



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉELLEMENT UNIVERSEL !

En 2000, la France était auréolée du titre du pays avec le meilleur système de santé au monde par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – système qui laissait pourtant déjà de côté nombre de personnes. Vingt-trois ans plus tard, ce système est gravement malade, tandis que la France est devenue l'un des rares pays où le nombre de millionnaires augmente – à rebours de la tendance mondiale¹. Derrière ces constats, il y a des choix politiques qui façonnent notre société et la vie des personnes.

Difficultés d'accès aux soins, d'ouverture de droits à une couverture santé, recours tardif aux soins, pénurie de médicaments, augmentation des restes à charge, majoration des franchises, crise des vocations... Les inégalités sociales et territoriales de santé sont de plus en plus prégnantes. Nous le constatons quotidiennement sur le terrain.

Si chaque citoyen·ne est concerné·e, n'en doutons pas : les personnes auprès desquelles Médecins du Monde intervient sont bien plus gravement affectées par ces inégalités d'accès à la santé dans notre pays.

Notre association est une organisation de santé militante engagée auprès des plus démunis·es. Avec ce nouveau rapport annuel de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France, nous partageons nos alertes et inquiétudes en tant que professionnel·le-s de santé et citoyen·ne-s mobilisé·e-s. Il témoigne d'une terrible réalité humaine : des conditions de survie dures, un état de santé détérioré en conséquence de la situation de précarité et des entraves quant à l'accès aux droits. Dans une narration médicale nous parlerions de facteurs aggravants, voire de pronostic péjoratif pour la santé de toute une part de nos concitoyen·ne-s, même de mise en danger.

La France est le quatrième pays au monde avec les dépenses de santé les plus élevées en points de PIB (12,4 %)². Dans les faits, les inégalités se creusent et sont renforcées par un accès aux droits et aux soins discriminatoire ; et ce plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité. Procédures complexes, demandes abusives de pièces, entraves, contrôles, restrictions, dématérialisation et déshumanisation sont autant d'obstacles qui repoussent toujours plus loin le droit à la santé.

Pourtant, des améliorations sont possibles. La société française le mérite. Encore faut-il que préexiste une volonté politique forte de mettre la santé publique, les droits humains et la dignité des personnes au cœur des réflexions sur notre système de santé et de refuser sa marchandisation.

C'est une condition impérieuse pour atteindre un jour les standards de protection et de solidarité dont notre société se targue ; surtout, pour que la France devienne un jour un pays où le droit universel à la santé et l'accès aux soins soient véritablement effectifs.

Une politique de santé et de prévention se bâtit avec les populations concernées, et ne doit en aucun cas être discriminante. Les attaques continues contre l'Aide médicale d'État (AME) – dispositif public essentiel qui permet aux personnes exilées en situation administrative irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins – sont un autre indicateur de l'instrumentalisation politique de la santé des personnes étrangères. Un chapitre entier de ce rapport est consacré à cette prestation pourtant déjà difficile d'accès et au budget marginal (0,47 % du budget de l'assurance maladie). Il permet de déconstruire certaines contre-vérités aux antipodes de notre tradition d'accueil.

Cette couverture maladie pour les plus précaires, bien qu'incomplète, est un filet de sécurité en termes de santé publique, et est à ce titre au fondement même de notre humanité. Aussi, chaque nouvelle attaque contre ce dispositif prépare des drames à répétition. Nous devons mettre un terme à cette dynamique généralisée de multiplication des barrières à l'accès aux droits et aux soins. Chaque nouvel obstacle condamne des populations entières de notre pays et accroît également le coût final – humain, moral et financier – pour l'ensemble de notre société du fait de recours trop tardifs aux soins.

Ce nouveau rapport le rappelle : si urgence il y a, c'est bien celle de défendre le droit à la santé à l'accès aux soins, à l'accompagnement social et à une protection sociale de qualité pour chacun·e, sur tout le territoire et sans discrimination. C'est un enjeu de droit et un impératif éthique.

Pour ce faire, la première étape est incontestablement l'instauration d'une seule et même couverture maladie véritablement universelle pour toutes et tous.

Florence RIGAL

**Docteure Florence Rigal
Présidente
Médecins du Monde**



¹ UBS, 2023.
² OCDE, 2021.

MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2022

55

PROGRAMMES MENÉS PAR 1 309 BÉNÉVOLES ACTIFS ET 130 SALARIÉS
DANS 27 SITES

14

CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)
DONT UN CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA)

1

PROGRAMME TRANSVERSAL DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS

13

PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES NON OU MAL LOGÉES
(PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET/OU MAL LOGÉES, PERSONNES VIVANT
EN SQUAT OU EN BIDONVILLES)

10

PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS DONT QUATRE SPÉCIFIQUES
SUR LE LITTORAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE,
À PARIS ET PRÈS DE MARSEILLE

5

PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES
(1 PROGRAMME) ET DES TRAVAILLEUSES DU SEXE (4 PROGRAMMES)

4

PROGRAMMES DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

3

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

2

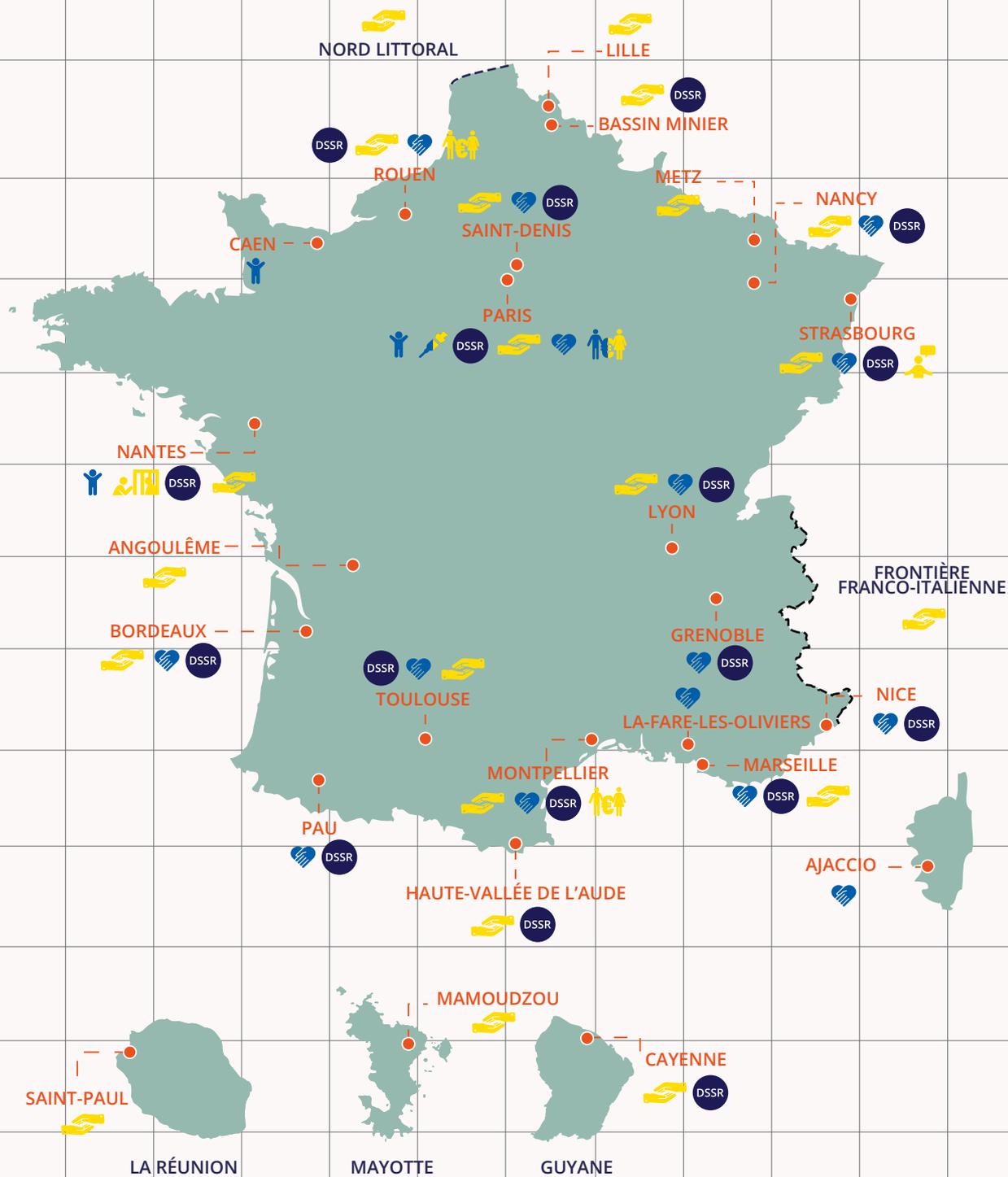
PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE À NANTES
ET À MARSEILLE

2

PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONE RURALE OU URBAINE

1

DISPOSITIF PASS DE VILLE EN GUYANE



| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--------------------------------|
|  | Actions auprès des mineurs non accompagnés |  | Centres d'accueil, de soins et d'orientation |  | Actions mobiles |
|  | Actions en milieu rural, dans la rue, les bidonvilles, auprès des migrants |  | Actions auprès des travailleuses et travailleurs du sexe |  | Actions dans les locaux de MdM |
|  | Actions auprès des personnes détenues |  | Actions auprès des personnes usagères de drogues |  | Programmes transversaux |
|  | Prévention en matière de droits et santé sexuels et reproductifs |  | Plaidoyer auprès des institutions européennes | | |

PANORAMA DES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE

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 précaires à Paris avec la volonté de le fermer dans les six mois en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins.

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

En 2022, Médecins du Monde France mène 55 programmes répartis sur 27 sites dans l'Hexagone et dans les départements d'Outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.

14 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ; ET 1 DISPOSITIF DE PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS) DE VILLE À CAYENNE

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

Ces structures accueillent les publics sans condition et offrent la possibilité de consultations gratuites et majoritairement sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage spécifique pour certaines pathologies. Les conditions de vie précaires étant particulièrement délétères pour la santé

psychique et les parcours d'exil pouvant générer souffrances physiques et psychiques, une prise en charge psychosociale et de santé mentale peut être proposée.

En 2022, le projet Pass de Ville de Cayenne a démarré afin de permettre aux personnes en situation de précarité et ayant des besoins de soins chroniques d'accéder à la médecine de ville.

1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) SUR 30 PROJETS ET 1 PROGRAMME EN DSSR EN PAYS DE LA LOIRE (4i - LIEUX DE VIE INSTABLES, INSALUBRES, INDIGNES ET/OU INFORMELS)

Les actions de Médecins du Monde s'inscrivent dans une **approche complémentaire de santé publique, de promotion des droits humains et de lutte contre les inégalités de genre** afin de lever les barrières d'accès à la santé sexuelle et reproductive et répondre au mieux aux besoins spécifiques des populations.

Depuis 2020, un programme spécifique en Pays de la Loire a pour objectif de renforcer l'accès et la qualité de l'offre en DSSR des personnes vivant dans des lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels (lieux 4i) suivant une approche communautaire à Nantes Métropole et Angers Loire.

10 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE MIGRATION DONT 4 PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS ET SANTÉ

Nos équipes bénévoles et salariées travaillent auprès des personnes en situation de migration dans la plupart de nos programmes en France. L'association mène aussi des programmes spécifiques à destination des personnes migrantes, à la frontière franco-italienne à Vintimille et Briançon (unité mobile de mise à l'abri), à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais/Dunkerque, et près de Marseille (à la Fare-lès-Oliviers).

À Mayotte, le programme consiste notamment à aller vers

les populations éloignées des soins dans certains bidonvilles, pour les rapprocher du système de santé, et ainsi contribuer à diminuer les ruptures, les renoncements et les recours tardifs aux soins.

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

Dans les squats et bidonvilles, à la rue ou dans les centres d'hébergement et d'accueil de jour, nos équipes mobiles réalisent diverses actions : accompagnements dans les démarches administratives et l'ouverture des droits ; veille sanitaire, consultations médicales, soutien psychosocial, médiation en santé ; information et sensibilisation des acteurs médicaux et sociaux sur la problématique de l'habitat et de la précarité.

À la Réunion, le programme favorise le recours aux soins et l'inscription dans le dispositif de droit commun des personnes vulnérables, isolées et mal logées des territoires sud et ouest de l'île, tout en contribuant à l'émergence et au développement d'approches en médiation en santé adaptées à la spécificité du territoire et aux besoins des personnes.

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

MdM a développé une intervention spécifique pour faire face à la situation de plus en plus dégradée des personnes usagères de drogues dans l'espace public du nord-est parisien. MdM intervient auprès des travailleuses du sexe (TdS) à travers plusieurs programmes situés dans trois villes (Montpellier, Paris et Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de RdR et de DSSR, à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour, et à promouvoir l'implication communautaire.

Parmi les quatre programmes intervenant auprès des TdS, le programme national Jasmine a pour but de lutter contre les violences faites aux personnes travailleuses du sexe dans le cadre de leur activité et à favoriser leur accès à la santé.

2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

MdM intervient dans une démarche communautaire au centre pénitentiaire de Nantes afin d'améliorer la santé des personnes incarcérées. Le projet se décline en plusieurs axes : renforcer le pouvoir d'agir des personnes détenues sur leur santé, faire travailler ensemble les équipes médicales et pénitentiaires sur les enjeux de santé et défendre un accès aux soins équivalent à celui disponible à l'extérieur

par le droit commun.

En étroite collaboration avec tous les ministères concernés, et en consortium avec plusieurs partenaires opérationnels, MdM s'implique dans un projet expérimental à Marseille d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Ailsi) comprenant notamment un volet recherche et proposant, en amont de la détention, un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères.

3 PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA)

En 2022, les équipes de MdM s'impliquent dans trois projets spécifiques auprès de mineurs non accompagnés (MNA) exclus des dispositifs de protection de l'enfance dans les villes de Caen, Nantes et Paris. Une intervention de court terme (trois mois) a également été déployée à Toulouse. Les équipes accompagnent les MNA afin de leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits. Elles accompagnent également les MNA dans le cadre des autres programmes (Caso, maraudes auprès des personnes à la rue ou aux frontières). Deux missions exploratoires ont été initiées en 2023 (Paris et Toulouse).

2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONES RURALES ET URBAINES

Dans la Haute vallée de l'Aude, MdM facilite l'autonomie des personnes en situation de précarité en zone rurale dans leur accès à la santé. L'équipe y propose des permanences de médiation en santé accessibles à tous ainsi que des actions mobiles vers les personnes les plus éloignées de la santé. À Lens-Henin dans le Pas-de-Calais, le projet vise à favoriser la promotion de la santé auprès des habitants de cinq communes de l'arrondissement. Diagnostic perceptuel auprès des habitants et co-construction d'actions avec les partenaires actifs et les habitants permettent de créer ou renforcer les ponts entre les acteurs d'un même territoire afin d'agir ensemble avec et pour les habitants. Les équipes de MdM les accompagnent dans le renforcement de leurs capacités d'agir, en partageant les connaissances et pratiques respectives en prévention de la santé.

RÉSUMÉ

DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ ACCABLANTS

Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social³. Les aspects sociaux, environnementaux et économiques influent de manière combinée sur les inégalités. Le cumul de ces aspects dégrade considérablement le bien-être physique et moral des personnes. « *Malgré le niveau élevé des inégalités sociales de santé, un des plus élevés d'Europe occidentale, cette question a été délaissée en France*⁴. » Les conséquences s'observent toujours en 2022 dans les Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité.

En 2022, 17 093 personnes ont été accueillies dans les 14 Caso de MdM. Dans plus de 80 % des cas, les personnes s'y rendent pour la première fois pour des besoins en santé et près de deux personnes sur cinq s'adressent à MdM pour bénéficier d'un accompagnement social, juridique ou administratif qu'elles n'ont pu trouver dans les services publics.

Les personnes rencontrées se déclarent comme hommes dans près de 64 % des cas. L'ensemble des personnes reçues dans les Caso est relativement jeune puisque au moins 61 % d'entre elles ont entre 18 et 34 ans. Elles sont en très grande majorité de nationalité étrangère (près de 98 %). Parmi les personnes étrangères, près de 37 % sont primo-arrivantes (en France depuis moins de trois mois). Les personnes reçues sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (39 %), du Maghreb (31 %) et d'Europe (18 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines des personnes reçues avec 146 nationalités représentées. Suite à l'invasion de l'Ukraine par la Russie en 2022, la population ukrainienne des Caso a augmenté, même si elle reste très minoritaire. Bénéficiant d'une prise en charge et d'un niveau d'information satisfaisant en matière d'accès aux soins, elle n'a potentiellement pas eu besoin de s'adresser à MdM. **Le gouvernement a ainsi démontré qu'une politique migratoire basée sur un accueil digne était possible.**

DROITS EN SANTÉ BAFOUÉS

En 2022, lors de leur entretien d'accueil, plus des deux tiers des personnes sont éligibles à la couverture maladie mais près de 83 % n'en ont pas. Parmi les personnes éligibles à l'Aide médicale d'État (AME), près de 87 % n'ont pas de droits ouverts en France, preuve s'il en est de la complexité de son obtention. Parmi les demandeurs d'asile éligibles à la couverture maladie, près de 77 % n'en ont pas.

Des obstacles à l'accès aux droits et aux soins ont été évoqués par plus des trois quarts (77 %) des personnes reçues dans les Caso. Parmi elles, plus d'un tiers évoque des difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité, absence de preuve d'arrivée en France, etc.). Plus d'un tiers des personnes en situation irrégulière au regard du séjour indique limiter leurs déplacements ou activités par peur d'être arrêté.

En 2022, près de 97 % des personnes rencontrées dans les Caso se situent en dessous du seuil de pauvreté monétaire⁵ ; parmi elles, près de 42 % n'ont aucune ressource. Près de trois personnes sur dix vivent en habitat très précaire : en bidonville ou squat, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée. Plus des trois quarts perçoivent leur logement comme instable. Le mal-logement a de lourdes conséquences sur la santé et l'accès aux soins des personnes concernées. Il entraîne des difficultés de domiciliation, une entrave à l'accès aux droits, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux, des difficultés de suivi de traitement, mais aussi une difficulté à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs. Parmi les personnes vivant en squat ou bidonville et éligibles à la couverture maladie, près de 78 % ne disposent pas de droits ouverts, et parmi les sans-domicile fixe reçus dans les Caso en 2022, près de 86 % n'ont pas de couverture maladie. Il n'existe pas de pathologies spécifiques à la vie à la rue, mais leur incidence et leur niveau de gravité sont exacerbés. Les médecins ont identifié un retard de recours aux soins pour au moins une pathologie chez près de 56 % des patients sans domicile fixe, plus fréquemment que parmi les autres patients (près de 47 %). De même, les besoins de soins médicaux urgents ou assez urgents ont plus souvent été repérés chez les patients sans domicile fixe avec plus de 48 % d'entre eux concernés contre près de 44 % des autres patients.

PRÉCARISATION PROTÉIFORME

Les équipes de MdM ont reçu 1 681 mineurs (soit près de 10 % de la file active totale) dont 298 mineurs non accompagnés (MNA) (soit 27 % de l'ensemble des mineurs). Seule la moitié des mineurs de 6 à 15 ans est scolarisée. Parmi les mineurs primo-arrivants, seuls 22,3 % le sont. **Au moins un tiers des mineurs sont SDF (21 %) ou vivent en squat ou bidonville (9 %).** Parmi les MNA, près de 43 % sont sans domicile fixe ou vivent en squat ou bidonville. **Comme tout mineur les MNA doivent pouvoir bénéficier d'une couverture maladie, cependant, la quasi totalité des MNA (96 %) n'en a pas. Près de la moitié des MNA nécessitent une prise en charge médicale urgente ou assez urgente selon l'avis des médecins.**

³ On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc. (M.-J. Moquet & Potvin, 2011).

⁴ Thierry Lang, Observatoire des inégalités, juillet 2023 <https://www.inegalites.fr/inegalites-de-sante>

⁵ Indice INSEE fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Un peu plus de la moitié des personnes accueillies dans les Caso sont en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour. Parmi elles, près d'une personne sur cinq est sans domicile fixe. Parmi les personnes sans titre de séjour, **plus de neuf sur dix n'ont aucune couverture maladie.** Selon l'avis des médecins, 57 % des patients en situation administrative irrégulière ont au moins une maladie chronique. Les médecins ont repéré un **retard de recours aux soins chez près de 54 % de ces personnes vues en consultation de médecine et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente pour près de 41 % d'entre elles.**

Les demandeurs d'asile représentent plus de 15 % de la file active totale. Légalement, durant l'examen de leur demande d'asile, les personnes doivent bénéficier de conditions matérielles d'accueil. Or la situation des demandeurs d'asile reçus dans les Caso témoigne de la difficulté d'être hébergé dans des conditions dignes puisque notamment près de deux sur cinq sont sans domicile fixe. Près de six demandeurs d'asile sur dix sont diagnostiqués pour au moins une pathologie chronique. **Un retard de recours aux soins est constaté chez plus de 49 % des patients reçus en consultation de médecine généraliste et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente a été repéré pour plus de 53 % d'entre eux. Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso en 2022, 65,6 % des demandeurs d'asile sont éligibles à la couverture maladie mais 76,8 % d'entre eux n'ont pas de droits ouverts.**

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

SANTÉ DES PERSONNES DÉTÉRIORÉE PAR LEUR PRÉCARITÉ
Les personnes en situation de précarité sont notamment exposées à un environnement quotidien qui peut entraîner des problèmes de santé, et réciproquement, leur état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance. Or, leurs conditions de vie les conduisent aussi à prioriser d'autres besoins vitaux face aux besoins liés à la santé. Ces personnes sont donc plus exposées aux barrières dans l'accès aux soins et dans l'exercice de leur droit à la santé. Les politiques publiques impactent la réduction ou l'aggravation des inégalités des conditions de vie ou d'accès au système de santé et de soins.

En 2022, 19 122 consultations médicales ou dentaires ont été réalisées auprès de 11 665 patients différents dans les 14 Caso. Lors des consultations de médecine générale, environ un patient sur cinq est diagnostiqué pour des troubles liés au système digestif (22 %), ostéoarticulaire (près de 20 %) ou respiratoire (près de 19 %).

Plus de la moitié des patients souffrent d'au moins une pathologie chronique (54 %) d'après les médecins. Les conditions de vie précaires favorisent leur survenue et leur aggravation.

Selon l'avis des médecins, **les patients reçus en consultation en 2022 nécessitent un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie dans plus de 84 % des cas.** Parmi ces derniers, plus de la moitié n'étaient pas suivis ou traités avant leur venue dans les Caso. **Près de la moitié des personnes reçues en consultation dans les Caso avaient un retard de recours aux soins.**

Les équipes MdM constatent qu'au cours des 12 mois précédant la première visite dans les Caso, **parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins, près de 87 % l'ont fait pour des raisons financières.** Dans l'incapacité de payer, ils arrêtent ou reportent leurs soins, aggravant donc leur état de santé.

Les équipes de MdM rencontrent des adultes, des enfants et des adolescents démunis, perdus, abîmés par leur parcours de vie, leur parcours migratoire, leurs conditions d'accueil en France. En 2022, une pathologie psychologique ou psychiatrique a été repérée chez plus de 8 % des patients reçus en consultation de médecine générale⁶. Les patients présentent des troubles anxieux et dépressifs couplés à des problématiques sociales (situation administrative et économique précaire, habitat précaire, etc.). Que les personnes aient ou non une couverture maladie, leur **détresse psychosociale sévère doit être prise en compte par les professionnels**, qu'il s'agisse de consultations de médecine générale ou d'activités de soutien psychosocial, psychologique et psychiatrique.

DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRIORITÉ DE SANTÉ NÉGLIGÉE

Jouer librement de sa sexualité, sans danger ni violence, sans crainte d'une grossesse non intentionnelle ou d'infection sexuellement transmissible (IST) est un enjeu clé de santé. Malgré un cadre politique et légal globalement favorable, dont une stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ambitieuse, les équipes de Médecins du Monde constatent que **l'accès à des informations fiables et sans jugement ainsi qu'à des services de prévention et de soins pour bien vivre et comprendre sa sexualité reste un défi majeur en France, surtout pour les personnes précarisées éloignées du système de santé.** Ces dernières sont souvent stigmatisées, discriminées et réprimées et par là-même surexposées aux violences, aux risques d'infections au VIH et aux hépatites, ainsi qu'aux grossesses non intentionnelles.

En 2022, 10 803 patients, soit plus de trois personnes sur cinq ont été reçus lors d'au moins une consultation médicale pendant laquelle des enjeux DSSR ont été abordés. Les besoins en la matière sont considérables.

La grande majorité des personnes interrogées – parce qu'éloignées des services de prévention et de soins – ne connaissent pas leur statut sérologique lors de leur première visite dans les Caso : 76 % pour le VIH, près de 83 % pour l'hépatite B (VHB) et près de 80 % pour l'hépatite C (VHC).

Près de 9 femmes sur 10 en âge de procréer et ne souhaitant pas être enceintes déclarent n'utiliser aucune contraception, avec les risques de grossesses non intentionnelles que cela peut induire. L'accès aux droits a un

⁶ Le taux est sous-estimé car les patients viennent en moyenne 1,5 fois en consultation médicale, il est difficile de repérer ces troubles lors d'une seule et première consultation.

impact important sur le recours à la contraception puisque **seules 10 % des femmes sans couverture maladie utilisent un moyen de contraception contre 24 % pour celles disposant de droits ouverts.**

Plus de 83 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un au cours de leur vie. Les femmes disposant d'un logement **personnel** ont davantage réalisé un frottis (35 %) **que les femmes vivant en squat ou bidonville ou les femmes sans domicile (13 %).** Des campagnes invitant les personnes à se faire dépister existent, mais les rappels envoyés par courrier ou les campagnes d'affichage ne sont le plus souvent pas accessibles aux personnes précarisées, faute notamment d'adresse où recevoir les courriers et de messages adaptés.

Plus de 30 % des femmes enceintes reçues en Caso présentent un retard de suivi de grossesse et 60 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente. Les équipes de Médecins du Monde observent des conditions de vie particulièrement précaires de ces femmes enceintes : près de 22 % sont sans domicile fixe et **la quasi-totalité des femmes enceintes reçues en Caso en 2022 n'ont pas de couverture maladie (près de 93 %).**

Pour atteindre de meilleurs résultats en santé, l'offre de soins doit être plus adaptée aux besoins spécifiques des personnes les plus précarisées : offre d'interprétariat, information et outils adaptés, médiation en santé, intervention dans les lieux de vie, de travail, de passage, accessibilité sans conditions à la couverture maladie, etc.

L'INCONCEVABLE RECUL DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE

Nous consacrons un chapitre entier de ce rapport à l'Aide médicale d'État et aux attaques dont elle est l'objet, et plus largement nous relevons la récurrence avec laquelle les questions de santé, dès lors qu'il s'agit de celles des étrangers, sont instrumentalisées à des fins de politique migratoire.

Nos arguments reposent sur une analyse des situations politiques, des recherches académiques et le constat quotidien de nos équipes sur le terrain. Nous voulons déconstruire certaines idées reçues et préconisons de revenir à une protection maladie réellement universelle.

La pratique quotidienne des équipes de Médecins du Monde se confronte chaque jour à l'écart entre une volonté affichée de faciliter l'accès aux soins fondée sur la mission de l'assurance maladie qui est de « *garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins* »⁷, et la réalité des immenses difficultés rencontrées par les patients pour faire valoir leurs droits.

Non, l'AME ne favorise pas l'immigration irrégulière. Idée pourtant utilisée par les ministres de l'Intérieur pour s'arroger

un droit de regard sur les politiques de santé, ce qui se fait au détriment des considérations de santé publique et du périmètre ministériel des ministres de la Santé.

Non l'AME n'est pas « incontrôlée et incontrôlable ». Dans les faits **le coût direct de l'AME est stable et représente 0,47 % du budget de l'assurance maladie (ODSE, 2023).** Des rapports réguliers de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale d'État (IGE) en examinent précisément le fonctionnement et les dépenses. Les constats se rejoignent : il n'y a pas d'abus de droit mais au contraire des risques de renoncement aux soins, l'inscription des patients à l'AME par les hôpitaux leur permet d'améliorer le recouvrement des factures auprès des CPAM, le système de facturation hospitalière majeure le coût de l'AME, etc.

Non l'AME n'est pas facile à obtenir. Méconnaissance ou non-information sur les droits, complexité administrative, quasi-fermeture des guichets d'accueil de la CPAM, dépôt physique des premières demandes, délai de traitement des dossiers, recours croissant à la dématérialisation ou à des plateformes téléphoniques payantes... les obstacles sont nombreux. **En outre, l'AME n'est valable qu'un an, l'ensemble des démarches devant être renouvelé, ce qui entraîne de véritables risques de rupture de droits et de soins pendant la période intermédiaire.**

Non, l'AME ne permet pas un accès gratuit à tous les soins. Par exemple, les médicaments considérés à service médical rendu modéré ou faible ne sont pas remboursés. De même, les programmes de prévention pourtant essentiels en matière de santé publique tels que **la prévention bucco-dentaire pour les enfants ou les dépistages gratuits du cancer du côlon ou du col de l'utérus ne sont pas accessibles aux personnes couvertes par l'AME.**

Le dispositif de l'Aide médicale d'État reste essentiel pour l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour. Mais sa complexité, le maintien d'un panier de soins réduit, les retards de soins et l'extraordinaire taux de non-recours que le dispositif engendre nous oblige à faire évoluer le système, changer de paradigme et revenir à un accès au système de santé non conditionné à la régularité du droit au séjour.

Plusieurs institutions, organisations du médico-social, ONG, sociétés savantes, en particulier l'Académie de médecine, se sont ainsi positionnées pour que les bénéficiaires de l'AME soient intégrés dans le régime général de la sécurité sociale.

Nous nous devons d'inclure l'AME dans le régime général de la sécurité sociale pour venir instaurer sur tout le territoire français une protection maladie réellement universelle.

MÉDECINS DU MONDE

Direction des opérations France et Direction Santé Plaidoyer –
Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
84 avenue du Président Wilson
93210 La Plaine-Saint-Denis
Tél : 01 44 92 15 15
pole-ope.dof@medecinsdumonde.net
et PoleRechercheApprentissages@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique :

CommeQuoi ? www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture :

Valérie Brunel
Pauline De Smet
Thomas Flamerion

Photo :

Couverture : © Anaïs Oudart
Page 3 : © Marie Pierson

**Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS)
et de la Délégation interministérielle à l'hébergement
et à l'accès au logement (Dihal)**

EN COLLABORATION AVEC



**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**