,6	5 542	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	0,6	2	5,0	1 181	5,0	1 183
Asie	2,2	7	4,8	1 120	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,3	1	0,9	207	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Guinée	23,3	74	3,4	788	3,6	862
Cameroun	16,1	51	5,3	1 254	5,5	1 305
Mali	10,1	32	4,3	1 010	4,4	1 042
Algérie	9,5	30	12,9	3 035	12,9	3 065
Nigéria	6,9	22	2,1	489	2,1	511
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	63,6	145	46,1	8 403	46,3	8 548
Situation irrégulière	36,4	83	53,9	9 842	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	8,9	28	9,5	2 114	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	11,9	14	34,5	5 135	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	19,5	23	30,9	4 600	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	49,2	58	16,4	2 442	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	16,1	19	14,1	2 104	14,1	2 124
≥ 10 ans	3,4	4	4,2	624	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	3,5	8	7,9	1 459	7,8	1 467
Hébergé	53,0	122	61,3	11 327	61,2	11 449
Squat ou campement	23,5	54	9,3	1 722	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,0	46	21,5	3 973	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	26,2	48	28,4	4 983	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	74,7	127	16,5	2 201	17,3	2 328
Droits non ouverts	25,3	43	83,5	11 102	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 861	7,7	1 837	432	214	1 195

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, ophtalmologie/optique, kinésithérapie..

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nices		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	53,7	998	63,6	13 961	62,8	14 959
Femmes	46,3	861	36,4	7 998	37,2	8 859
Âge moyen (années)	37,6		32,9		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,1	114	13,4	2 932	12,8	3 046
18-29 ans	28,4	529	30,2	6 602	30,1	7 131
30-39 ans	26,6	495	27,6	6 037	27,5	6 532
40-49 ans	16,3	303	14,1	3 083	14,3	3 386
≥ 50 ans	22,5	419	14,7	3 210	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	97,0	1 806	95,9	21 073	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	15,3	285	17,2	3 780	17,1	4 065
Europe (hors UE)	22,3	415	6,7	1 464	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	25,1	466	42,4	9 299	41,0	9 765
Maghreb	30,0	558	22,9	5 019	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	1,5	28	5,3	1 155	5,0	1 183
Asie	4,6	85	4,7	1 042	4,7	1 127
Océanie et Amériques	1,1	21	0,9	187	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	15,2	283	2,3	507	3,3	790
Comores	7,6	141	2,5	549	2,9	690
Algérie	6,9	129	13,4	2 936	12,9	3 065
Maroc	6,9	128	6,3	1 382	6,3	1 510
Cap Vert	5,1	94	0,2	52	0,6	146
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	39,6	714	47,0	7 834	46,3	8 548
Situation irrégulière	60,4	1 090	53,0	8 835	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	11,6	209	9,3	1 933	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	21,5	350	35,8	4 799	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	31,5	513	30,7	4 110	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	18,3	298	16,4	2 202	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	21,3	347	13,3	1 776	14,1	2 124
≥ 10 ans	7,3	118	3,8	510	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	14,9	270	7,1	1 197	7,8	1 467
Hébergé	71,4	1 295	60,1	10 154	61,2	11 449
Squat ou campement	2,4	43	10,3	1 733	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	11,4	206	22,6	3 813	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	6,4	113	30,8	4 918	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	16,7	252	17,4	2 076	17,3	2 328
Droits non ouverts	83,3	1 260	82,6	9 885	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016*

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
2 770	11,0	3 388	813	902

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, gynécologie/sage-femme, dermatologie, ophtalmologie/optique, consultation de prévention VIH, hépatites, IST.

* Le Caso de Paris a fermé entre août et octobre 2016

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Paris		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	61,8	1 712	62,9	13 247	62,8	14 959
Femmes	38,2	1 057	37,1	7 802	37,2	8 859
Âge moyen (années)	33,3		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	15,2	418	12,5	2 628	12,8	3 046
18-29 ans	27,4	755	30,4	6 376	30,1	7 131
30-39 ans	29,3	806	27,3	5 726	27,5	6 532
40-49 ans	14,2	390	14,3	2 996	14,3	3 386
≥ 50 ans	13,9	384	15,5	3 245	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	98,7	2 734	95,7	20 145	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,0	112	18,8	3 953	17,1	4 065
Europe (hors UE)	1,8	51	8,7	1 828	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	74,8	2 072	36,6	7 693	41,0	9 765
Maghreb	12,3	341	24,9	5 236	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	2,6	72	5,3	1 111	5,0	1 183
Asie	2,7	74	5,0	1 053	4,7	1 127
Océanie et Amériques	1,7	48	0,8	160	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	20,1	558	7,7	1 620	9,1	2 178
Cameroun	18,3	508	3,8	797	5,5	1 305
Mali	12,4	344	3,3	698	4,4	1 042
Algérie	7,1	198	13,6	2 867	12,9	3 065
Guinée	4,8	134	3,5	728	3,6	862
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	32,0	605	47,9	7 943	46,3	8 548
Situation irrégulière	68,0	1 285	52,1	8 640	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	4,1	110	10,2	2 032	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	39,3	580	33,7	4 569	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	34,7	512	30,3	4 111	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	13,3	196	17,0	2 304	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	9,2	136	14,7	1 987	14,1	2 124
≥ 10 ans	3,6	53	4,2	575	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	1,1	21	8,6	1 446	7,8	1 467
Hébergé	66,1	1 240	60,6	10 209	61,2	11 449
Squat ou campement	3,9	73	10,1	1 703	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,9	541	20,7	3 478	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	40,2	714	27,1	4 317	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	9,8	123	18,1	2 205	17,3	2 328
Droits non ouverts	90,2	1 138	81,9	10 007	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
368	1,5	633	42	12

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, consultations de prévention (VIH, hépatites, IST).

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Pau		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	66,0	243	62,8	14 716	62,8	14 959
Femmes	34,0	125	37,2	8 734	37,2	8 859
Âge moyen (années)	32,4		33,3		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	15,3	56	12,8	2 990	12,8	3 046
18-29 ans	30,5	112	30,1	7 019	30,1	7 131
30-39 ans	26,7	98	27,5	6 434	27,5	6 532
40-49 ans	11,4	42	14,3	3 344	14,3	3 386
≥ 50 ans	16,1	59	15,3	3 570	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	65,5	241	96,5	22 638	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	43,5	160	16,7	3 905	17,1	4 065
Europe (hors UE)	9,8	36	7,9	1 843	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	23,9	88	41,3	9 677	41,0	9 765
Maghreb	10,1	37	23,6	5 540	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	11,4	42	4,9	1 141	5,0	1 183
Asie	0,5	2	4,8	1 125	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,8	3	0,9	205	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
France	34,5	127	3,5	818	4,0	945
Soudan	7,6	28	0,7	164	0,8	192
Maroc	6,3	23	6,3	1 487	6,3	1 510
Afghanistan	3,8	14	0,8	193	0,9	207
Irak	3,3	12	0,2	41	0,2	53
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	83,0	303	45,5	8 245	46,3	8 548
Situation irrégulière	17,0	62	54,5	9 863	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	31,3	75	9,2	2 067	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	46,7	86	34,1	5 063	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	22,3	41	30,9	4 582	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	14,7	27	16,7	2 473	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	9,8	18	14,2	2 105	14,1	2 124
≥ 10 ans	6,5	12	4,2	616	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	22,1	79	7,6	1 388	7,8	1 467
Hébergé	56,3	201	61,3	11 248	61,2	11 449
Squat ou campement	1,4	5	9,6	1 771	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,2	72	21,5	3 947	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	9,0	32	28,8	4 999	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	30,2	91	17,0	2 237	17,3	2 328
Droits non ouverts	69,8	210	83,0	10 935	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
873	3,5	1 006	28	484	7

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, consultation de prévention (VIH, hépatites, IST)..

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Rouen		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	60,6	528	62,9	14 431	62,8	14 959
Femmes	39,4	344	37,1	8 515	37,2	8 859
Âge moyen (années)	32,1		33,4		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	19,2	166	12,6	2 880	12,8	3 046
18-29 ans	30,1	260	30,1	6 871	30,1	7 131
30-39 ans	24,0	208	27,7	6 324	27,5	6 532
40-49 ans	9,7	84	14,4	3 302	14,3	3 386
≥ 50 ans	17,0	147	15,2	3 482	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	92,7	808	96,2	22 071	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,7	119	17,2	3 946	17,1	4 065
Europe (hors UE)	3,6	31	8,1	1 848	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	39,7	345	41,1	9 420	41,0	9 765
Maghreb	38,2	332	22,9	5 245	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	4,1	36	5,0	1 147	5,0	1 183
Asie	0,2	2	4,9	1 125	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,6	5	0,9	203	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Algérie	22,6	197	12,5	2 868	12,9	3 065
Maroc	9,4	82	6,2	1 428	6,3	1 510
France	7,3	64	3,8	881	4,0	945
Guinée	6,9	60	3,5	802	3,6	862
Sénégal	5,6	49	2,7	618	2,8	667
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	72,7	484	45,3	8 064	46,3	8 548
Situation irrégulière	27,3	182	54,7	9 743	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	15,4	121	9,2	2 021	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	50,5	193	33,9	4 956	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	24,3	93	30,9	4 530	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	13,1	50	16,7	2 450	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	9,7	37	14,2	2 086	14,1	2 124
≥ 10 ans	2,4	9	4,2	619	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	11,2	72	7,7	1 395	7,8	1 467
Hébergé	58,2	375	61,3	11 074	61,2	11 449
Squat ou campement	4,7	30	9,7	1 746	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,9	167	21,3	3 852	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	20,6	119	28,7	4 912	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	13,4	48	17,4	2 280	17,3	2 328
Droits non ouverts	86,6	311	82,6	10 834	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
6 188	24,5	6 508	3 627	2 781

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, gynécologie/sage-femme, ophtalmologie/optique, consultations de prévention (VIH, hépatites, IST).

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Saint-Denis		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	69,7	4 312	60,4	10 647	62,8	14 959
Femmes	30,3	1 876	39,6	6 983	37,2	8 859
Âge moyen (années)	32,8		33,5		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	7,2	444	14,8	2 602	12,8	3 046
18-29 ans	35,8	2 214	28,0	4 917	30,1	7 131
30-39 ans	33,4	2 063	25,5	4 469	27,5	6 532
40-49 ans	13,3	824	14,6	2 562	14,3	3 386
≥ 50 ans	10,3	635	17,1	2 994	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	99,7	6 171	94,7	16 708	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	10,6	658	19,3	3 407	17,1	4 065
Europe (hors UE)	1,5	93	10,1	1 786	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	54,4	3 369	36,3	6 396	41,0	9 765
Maghreb	8,6	531	28,6	5 046	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	10,6	658	3,0	525	5,0	1 183
Asie	13,7	848	1,6	279	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,5	31	1,0	177	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	22,6	1 400	4,4	778	9,1	2 178
Inde	10,3	636	0,2	33	2,8	669
Pakistan	9,8	604	0,3	57	2,8	661
Roumanie	9,6	597	6,9	1 214	7,6	1 811
Mali	9,4	583	2,6	459	4,4	1 042
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	22,0	887	53,0	7 661	46,3	8 548
Situation irrégulière	78,0	3 136	47,0	6 789	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	5,0	308	11,1	1 834	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	31,8	1 182	35,1	3 967	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	37,3	1 387	28,6	3 236	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	16,3	607	16,7	1 893	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	11,7	435	14,9	1 688	14,1	2 124
≥ 10 ans	2,8	104	4,6	524	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	2,7	114	9,3	1 353	7,8	1 467
Hébergé	66,7	2 801	59,6	8 648	61,2	11 449
Squat ou campement	12,8	538	8,5	1 238	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	17,8	749	22,5	3 270	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	44,0	1 718	24,0	3 313	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	8,9	271	19,7	2 057	17,3	2 328
Droits non ouverts	91,1	2 761	80,3	8 384	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 063	4,2	2 047	754	1 803	1 137

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, gynécologie/sage-femme, dermatologie, podologie, consultation de prévention (VIH, hépatites, IST)..

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Strasbourg		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	66,7	709	62,6	14 250	62,8	14 959
Femmes	33,3	354	37,4	8 505	37,2	8 859
Âge moyen (années)	37,8		33,1		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,7	71	13,1	2 975	12,8	3 046
18-29 ans	27,2	289	30,2	6 842	30,1	7 131
30-39 ans	25,9	275	27,6	6 257	27,5	6 532
40-49 ans	15,8	168	14,2	3 218	14,3	3 386
≥ 50 ans	24,3	258	14,9	3 371	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	93,5	994	96,2	21 885	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	25,2	267	16,7	3 798	17,1	4 065
Europe (hors UE)	6,3	67	8,0	1 812	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	19,1	202	42,0	9 563	41,0	9 765
Maghreb	46,6	493	22,4	5 084	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	1,9	20	5,1	1 163	5,0	1 183
Asie	0,2	2	4,9	1 125	4,7	1 127
Océanie et Amériques	0,7	7	0,9	201	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Algérie	33,2	353	11,9	2 712	12,9	3 065
Maroc	11,6	123	6,1	1 387	6,3	1 510
Roumanie	7,1	75	7,6	1 736	7,6	1 811
France	6,5	69	3,8	876	4,0	945
Cameroun	4,0	42	5,5	1 263	5,5	1 305
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	51,8	520	46,0	8 028	46,3	8 548
Situation irrégulière	48,2	484	54,0	9 441	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	4,4	43	9,7	2 099	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	32,9	284	34,4	4 865	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	29,0	250	30,9	4 373	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	21,7	187	16,3	2 313	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	13,1	113	14,2	2 010	14,1	2 124
≥ 10 ans	3,2	28	4,2	600	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	10,9	110	7,7	1 357	7,8	1 467
Hébergé	57,7	582	61,4	10 867	61,2	11 449
Squat ou campement	6,9	70	9,6	1 706	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	24,5	247	21,3	3 772	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	34,3	344	28,0	4 687	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	28,8	188	16,7	2 140	17,3	2 328
Droits non ouverts	71,2	465	83,3	10 680	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
823	3,3	904	100	958

Consultations médicales et/ou paramédicales proposées : psychologie/psychiatrie, consultation de prévention (VIH, hépatites, IST).

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Toulouse		Autres Caso ²		Ensemble des Caso ²	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	60,4	497	62,9	14 462	62,8	14 959
Femmes	39,6	326	37,1	8 533	37,2	8 859
Âge moyen (années)	36,8		33,2		33,3	
Classes d'âge						
< 18 ans	9,4	77	13,0	2 969	12,8	3 046
18-29 ans	24,9	204	30,2	6 927	30,1	7 131
30-39 ans	26,5	217	27,6	6 315	27,5	6 532
40-49 ans	17,0	139	14,2	3 247	14,3	3 386
≥ 50 ans	22,1	181	15,1	3 448	15,3	3 629
Ressortissants étrangers	93,0	765	96,1	22 114	96,0	22 879
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	20,9	172	16,9	3 893	17,1	4 065
Europe (hors UE)	10,6	87	7,8	1 792	7,9	1 879
Afrique subsaharienne	30,7	253	41,4	9 512	41,0	9 765
Maghreb	25,4	209	23,4	5 368	23,4	5 577
Proche et Moyen-Orient	6,7	55	4,9	1 128	5,0	1 183
Asie	4,1	34	4,8	1 093	4,7	1 127
Océanie et Amériques	1,6	13	0,8	195	0,9	208
Nationalités les plus représentées						
Algérie	17,7	146	12,7	2 919	12,9	3 065
France	7,0	58	3,9	887	4,0	945
Roumanie	5,6	46	7,7	1 765	7,6	1 811
Maroc	5,2	43	6,4	1 467	6,3	1 510
Nigeria	5,1	42	2,0	469	2,1	511
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	76,9	427	45,3	8 121	46,3	8 548
Situation irrégulière	23,1	128	54,7	9 797	53,7	9 925
Demandeurs d'asile ¹	18,3	134	9,2	2 008	9,5	2 142
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	45,2	200	33,9	4 949	34,3	5 154
[3 mois – 12 mois [	28,3	125	30,8	4 498	30,8	4 627
[1 an – 3 ans [	12,0	53	16,8	2 447	16,7	2 503
[3 ans – 10 ans [	10,2	45	14,3	2 078	14,1	2 124
≥ 10 ans	4,3	19	4,2	609	4,2	628
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	7,2	37	7,9	1 430	7,8	1 467
Hébergé	54,0	279	61,4	11 170	61,2	11 449
Squat ou campement	9,1	47	9,5	1 729	9,5	1 776
Sans logement ou hébergement d'urgence	29,8	154	21,2	3 865	21,5	4 019
Besoin d'une domiciliation administrative	12,4	68	28,9	4 963	28,4	5 031
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	24,9	68	17,1	2 260	17,3	2 328
Droits non ouverts	75,1	205	82,9	10 940	82,7	11 145

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Hors Caso d'Aix-en-Provence, Cayenne, Nancy et Valenciennes qui ont utilisé en 2016 un outil informatique différent.

ACTIVITÉ 2016*

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations		
		médicales	paramédicales	sociales
183	0,7	245	3	122

* Le Caso a fermé en juillet 2016

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Valenciennes ²	
	%	n
Hommes	61,0	111
Femmes	39,0	71
Âge moyen (années)	30,3	
Classes d'âge		
< 18 ans	17,7	22
18-29 ans	32,3	40
30-39 ans	19,4	24
40-49 ans	19,4	24
≥ 50 ans	11,3	14
Ressortissants étrangers	63,4	104
Groupe continental		
Union européenne (y compris France)	57,3	94
Europe (hors UE)	5,5	9
Afrique subsaharienne	6,1	10
Maghreb	28,7	47
Proche et Moyen-Orient	1,8	3
Asie	0,6	1
Océanie et Amériques	0,0	0
Nationalités les plus représentées		
France	36,6	60
Roumanie	18,3	30
Algérie	18,3	30
Maroc	10,4	17
Albanie	3,7	6
Situation au regard du séjour		
Situation régulière	75,0	66
Situation irrégulière	25,0	22
Demandeurs d'asile ¹	55,0	11
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹		
< 3 mois	37,9	22
[3 mois – 12 mois [	34,5	20
[1 an – 3 ans [	10,3	6
[3 ans – 10 ans [	10,3	6
≥ 10 ans	6,9	4
Situation vis-à-vis du logement		
Personnel	10,9	11
Hébergé	46,5	47
Squat ou campement	2,0	2
Sans logement ou hébergement d'urgence	40,6	41
Besoin d'une domiciliation administrative	12,9	9
Droits à la couverture maladie		
Droits ouverts	14,2	14
Droits non ouverts	85,7	84

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

(2) Les données de ce Caso ne sont pas recueillies via le DPI (outil commun aux autres Caso). Ses données ne peuvent donc pas être comparées aux autres.

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

La Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

COORDINATION

Marielle Chappuis – Responsable de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France

Anne Tomasino – Chargée de projets, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France

ANALYSE DES DONNÉES

Cécile Gaboret – Chargée de projets, service informatique, Médecins du Monde

Adeline Beaumont – Statisticienne, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

Thibaud Bouillie – Informaticien, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

Céline Mathieu – Chargée d'études, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

REMERCIEMENTS

Pour leur contribution écrite

Corentin Bailleul (Chapitre "Les mineurs non accompagnés", Encart "La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant: une occasion manquée") ; **Delphine Fanget** (Chapitre "Mayotte: une année explosive") ; **Flore Ganon-Lecomte** (Encarts "Étrangers malades et Ofii – Quelles perspectives ?"; "PUMa – une réforme à droit constant ?"; "Les refus de soins – tentatives d'encadrement et Défenseur des droits"; "Loi égalité et citoyenneté: dépôt d'un amendement sur les occupations intercalaires censurées par le conseil constitutionnel", "La trêve hivernale applicable aux bidonvilles"; "Crise de l'accueil en France – Dérives des solutions d'urgence par l'éloignement des garanties du droit commun") ; **Sophie Laurence** (Encarts "L'accès à l'équipement en optique particulièrement difficile pour les bénéficiaires de l'AME"; "Améliorer l'accès à la prévention du cancer du col chez les femmes en situation de précarité"; "Vers une reconnaissance de la médiation en santé"; "Un dépistage et une prise en charge de la malnutrition aiguë infantile insuffisants voire inexistantes à Mayotte") ; **Olivier Maguet** (encart "Traitement contre l'hépatite C: une innovation thérapeutique majeure qui révèle des ruptures dans le modèle économique du médicament, dont la fixation du prix de l'innovation thérapeutique") ; **Marie Dominique Pauti** (Chapitre "La prévention du VIH, des hépatites B et C et des IST", encarts "Les conséquences des expulsions à répétition sur la continuité des traitements", "De la nécessité de promouvoir des stratégies de prévention diversifiées", "Traitement contre l'hépatite C: une innovation thérapeutique majeure qui révèle des ruptures dans le modèle économique du médicament, dont la fixation du prix de l'innovation thérapeutique").

Pour leur relecture

Irène Aboudaram, Corentin Bailleul, Louis Barda, Diane Beaudet, Louise Bichet, Fanny Bordeianu, Brigitte Burali, Sylvie Chapelais, Naouelle Corniglion, Yaelle Dauriol, Philippe de Botton, Marie Debrus, Delphine Fanget, Flore Ganon-Lecomte, Angélique Giannini, Agnès Gillino, Nathalie Godart, Sophie Laurence, Hélène Le Bail, Tim Leicester, Olivier Maguet, Livia Otal, Marie-Dominique Pauti, Pierre Ramel, Christian Reboul, Jeanine Rochefort, Nathalie Simonnot.

Nous souhaitons enfin remercier toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également tous les acteurs des programmes MdM en France qui participent aux recueils de données et l'équipe de la Direction des Opérations France sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

AVEC LE SOUTIEN

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

Direction des opérations France - Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62 rue Marcadet – 75018 Paris
Tél : 01 44 92 99 92
d-o-f@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique : CommeQuoi ?
www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Pauline de Smet

Photos : Kristof Vadino (couverture et page 107), Sarah Alcalay (page 15)
et Olivier Papegnies (pages 21 et 67)

Impression :

Le Révérend Imprimeur
www.lereverend.com

EN COLLABORATION AVEC

