

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE

RAPPORT 2012
Octobre 2013



→ À la suite de la loi contre les exclusions en 1998 et de la création en 2000 de la couverture maladie universelle (CMU), Médecins du Monde s'est doté d'un **Observatoire de l'accès aux soins** d'une part pour mesurer l'effectivité de ses dispositifs et d'autre part pour témoigner des conditions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité en France.

L'Observatoire, outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde, est centralisé au sein de la Direction des Missions France. Il analyse les conditions de vie, les droits et l'état de santé des populations rencontrées dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde (MdM) et documente les difficultés dans l'accès aux soins et les dysfonctionnements des dispositifs de santé.

Il contribue ainsi à enrichir les connaissances sur les populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique.

Il permet d'élaborer et d'argumenter des propositions au regard de l'expertise de terrain, à partir desquelles MdM interpelle ou informe les acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des populations vivant dans la précarité.

Réalisé pour la dixième année consécutive avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip), ce rapport annuel est élaboré à partir :

- des recueils médico-sociaux des 20 Caso ;
- des données recueillies par des actions mobiles de proximité ;
- des rapports d'activité de l'ensemble des programmes ;
- des observations des acteurs de terrain, et en particulier des travailleurs sociaux, sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes au niveau local ;
- des témoignages recueillis par les équipes auprès des patients.

→ REMERCIEMENTS :

Nous souhaitons d'abord remercier toutes les personnes accueillies dans les programmes de Médecins du Monde qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie.

Nous remercions vivement tous les acteurs des missions France (accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins et personnes en charge de la saisie des données), sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

Nous remercions par ailleurs toutes les personnes de Médecins du Monde qui se sont investies dans l'élaboration des outils de recueil de données, et notamment Cécile Gaboret. Et merci à toute l'équipe de la Direction des Missions France.

→ RAPPORT ÉCRIT PAR :

- L'équipe de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France – Caroline Douay et Anne Tomasino – et les membres de l'équipe de la Direction des Missions France, Médecins du Monde ;
- Georges Fahet, Étienne Gardiès et Thibaud Bouillie – Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.

→ AVEC LA COLLABORATION :

- du groupe de santé publique chargé du suivi de l'Observatoire de l'accès aux soins ;
- des référents des actions faisant l'objet d'un développement spécifique dans le rapport et de toute l'équipe de la Direction des Missions France de Médecins du Monde.

AVEC LE SOUTIEN :

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	5
RÉSUMÉ	7
2012 EN CHIFFRES	11
ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO ET DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES DEPUIS 2000	17
MOTIFS DE RECOURS ET MODES D'ORIENTATION DANS LES CASO EN 2012	25
1. Motifs de consultations et modes d'orientation des personnes en 2012	26
2. Les consultations et entretiens réalisés en 2012	27
PROFILS DES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO EN 2012	31
1. Le profil sociodémographique des patients accueillis en 2012	32
→ <i>Le recours à l'interprétariat professionnel : impossible de soigner sans communiquer</i>	34
2. Conditions de vie et environnement social des personnes accueillies en 2012	36
→ <i>Le dispositif d'hébergement : un dispositif saturé et des conditions d'accueil et d'accompagnement social bien souvent inadaptées</i>	38
ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES EN CONSULTATION MÉDICALE EN 2012	45
1. Les problèmes de santé des patients accueillis en 2012	46
2. La couverture vaccinale des patients reçus en consultation dans les Caso en 2012	50
3. Prévalence de certaines pathologies à potentiel de gravité des patients accueillis en 2012	53
4. La prévention du VIH, des hépatites B et C, des IST et de la tuberculose des patients reçus dans les Caso en 2012	56
→ <i>Éducation aux risques liés à l'injection : programme Eri</i>	65
→ <i>Mission XBT (Xénobiotrope)</i>	66
5. Les violences subies par les personnes reçues dans les Caso en 2012	68
→ <i>De multiples formes de violences envers les travailleuses du sexe chinoises à Paris</i>	71
6. Les troubles de santé mentale repérés chez les patients des Caso en 2012	73
→ <i>Une Pass psychiatrique à Nantes</i>	75
7. La santé bucco-dentaire des patients accueillis aux Caso en 2012	76
LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PATIENTS EN 2012	79
1. Les droits à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso en 2012	80
→ <i>Les permanences d'accès aux soins de santé</i>	81
→ <i>Le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale : des mesures concernant l'accès aux droits et à la santé des personnes en situation de précarité. Deux mesures phares : le renforcement des Pass et l'augmentation du plafond de la CMUc</i>	83

2. Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins des patients des Caso en 2012	85
→ <i>Les fonctionnements hétérogènes des caisses primaires d'assurance maladie</i>	87
3. Le retard et le renoncement aux soins des consultants des Caso en 2012	91
→ <i>L'accès aux droits et aux soins des patients reçus au Caso de Cayenne en 2012</i>	94
MAYOTTE : UNE SITUATION D'EXCEPTION MALGRÉ DES AVANCÉES THÉORIQUES	95
FOCUS POPULATIONS	103
1. Les mineurs	104
2. Les femmes	109
→ <i>Prévention des cancers féminins : moins de recours chez les femmes en situation de précarité</i>	113
3. Les personnes sans domicile ou relevant du dispositif d'urgence	115
→ <i>Recherche action dans les squats</i>	119
4. Les Français et les étrangers disposant d'un titre de séjour de 10 ans	120
→ <i>Précarité et accès aux soins en zones rurales : un projet pilote en Auvergne</i>	124
5. Les ressortissants de l'Union européenne (hors France)	126
→ <i>Les actions mobiles auprès des Roms</i>	130
- La circulaire du 26 août 2012 : un affichage interministériel fort mais qui reste théorique	131
- La France, pays des droits de l'homme, condamnée par le Comité européen des droits sociaux pour violation manifeste de droits fondamentaux des populations roms	132
- Atteintes au droit à la santé et au logement pour la population rom migrante. Exemple du démantèlement d'un bidonville à Noisy-le-Grand	133
- Saisine du Défenseur des droits pour violation de droits fondamentaux, discrimination et violence à l'égard des populations roms à Marseille	134
- La médiation : une action pour un accès à la santé des populations roms	135
6. Les personnes en situation irrégulière	138
→ <i>La protection des étrangers malades : la nécessité d'une réforme urgente</i>	139
→ <i>Migrants en transit vers l'Angleterre : des conditions de vie indignes, aggravées par un harcèlement policier reconnu</i>	142
7. Les demandeurs d'asile	144
→ <i>Droit d'asile : un droit demantelé, un dispositif d'accueil à réformer</i>	148
ANNEXES	149
Annexe 1 : Méthodologie du recueil de données dans les Caso	150
Annexe 2 : Dossiers médical, social et dentaire et fiche de violence subie des Caso en 2012	155
Annexe 3 : Activités par Caso en 2012	167
Annexe 4 : Analyses par Caso en 2012	168

GLOSSAIRE

AAH	Allocation adulte handicapé	DTP	Diphthérie-tétanos-polio
ACS	Aide pour une complémentaire santé	Eri	Éducation aux risques liés à l'injection
AME	Aide médicale de l'État	EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales	Fnars	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
ARS	Agence régionale santé	FSUV	Fonds soins urgents et vitaux
Ase	Aide sociale à l'enfance	Halde	Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
ASV	Atelier santé ville	HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Ata	Allocation temporaire d'attente	HTA	Hypertension artérielle
BCG	Bacille de Calmette et Guérin	IGA	Inspection générale de l'administration
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues	Igas	Inspection générale des affaires sociales
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	IMC	Indice de masse corporelle
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
CCAS	Centre communal d'action sociale	Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit	Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
CEDS	Comité européen des droits sociaux	ISM	Inter service migrants
Cerfa	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs	IST	Infection sexuellement transmissible
CFDA	Coordination française pour le droit d'asile	InVS	Institut national de veille sanitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire	LHSS	Lits haltes soins santé
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles	MdM	Médecins du Monde
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant	Ofii	Office français immigration intégration
CISP	Classification internationale des soins primaires	Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
Clat	Centre de lutte antituberculeuse	OMS	Organisation mondiale de la santé
CMS	Centre médico-social	Onpes	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
CMU	Couverture maladie universelle	Pada	Plateforme d'accueil pour les demandeurs d'asile
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire	Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme	PMI	Protection maternelle et infantile
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	RdR	Réduction des risques
Crips	Centre régional d'information et de prévention du sida	ROR	Rougeole-oreillons-rubéole
Csapa	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie	RSA	Revenu de solidarité active
CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte	Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
CSST	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes	UE	Union européenne
Dalo	Droit au logement opposable	Unccas	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
Dasem	Droit au séjour des étrangers malades	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale		
DGS	Direction générale de la santé		

INTRODUCTION

→ En 2012, en France, les conséquences de la crise économique sur la santé et l'accès aux soins sont prégnantes. Les inégalités sociales de santé s'accroissent chez les plus démunis. À cela s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires que sociales, notamment envers les migrants, les personnes se prostituant et les usagers de drogues. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins, avec pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

En 2012, plus de 30 500 personnes ont été accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde. L'activité globale des Caso ne cesse d'augmenter, avec notamment une hausse inquiétante et constante de l'effectif des mineurs depuis 2008.

Les personnes accueillies cumulent difficultés financières, précarité des conditions de logement et problèmes de santé et d'accès aux soins. Dans les consultations, les médecins des Caso constatent que 43 % des personnes recourent trop tardivement aux soins et que 22 % ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois. Ces deux indicateurs, en constante progression depuis plusieurs années, prouvent la dégradation de l'accès aux soins et de la santé des populations les plus précaires.

En 2012, en période d'alternance politique, des signes positifs concernant la santé et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité existent, avec notamment la suppression, dès le mois de juin, du droit d'entrée de 30 euros pour l'AME. Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, issu d'un travail de concertation entre associations et institutions, marque une volonté de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé avec des annonces concernant le champ sanitaire : relèvement du seuil de la CMUc, renforcement des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), simplification des procédures de domiciliation.

Concernant l'hébergement, le gouvernement s'est aussi engagé à augmenter le nombre de places dans les Centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) et à mettre fin aux plans saisonniers. Cependant, le droit à l'hébergement et

l'inconditionnalité de l'accueil ne sont pas respectés. Des femmes et des enfants dorment dehors. Il faut réellement en finir avec la gestion saisonnière de l'hébergement d'urgence et créer des structures d'hébergement ouvertes toute l'année en nombre et capacité d'accueil suffisants, avec un accompagnement social vers le logement pérenne.

Par ailleurs, des manquements persistent sur la question de l'accueil des étrangers vivant en France. Les expulsions forcées de Roms de leurs lieux de vie sans alternative se poursuivent, violant les droits au logement, à la santé et à l'éducation inscrits dans les engagements internationaux de la France et rappelés dans la circulaire du 26 août 2012. Le droit au séjour pour raison médicale des étrangers résidant en France a été vidé de son contenu par la loi Besson de 2011. Désormais, il suffit que le traitement médical existe dans le pays d'origine du malade pour l'expulser, indépendamment de l'effectivité de l'accès à ce traitement. De fait, des étrangers atteints de maladies graves sont renvoyés dans leurs pays alors qu'un pronostic vital est engagé. Cet amalgame entre immigration et santé est contraire aux intérêts de la santé publique et au respect des droits fondamentaux. Médecins du Monde demande donc le rétablissement de la protection des étrangers gravement malades en revenant à la législation de 1998.

Dans ce contexte de crise économique, le gouvernement doit aller plus loin dans son engagement auprès des personnes précaires. Il doit mener une politique sociale plus ambitieuse en faveur du respect des droits fondamentaux des personnes et pour un meilleur accès aux soins pour tous.

Médecins du Monde plaide pour un dispositif simplifié d'accès aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la CMU, proposée dans le rapport Igas-IGF de novembre 2010¹, serait une mesure courageuse permettant des économies de gestion et une simplification de l'accès aux droits pour toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif. Il est indispensable de renforcer et de garantir l'efficacité du dispositif des Pass afin d'assurer une prise en charge des personnes sans droits ouverts dans le système de droit commun.

Depuis plus de vingt ans, Médecins du Monde est engagé auprès des usagers de drogues et des personnes se prostituant dans une démarche de réduction des risques. Il s'agit d'intervenir avec et auprès d'eux, dans le but de leur proposer des services de santé adaptés à leurs besoins, tout en travaillant à faire évoluer leur statut social et légal. Le débat en France, contraint pendant des années par une politique plus répressive que préventive, a empêché la mise en place de dispositifs adaptés à la prévention de la transmission du VIH et des hépatites, en particulier de l'hépatite C. Des réponses efficaces peuvent être apportées, notamment en autorisant l'ouverture expérimentale de salles de consommation à moindres risques, pour limiter l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, ainsi que l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique pour l'hépatite C.

Après de nombreux mois de débats auxquels Médecins du Monde a participé, le gouvernement a confirmé la création de la première salle de consommation de drogues en France pour 2013.

À l'heure de la réforme du droit d'asile, du projet de loi sur le logement et du projet de loi sur la prostitution avec l'abrogation du délit de racolage public et le risque de pénalisation du client, Médecins du Monde rappelle la nécessité de respecter les principes de santé publique et les droits fondamentaux au sein des politiques publiques.

De fait, l'alternance politique doit s'intéresser davantage au sort des grands précaires.

Nous attendons, quinze ans après la première loi sur les exclusions, la mise en œuvre effective d'une politique médico-sociale solidaire et efficace, quel que soit le statut administratif des personnes.

(1) « Analyse de l'évolution des dépenses de santé au titre de l'aide médicale d'État », rapport établi par Alain Cordier, inspecteur général des finances, et Frédéric Salas, inspecteur des affaires sociales, novembre 2010.

RÉSUMÉ

→ Avec 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et plus de 30 500 patients en 2012, Médecins du Monde est un acteur essentiel pour témoigner des conditions de vie et de la détérioration de l'accès aux soins et aux droits des précaires en France. Ce rapport analyse les données médico-sociales des bénéficiaires des Caso et de certaines actions mobiles gérées par l'association dans diverses villes françaises. Ces analyses sont étayées par les témoignages des équipes.

En 2012, Médecins du Monde compte 20 Caso, au sein desquels 63 212 consultations ont été effectuées : 41 033 médicales, 3 855 dentaires et 18 070 sociales, concernant 30 560 personnes. Entre 2008 et 2012, les conditions d'accès aux droits et aux soins se sont dégradées, avec une augmentation constante de la file active. Ainsi, l'activité globale des Caso a augmenté de 3,7 % depuis 2011 et de près de 24 % depuis 2008.

Le principal motif de recours à Médecins du Monde est le besoin de soins, avec 80,7 % des personnes qui souhaitent une consultation avec un professionnel de santé. La majorité des consultants ne sont pas couverts par un régime de protection sociale et n'ont pas les moyens financiers pour avancer les frais de soins. Outre le besoin de soins, plus d'une personne sur quatre se présente la première fois pour des questions d'ordre social (couverture maladie essentiellement) ou juridique.

Caractéristiques des patients

En 2012, les personnes rencontrées dans les Caso sont essentiellement des hommes (60,7 %). Elles sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (25,8 %), du Maghreb (23,2 %) et de l'Union européenne (17,9 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines avec 139 nationalités différentes recensées. Les Roumains, les Algériens, les Français, les Tunisiens et les Marocains sont les plus représentés, avec toutefois une baisse constante du nombre de Français depuis dix ans. Cette diminution est certainement liée à un meilleur accès aux soins, grâce à la CMU, des Français en situation précaire.

Entre 2011 et 2012, on observe une diminution sensible de la proportion de Roumains et de Bulgares parmi les ressortissants

communautaires. À l'inverse, une progression sensible de la part des Portugais, Espagnols et Italiens est constatée, certainement en lien avec la situation économique de ces pays. En 2012, la moyenne d'âge des consultants est de près de 33 ans. Les mineurs, majoritairement étrangers, représentent 12,5 % de la file active, poursuivant ainsi l'augmentation amorcée en 2007. En effet, la hausse de l'effectif des patients mineurs constatée depuis cinq ans est de 69 %, hausse beaucoup plus marquée que celle de l'ensemble des patients, qui est de 30 % sur la même période.

Un cumul de difficultés : familiales, financières, d'habitat...

En 2012, 76,6 % des personnes majeures reçues dans les Caso vivent seules. Lorsqu'elles ont des enfants, la majorité d'entre elles (61 %) sont séparées d'au moins l'un d'entre eux. Dans ce contexte actuel de crise et d'aggravation de la précarité, les patients des Caso ne sont pas épargnés : la quasi-totalité d'entre eux (98,1 %) se situent en dessous du seuil de pauvreté ; 87,2 % ne disposent d'aucunes ressources officielles (soit 18,5 % de personnes en plus qu'en 2011) ; 70 % ne bénéficient pas d'un logement stable. Plus de la moitié d'entre eux vivent dans des conditions de logement précaires : 42,3 % des personnes sont hébergées de manière temporaire ; 13,2 % sont sans domicile fixe ; 10,9 % occupent un lieu de façon illégale.

De mauvaises conditions de logement sont un élément discriminant sur la santé physique, mentale et sociale des personnes : moindre couverture vaccinale, retard et renoncement aux soins, souffrance mentale et situations plus fréquentes de violences.

Au début de 2013, Médecins du Monde a mené une enquête sur le dispositif d'hébergement d'urgence, qui conclut à une insuffisance des capacités d'hébergement et à une détérioration de la situation des personnes sans logement personnel. Désormais, les facteurs de vulnérabilité ne sont plus des critères de priorisation dans la distribution des places : par exemple, de plus en plus de femmes enceintes et d'enfants dorment dehors.

Des problèmes de santé aggravés par la précarité

Les troubles respiratoires touchent 27,7 % des patients, les pathologies digestives 25,3 %, les troubles ostéoarticulaires 20,4 % et les problèmes dermatologiques 16,7 %. Viennent ensuite les affections cardio-vasculaires (11,7 %) et les troubles psychologiques (11,1 %). À l'issue des consultations, un suivi ou un traitement sont nécessaires pour plus des trois quarts des patients reçus, qu'ils souffrent d'une affection aiguë ou chronique. Et, parmi ceux souffrant d'une pathologie chronique, 58 % n'étaient ni suivis ni traités avant leur passage aux Caso. Certaines pathologies peuvent devenir potentiellement graves en l'absence de prise en charge régulière et adaptée. Elles concernent plus d'un patient sur dix qui souffre d'hypertension artérielle, de diabète ou d'asthme. La quasi-totalité d'entre eux ne disposent pas de droits ouverts à une couverture maladie et sont démunis sur le plan financier, renforçant ainsi les difficultés d'accès aux soins.

Des troubles de santé mentale sont repérés pour 11 % des consultants des Caso en 2012. Les troubles anxieux ou les syndromes dépressifs sont les plus diagnostiqués. Chez les étrangers, la fréquence des troubles mentaux (stress et troubles anxieux) est accentuée pour les personnes en demande d'asile, en raison des violences qui les ont amenées à fuir leur pays mais aussi des conditions de vie déplorables qu'elles connaissent une fois en France. Les consultations transculturelles doivent être développées afin de répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes.

Par ailleurs, l'état bucco-dentaire des patients examinés est particulièrement dégradé, avec un nombre moyen de dents cariées qui s'élève à 3,2. À titre de comparaison, en France, un adulte a en moyenne 1,1 à 1,2 carie en bouche. Pour ces populations, la prévention de la carie doit être intégrée dans une démarche de prévention globale.

Quelles que soient les pathologies, le dispositif des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), notamment

psychiatriques et dentaires, doit être renforcé et effectif pour permettre une meilleure prise en charge de ces publics.

Des actions de prévention spécifiques favorisent un meilleur recours aux dépistages et aux soins

La vaccination et les dépistages sont des fondements essentiels de la prévention en santé et doivent être accessibles à tous.

La couverture vaccinale des patients des Caso est globalement insuffisante, en particulier chez les adultes.

La situation des mineurs est globalement meilleure mais reste cependant en deçà des objectifs de couverture vaccinale fixés dans le plan de santé publique. Ils sont environ deux tiers à être correctement vaccinés contre le BCG et le DTP, 63 % contre le ROR et la coqueluche et seulement 58 % contre l'hépatite B.

En 2012, seuls 29 % à 35 % des consultants des Caso connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH alors qu'ils sont souvent originaires de zones à forte endémie concernant ces pathologies. Parmi les personnes dépistées dans les deux Caso franciliens, la prévalence du VIH est de 2,7 %, soit 14 fois la prévalence nationale. Pour les hépatites B et C, les prévalences sont de 9,0 % et 5,9 %, soit respectivement plus de 14 et 7 fois les moyennes en population générale.

La précarité, la migration et l'absence de domicile constituent des expositions plus importantes à des risques de santé, notamment les maladies transmissibles. Par conséquent, Médecins du Monde a mis en place des actions de dépistage à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et du VHC dans une stratégie globale de réduction des risques. En 2012, ce sont sept programmes de Médecins du Monde, pour certains en partenariat avec AIDES, qui ont utilisé des Trod VIH et une équipe qui a proposé des dépistages couplés à l'aide de Trod VIH et VHC, devançant l'autorisation légale d'utilisation des Trod VHC. En effet, un dépistage simple et précoce, dans le cas d'une séropositivité, permet une prise en charge rapide limitant les risques d'aggravation. Les Trod sont particulièrement adaptés aux populations les plus exposées ayant peu accès aux dispositifs de dépistage classiques.

Concernant la tuberculose, sur les 1 924 radiographies pulmonaires réalisées dans les deux Caso d'Île-de-France, 11 cas ont été dépistés, soit une prévalence de 0,6 %. À titre de comparaison, la prévalence de la tuberculose en population générale en Île-de-France est de 0,016 %.

De nombreux obstacles dans l'accès aux soins qui relèvent de la complexité des démarches... renforcés par des dysfonctionnements administratifs

En 2012, dans les Caso, seules 12,3 % des personnes reçues ont des droits ouverts alors que 77 % relèvent d'un dispositif de couverture maladie (principalement l'aide médicale de l'État (AME)). Les difficultés d'accès à une couverture maladie semblent s'aggraver au fil du temps. En effet, en 2010 et 2011, les personnes ayant des droits effectivement ouverts étaient respectivement 18 % et 16 %. Il est important de noter que les conditions d'accès sont plus ou moins difficiles selon le régime de couverture maladie, en défaveur des étrangers puisque l'accès aux droits est limité pour les personnes relevant de l'AME.

Les obstacles rencontrés sont essentiellement liés à la complexité de la législation en vigueur, à laquelle s'ajoutent des pratiques abusives des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le critère de résidence de trois mois en France imposé par la réglementation est un obstacle de plus en plus prégnant (32,8 % en 2012 vs 19,5 % en 2011). Les étrangers sans titre de séjour rencontrent une difficulté supplémentaire, qui est la peur d'être interpellés, qui les amène à limiter leurs déplacements, notamment vers les dispositifs de prise en charge, surtout lorsque les CPAM ne proposent que quelques points d'accueil dans le département. Fusionner l'AME dans la CMU permettrait, en plus de réduire les coûts de gestion, d'enrayer ce problème en simplifiant les dispositifs.

... et qui ont pour conséquence un retard de recours ou un non-recours aux soins plus fréquents

Le retard et le non-recours aux soins ne sont pas seulement liés aux difficultés financières et à l'absence de couverture maladie, mais aussi à certains déterminants sociaux (logement, précarité, situation administrative, représentations culturelles de la santé...) et à la complexité de l'organisation du système de santé et de protection sociale en France. On note également que les femmes sont davantage touchées par ces « phénomènes » que les hommes.

Concernant spécifiquement les patients français, on constate qu'ils sont de plus en plus nombreux à renoncer à se soigner : ils étaient 13,5 % en 2011, ils sont désormais 26,4 %,

en raison sans doute de l'absence de complémentaire santé ainsi que de la baisse constante des remboursements d'assurance maladie.

À Cayenne, le retard de recours et le renoncement aux soins sont nettement plus fréquents que dans les autres Caso. En effet, l'application des politiques sociales en Guyane s'est dégradée à l'encontre des populations vulnérables, creusant ainsi les inégalités sur le territoire. Les équipes de terrain de Médecins du Monde constatent des dysfonctionnements alarmants et une véritable insuffisance des administrations du secteur social et sanitaire.

Afin de limiter les retards, voire les renoncements à une prise en charge médicale, Médecins du Monde ainsi que d'autres associations réclament la fusion de l'AME dans le dispositif CMU. Cette intégration permettrait ainsi un accès aux soins plus simple et moins stigmatisant et serait seule garante d'une politique de santé publique efficace.

Pour une prise en charge effective dans le système de droit commun : renforcer le dispositif des Pass

Les Pass doivent faciliter l'accès aux soins et à un accompagnement social pour les personnes en situation de précarité, et notamment pour celles qui n'ont pas de couverture maladie. Leur nombre insuffisant sur le territoire au regard des besoins, la méconnaissance du dispositif tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital entraînent des difficultés de prise en charge, des orientations inadaptées et des procédures de délivrance de traitements non opérantes. Afin de rendre effective la prise en charge des patients en situation de précarité, il est indispensable de poursuivre, consolider et améliorer le dispositif des Pass, notamment dentaires, psychiatriques et pédiatriques.

Certaines populations particulièrement vulnérables

■ Les mineurs

En 2012, 12,5 % des patients reçus dans les Caso sont mineurs, ce qui représente 2 993 personnes. Depuis 2007, leur nombre n'a cessé d'augmenter : 69 % de mineurs consultants supplémentaires. Plus de la moitié d'entre eux sont âgés de moins de 6 ans. Parmi eux, seuls 40 % sont suivis par les services de protection maternelle et infantile

(PMI). Ce suivi en PMI est étroitement lié à l'état des droits à la couverture maladie. Ainsi, les mineurs de 6 ans et moins ayant des droits ouverts sont suivis à 71 % en PMI et ceux qui n'en ont pas seulement à 29 %.

Lors de leur première visite au Caso, près de 90 % des mineurs sont sans couverture maladie, alors qu'ils doivent légalement en bénéficier sans condition. Les freins à l'accès aux droits des patients mineurs concernent essentiellement les difficultés d'ordre administratif et la méconnaissance des droits et des structures. Près d'un tiers d'entre eux accusent un retard de recours aux soins et 13,3 % ont renoncé à des soins aux cours des douze derniers mois. Les mineurs sont aussi affectés par le mal-logement : ils sont 37,4 % à vivre dans un logement précaire, 28,4 % à être hébergés par une association ou un organisme et 10,4 % à ne pas avoir de domicile fixe, avec des conséquences néfastes sur leur état de santé, leur développement et leur réussite scolaire.

Environ 6 % des mineurs sont isolés, soit 134 personnes, chiffre en nette augmentation par rapport à 2011 (3 %, soit 64 jeunes). Ces mineurs isolés sont pour la plupart (90 %) des garçons, âgés majoritairement (92 %) de 15 ans et plus, et pour beaucoup (70 %) originaires d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Mali, Guinée, Congo-Brazzaville). Plus de la moitié (56,2 %) sont en hébergement social et plus d'un mineur isolé sur quatre est sans domicile fixe.

À Mayotte, la situation économique et sociale est pire. Tous les droits applicables aux autres départements français n'y sont pas effectifs, en particulier en matière de sécurité sociale. Au total, environ un quart de la population est exclue de toute protection contre la maladie, et donc des soins. En 2012, au centre pédiatrique de Médecins du Monde, seuls 18 % des mineurs sont affiliés à la sécurité sociale. Les obstacles à l'accès aux soins des enfants sont nombreux, marqués par le coût des soins en l'absence d'un système clair de prise en charge et la peur omniprésente des expulsions.

■ Les femmes

En 2012, 39 % des consultants des Caso sont des femmes, proportion en diminution constante depuis six ans. Concernant la prise en charge médicale, le fait d'être une femme est un facteur défavorisant pour l'accès aux soins ainsi que pour la nécessité d'entreprendre des soins urgents ou assez urgents. L'analyse de la situation sociale des femmes révèle que seules 15 % d'entre elles disposent de

droits effectivement ouverts lors de la première consultation. Concernant leurs conditions de logement, deux tiers d'entre elles vivent dans des situations dégradées. Parmi celles indiquant vivre à la rue ou être hébergées au jour le jour, 90 % sont étrangères, près de la moitié sont en situation irrégulière, 12 % sont en procédure de demande d'asile, 89 % n'ont aucune couverture maladie et environ 20 % sont accompagnées d'enfants.

Les femmes enceintes représentent près de 4 % de l'ensemble des femmes reçues en consultation médicale dans les Caso en 2012. Parmi elles, 9 % sont sans domicile, près de la moitié présentent un retard de suivi de grossesse et 70 % nécessitent des soins urgents. Concernant leur protection sociale, moins de 10 % d'entre elles disposent de droits ouverts.

■ Les demandeurs d'asile

En 2012, le contexte international a conduit de nombreuses personnes vers l'exil en Europe, et notamment en France. En témoigne l'augmentation des demandes d'asile rapportée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) (+ 7,2 % par rapport à 2011⁽²⁾). En 2012, 7,3 % des patients consultant dans les Caso ont une procédure de demande d'asile en cours.

Les délais de traitement des dossiers et la gestion de la procédure par les préfectures de régions d'accueil des demandeurs d'asile compliquent l'accès aux droits et donc aux soins. Les demandeurs d'asile accusent un retard et un renoncement aux soins plus fréquent que les autres patients fréquentant les Caso.

Faute d'infrastructures suffisantes, en particulier de centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada), ils se retrouvent dans le circuit de l'urgence sociale. Ainsi, 28 % vivent dans un logement précaire et 16 % sont sans domicile.

Outre le droit à un hébergement en Cada, les demandeurs d'asile ont droit à une couverture maladie. Dans les faits, seuls 11 % d'entre eux ont des droits ouverts, proportion encore plus faible que celle relevée en 2011 (18 %).

Les difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile surviennent dans un contexte de grande vulnérabilité psychologique : ils cumulent à la fois le traumatisme de violences subies dans leur pays d'origine, la perte de repères familiaux, affectifs, sociaux et culturels et des conditions de vie précaires sur les plans administratif et social dans le pays d'accueil. Ainsi, les troubles psychologiques sont diagnostiqués plus fréquemment dans ce groupe de personnes.

(2) Ofpra, « Rapport d'activité 2012 », 2012, 62 pages.



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM



© Coralie Couetil



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM



© Bertrand Gaudillère / Item



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM

2012

EN CHIFFRES

En 2012, les 20 Caso ont reçu 30 560 personnes différentes et assuré 41 033 consultations médicales, 3 855 consultations dentaires et 18 070 consultations sociales par un travailleur social ou un accueillant social. ■

2012 EN CHIFFRES

CRÉÉE EN 1986,
LA MISSION FRANCE
AGIT AUJOURD'HUI DANS

- **30 villes** au travers de :
 - 98 programmes menés par
 - 1 971 bénévoles et
 - 69 salariés (61,67 équivalents temps plein).
- **20 Centres** d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ont accueilli :
 - 30 560 personnes différentes, dont 2 993 mineurs, lors de
 - 63 212 passages, pour
 - 41 033 consultations médicales,
 - 3 855 consultations dentaires et
 - 18 070 consultations avec un travailleur social ou accueillant social.

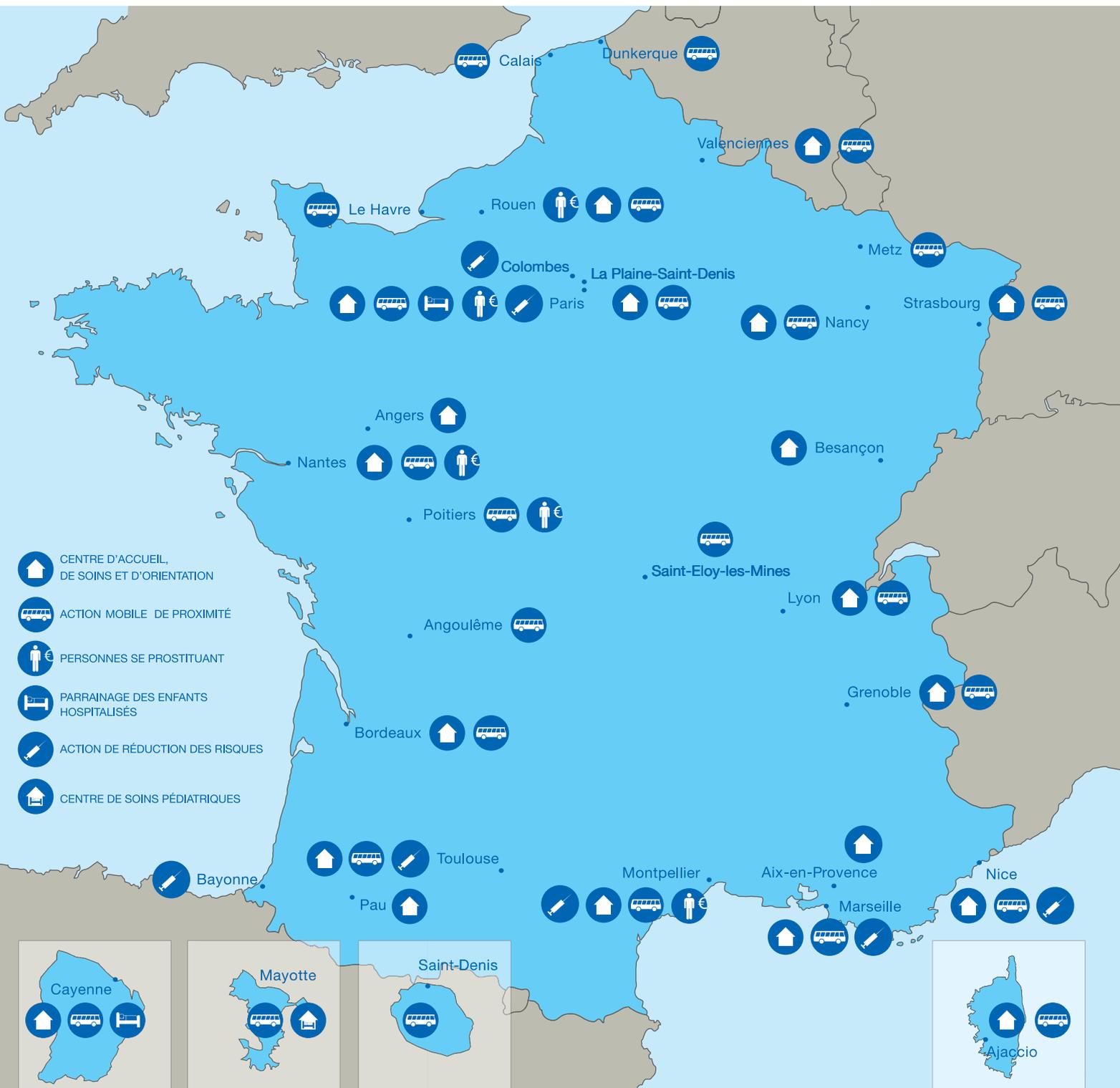
PARMI **LES PERSONNES**
CONSULTANT DANS LES CASO,

- 60,7 % sont des hommes ;
- 12,5 % sont des mineurs, parmi lesquels 10,4 % vivent à la rue ;
- 5,9 % sont français et 94,1 % sont étrangers ;
- 12,3 % ont des droits à une couverture maladie effectivement ouverts ;
- 43,0 % recourent trop tardivement aux soins au regard de leur pathologie ;
- 35,4 % des étrangers sont en France depuis moins de 3 mois ;
- 7,1 % des étrangers sont concernés par une **demande d'asile** (uniquement demande en cours ou recours) et
- 71,0 % sont sans autorisation de séjour lors de leur première consultation au Caso ;
- 43,5 % vivent dans des logements précaires et
- 13,2 % sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence ;
- 98,0 % vivent sous le seuil de pauvreté.

- **63 actions mobiles** ayant effectué environ
 - 30 000 contacts.
- **14 programmes de réductions de risques** auprès des usagers de drogues ou des personnes proposant des services sexuels tarifés.
 - Plus de 13 000 contacts en milieu festif.
 - Plus de 220 personnes rencontrées dans les squats marseillais et parisiens.
 - 90 personnes différentes incluses dans le programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (Erl) établi en Île-de-France.
 - 194 échantillons (toutes drogues confondues) analysés dans le cadre du programme XBT (cf. page 66).
 - Plus de 18 000 contacts avec des personnes proposant des services sexuels tarifés.
- **1 centre de soins pédiatrique à Mayotte** ayant enregistré
 - 3 177 consultations médicales auprès de 1 887 enfants.

LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2012

→ La Mission France est présente sur le terrain au travers de 98 programmes dans 30 villes



Créé en 1980, Médecins du Monde (MdM) intervient lors de grandes crises internationales. En 1986, l'association ouvre à Paris un centre de soins gratuits pour les plus démunis et le premier centre de dépistage du VIH, volontaire, anonyme et gratuit. Ce projet, prévu initialement pour durer six mois, devait faire office d'alerte sur la situation des exclus du système de sécurité sociale. Malgré la création des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) hospitalières en 1998 et la mise en place de dispositifs publics nationaux et territoriaux, les nombreux obstacles pour l'accès aux droits et le manque de solutions pour les populations précaires ont plutôt généré le développement d'un réseau de centres de santé et de services sociaux gratuits – en témoignent les 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) en activité en 2012. Cette action auprès des populations vulnérables s'est également déclinée en actions mobiles de proximité. Ainsi, en 2012, la Mission France compte 98 programmes menés dans 30 villes.

En 2000, l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France est créé afin de témoigner des difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun des populations accueillies par l'association. L'Observatoire constitue un outil de connaissance des populations vulnérables, par ailleurs ignorées par les statistiques officielles de santé publique. Il renseigne sur les conditions de vie, les difficultés d'accès aux soins et aux droits, les dysfonctionnements des dispositifs de santé et l'état de santé des personnes bénéficiaires des programmes des Missions France.

→ 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation

Les 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 » : pas de contraintes de papier, pas de rendez-vous nécessaire (hors consultations spécialisées). Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des consultations médicales et sociales adaptées, les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun, assurent les orientations nécessaires.

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...), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers...) et des entretiens avec des psychologues ou des psychiatres (*tableau 1*). Certains Caso réalisent des consultations den-

taires et/ou des actions de prévention individuelles ou collectives, en particulier pour lutter contre le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose.

Dans quelques Caso, des actions spécifiques d'accompagnement des étrangers malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raisons médicales ont été mises en place en partenariat avec des associations œuvrant dans le domaine juridique.

La précarité et les manques du réseau institutionnel génèrent une affluence croissante de personnes en situation d'exclusion. Pour ces personnes, les Caso constituent souvent une attache sociale offrant un service d'accueil, un service médical et un service social.

En 2012, les 20 Caso ont reçu 30 560 personnes différentes et assuré 41 033 consultations médicales, 3 855 consultations dentaires et 18 070 consultations sociales par un travailleur social ou un accueillant social.

→ 63 actions mobiles de proximité

Ces missions de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller vers des personnes qui ne peuvent pas faire la démarche de venir elles-mêmes dans des structures fixes. En 2012, ces missions ont comptabilisé près de 30 000 contacts.

Ces actions mobiles s'adressent en particulier :

- aux personnes à la rue en squats,
- aux Roms,
- aux gens du voyage,
- aux victimes de saturnisme et des autres pathologies en lien avec l'habitat insalubre,
- aux migrants en transit (littoral du Nord-Pas-de-Calais).

Un programme de parrainage pour des enfants hospitalisés, souvent issus de milieux défavorisés, a été développé dans les hôpitaux de Paris et Cayenne. Le parrainage permet d'aider les enfants isolés de leur famille à affronter la maladie et les troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation.

En 2012, 166 enfants ont été parrainés, dont 33 en Guyane.

→ 14 programmes de Réduction des risques (RdR)

La RdR liée aux pratiques prostitutionnelles et à l'usage de produits psychoactifs est une priorité de MdM. Ces programmes nécessitent un accompagnement social, médical, administratif et juridique.

a/ La RdR liée à l'usage de drogues

Ces programmes ont pour objectif d'aller au-devant des usagers de produits psychoactifs pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques liés à la consommation de drogues.

En 2012, quatre missions Rave sont intervenues en milieu festif et urbain (Bayonne, Méditerranée, Montpellier et Toulouse), elles ont comptabilisé près de 13 000 contacts. Ces missions disposent d'un pôle d'analyse de drogues avec le soutien de la mission transversale XBT (cf. page 66). Celle-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des

produits psychoactifs présents sur les lieux d'usage. Les produits sont analysés sur place (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire. En 2012, 194 échantillons (toutes drogues confondues) ont été collectés, documentés et analysés par la mission.

Le programme Erli, basé en Île-de-France, totalise une file active de 90 personnes (cf. page 65). Son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en proposant une approche éducative individuelle lors de séances où l'utilisateur s'injecte son produit habituel sur la base d'un protocole explicite.

Tableau 1 : Spécialités médicales et paramédicales proposées dans les Caso, 2012

	Cardiologie	Dermatologie	Pneumologie	Ophtalmologie/opticien	Neurologie	Kinésithérapie	Pédicurie/podologie	Psychiatrie/psychologie	Soins dentaires	Gynécologie	Consultation sage-femme	Pédiatrie	Soins infirmiers
Aix-en-Provence								x					x
Ajaccio													
Angers													
Besançon													
Bordeaux	x			x				x	x		x		x
Cayenne								x			x		
Grenoble	x			x		x		x					
Lyon					x			x		x	x	x	x
Marseille	x	x		x				x	x	x			x
Montpellier									x				x
Nancy								x	x				
Nantes								x					x
Nice				x		x		x	x				
Paris		x		x				x		x			x
Pau								x					
Rouen									x				
Saint-Denis	x		x*	x				x	x	x			x
Strasbourg		x	x	x*			x	x	x	x			x
Toulouse								x	x				x
Valenciennes													
TOTAL	4	3	2	7	1	2	1	14	9	5	3	1	10

* Assuré par un partenaire

b/ La RdR auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés

L'action de MdM auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés se traduit par des actions (mobiles et en lieux fixes) de promotion de la santé et de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles. Des informations adaptées (et traduites si nécessaire) sont données sur les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, sur la contraception et sur les droits. Du matériel de prévention est mis à disposition.

En 2012, cinq équipes travaillent auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Elles ont réalisé plus de 18 000 contacts.

→ 1 centre de soins pédiatrique à Mayotte

En 2009, un centre de soins pédiatrique 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 réalisées sur d'autres sites grâce à la mise en place d'une clinique mobile. En 2012, 3 177 consultations médicales ont été réalisées auprès de 1 887 enfants. Les données du centre pédiatrique de Mayotte ne sont pas incluses dans les chiffres des Caso et sont présentées dans un chapitre spécifique page 95.



© MdM

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO ET DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES DEPUIS 2000

La Mission France de MdM a aujourd'hui 27 ans. À l'origine, son action ne devait être que provisoire en attendant que les institutions redonnent aux populations exclues du droit commun une place au sein de leurs propres structures. En 2012, les 20 Caso de MdM accueillent et prennent en charge plus de 30 000 personnes fragilisées (habitat délabré et/ou précaire, voire à la rue, précarité sociale et administrative, vulnérabilité médicale). ■

L'activité des Caso depuis 2000

En France, l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion ou de vulnérabilité est souvent difficile. Ainsi, pour faire face à la présence d'une population sans couverture maladie, MdM a mis en place des structures adaptées : les Caso. En fonction de l'évolution législative ayant trait à l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies (comme la mise en place des Pass, la création de la couverture maladie universelle (CMU), la réforme de l'aide médicale d'État (AME)...), certains Caso ont pu fermer (une dizaine entre 2000 et 2004) ou réduire leurs activités de soins pour laisser place aux dispositifs de droit commun (*tableau 2*). En 2012, MdM compte 20 Caso, 63 actions mobiles et 14 programmes de réduction des risques, totalisant 98 programmes dans 30 villes françaises.

Les populations bénéficiaires de tous ces programmes sont très diverses, mais ont en commun d'être dans une situation d'exclusion du système de santé.

Depuis 2000, année de la création de l'Observatoire de l'accès aux soins, on constate des variations importantes dans la fréquentation des Caso, qui s'expliquent par des modifications et des changements dans le fonctionnement des institutions sanitaires et sociales.

Ainsi, en 2004, la suppression de l'admission immédiate à l'AME et l'inclusion du critère de résidence ininterrompue de trois mois sur le territoire ont eu pour conséquence une forte augmentation du nombre de personnes privées de droits à une couverture maladie, et donc du taux de fréquentation des Caso.

Depuis 2008, l'activité des Caso ne cesse de croître. Cette hausse de la fréquentation des Caso s'explique probablement par l'augmentation de la précarité en France, la complexité du système administratif français, la succession de mesures et de modifications législatives sur le droit à la santé (et notamment la révision du droit au séjour des étran-

gers pour raisons de santé en 2011) et la notoriété des Caso comme lieux de recours pour les personnes en situation administrative précaire

Depuis 2008, l'activité globale exprimée en nombre de passages a augmenté de 16 % et la file active de près de 24 %. L'évolution de l'activité médicale est de la même ampleur avec une hausse du nombre de patients de 33 % et du nombre de consultations de 23 %. Au total, l'activité médicale (médecins et dentistes confondus) a augmenté de près de 17 % depuis 2008.

En 2012, les Caso ont reçu 30 560 personnes et ont enregistré 63 212 passages. L'activité globale des Caso a diminué de moins de 1 % par rapport à 2011, mais la file active a augmenté de 3,7 %.

Notons qu'en 2012 l'activité globale concerne 20 Caso, c'est-à-dire un Caso de moins qu'en 2011 (Le Havre). En effet, en 2012, le Caso du Havre a cessé ses consultations médicales car le bon fonctionnement de la Pass a permis la réorientation et la prise en charge des personnes initialement reçues au Caso.

Entre 2011 et 2012, le nombre de consultations médicales a augmenté de 1 %, et l'activité dentaire a diminué de 6 %. Le nombre de patients pour ces deux types d'activité a augmenté d'environ 5 %.

L'activité dentaire, après une nette diminution en 2010, est restée stable en 2011 et a connu une diminution de 6 % du nombre de consultations en 2012. Cette situation s'appréhende de deux façons : une baisse du nombre de bénévoles dentistes dans les Caso, qui entraîne de fait un recul du nombre de consultations (cette raison est la plus courante), et une augmentation des réorientations vers le système de droit commun.

Tableau 2 : Activités des Caso de 2000 à 2012

	Nb total de Caso	Caso participant à la saisie de données ¹	Nb de passages	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	nd	35 541	26 347	1,4	nd	nd	nd
2001	25	23	51 208	25 619	42 815	23 340	1,8	5 720	3 113	1,8
2002	24	22	51 277	24 682	45 018	23 079	2,0	5 698	2 856	2,0
2003	23	20	45 057	19 863	38 076	18 514	2,0	5 450	2 346	2,3
2004	21	21	53 132	22 378	35 651	18 377	1,9	4 974	2 246	2,2
2005	21	21	62 118	26 348	40 039	20 186	2,0	5 737	2 568	2,2
2006	21	21	56 137	24 977	33 148	16 948	1,9	5 342	2 254	2,4
2007	22	21	54 698	24 092	33 070	16 690	2,0	4 964	2 223	2,2
2008	22	21	54 389	24 685	33 339	17 388	1,9	5 190	2 432	2,1
2009	21	21	56 173	25 863	35 535	19 481	1,8	4 806	2 339	2,1
2010	21	21	59 316	28 160	38 606	21 236	1,8	3 919	1 742	2,2
2011	21	21	63 799	29 466	40 627	22 081	1,8	4 112	1 771	2,3
2012	20	20	63 212	30 560	41 033	23 181	1,8	3 855	1 854	2,1

Nb : nombre ; nd : non disponible.

¹ Entre 2000 et 2008, tous les Caso ne participent pas à la saisie des dossiers. Ainsi, les analyses sont limitées pour :

- 2000 à 24 Caso (pas de données pour Ajaccio, Angoulême, Bourg-en-Bresse, Niort, Nouméa, Saint-Denis de la Réunion, Rouen, Saintes) ;
- 2001 à 23 Caso (pas de données pour Ajaccio et Bourg-en-Bresse) ;
- 2002 à 22 Caso (pas de données pour Ajaccio et Bourg-en-Bresse) ;
- 2003 à 20 Caso (pas de données pour Saint-Étienne, Épinal et Cayenne) ;
- 2007 et 2008 à 21 Caso (pas de données pour Lorient).

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes accueillies dans les Caso

La structure par sexe et par âge des consultants des Caso est restée globalement stable depuis douze ans (tableau 3, figure 1). En 2012, les hommes sont comme dans les années précédentes majoritaires et l'âge moyen, de près de 33 ans, est conforme à ce qui est observé pour les années antérieures.

En 2012, la part des mineurs continue d'augmenter. En effet,

la hausse de l'effectif des patients mineurs, constatée depuis 2007 (+ 69 %), se confirme avec 12,5 % de mineurs parmi les consultants des Caso, soit 2 993 personnes.

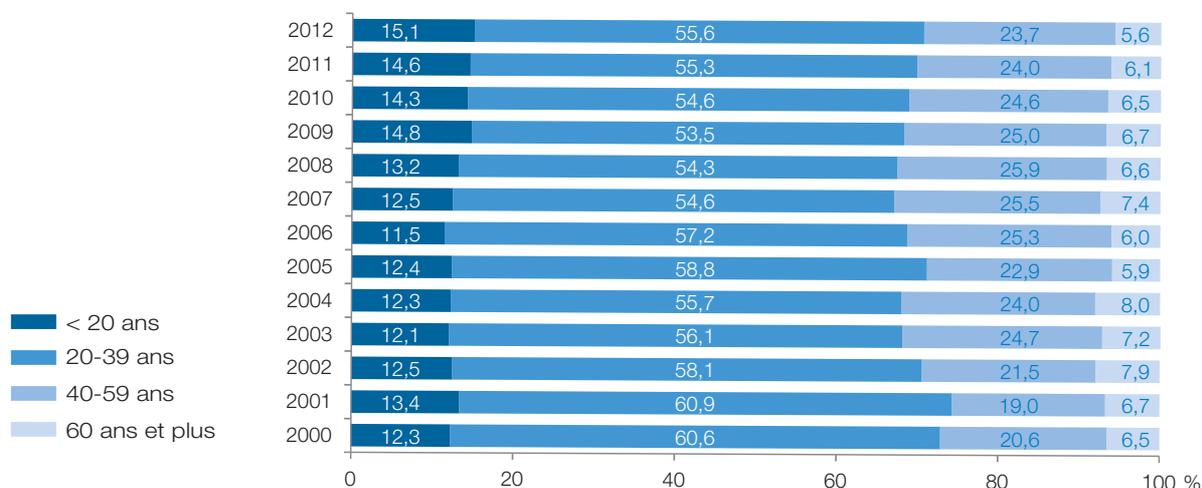
Concernant les femmes, la diminution progressive de leur proportion depuis 2007 se poursuit, passant de 44,6 % à 39,3 % en 2012. Cette diminution est toutefois relative car, en termes d'effectifs, leur nombre ne cesse de croître.

Tableau 3 : Évolution des caractéristiques des personnes reçues dans les Caso de 2000 à 2012 (âge et sexe)

Années	Âge moyen	Mineurs		Hommes		Femmes	
		%	n	%	n	%	n
2000	33,0	nd	nd	58,8	15 932	41,2	11 184
2001	32,5	10,0	nd	60,8	14 529	39,2	9 355
2002	33,0	9,2	1 897	60,2	11 826	39,8	7 819
2003	34,2	9,2	1 721	59,1	11 052	40,9	7 664
2004	34,4	9,8	1 974	56,5	11 421	43,5	8 782
2005	33,3	9,6	2 101	56,0	12 342	44,0	9 699
2006	34,2	8,1	1 756	54,5	11 928	45,3	9 931
2007	34,6	9,5	1 772	55,4	10 393	44,6	8 357
2008	34,1	9,8	1 912	56,4	11 059	43,6	8 531
2009	33,5	11,9	2 471	58,1	12 104	41,9	8 736
2010	33,5	11,6	2 465	58,3	12 627	41,7	9 041
2011	33,0	12,2	2 831	59,9	14 115	40,1	9 466
2012	32,8	12,5	2 993	60,7	14 719	39,3	9 520

nd : non disponible

Figure 1 : Évolution de la structure par âge des personnes reçues dans les Caso de 2000 à 2012



Les patients français sont de moins en moins nombreux parmi les personnes reçues dans les Caso. En 2012, ils représentent moins de 6 % des patients alors qu'ils étaient près de 22 % en 2000 (tableau 4). Cette diminution constante de la part des Français depuis douze ans est liée à l'instauration de la CMU en 2000, qui a permis à de nombreux Français d'intégrer le système de droit commun.

En ce qui concerne les nationalités, outre la baisse constante de représentation des Français, les douze dernières années sont marquées par différentes évolutions (figure 2) :

– Les ressortissants du continent africain sont toujours les plus nombreux, avec une présence relativement constante et majoritaire des étrangers originaires d'Afrique subsaharienne (25,8 % en 2012) et une augmentation assez marquée en 2011 des ressortissants du Maghreb¹, qui se stabilise en 2012 avec 23,2 % ;

– La part des ressortissants d'Europe hors UE a fortement augmenté entre 2000 et 2007. L'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE en 2007 a fait brusquement chuter la part des Européens hors Union européenne (UE) et augmenter dans les mêmes proportions celle des ressortissants de l'UE. En 2012, la part des étrangers originaires de l'UE a légèrement diminué en raison de la baisse notable du nombre de Roumains et de Bulgares. Une représentation accrue des Espagnols, Italiens et Portugais est à noter pour 2012, en lien avec la situation économique de ces pays.

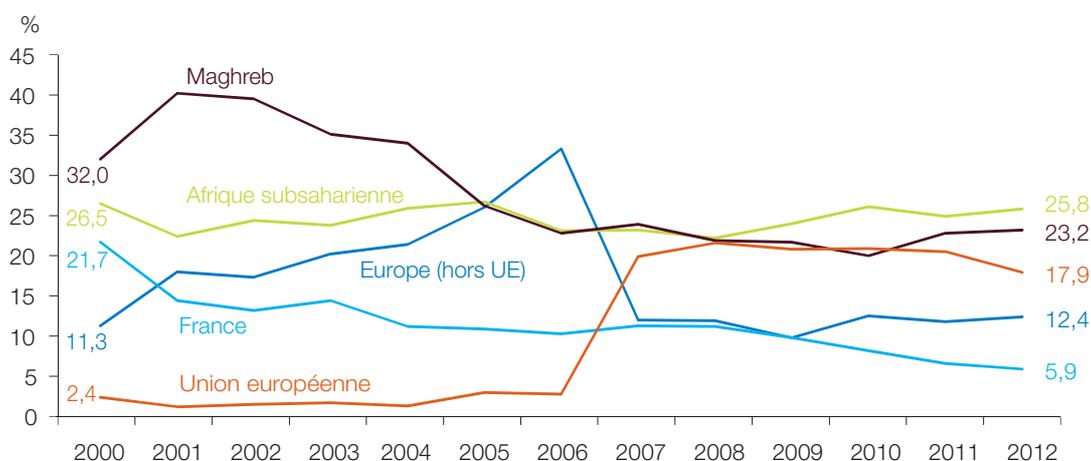
Comme les années précédentes, les personnes fréquentant les Caso en 2012 sont majoritairement originaires de Roumanie, d'Algérie, de France, de Tunisie et du Maroc (figure 3).

Tableau 4 : Évolution des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité de 2000 à 2012

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Français	%	21,7	14,4	13,1	14,4	11,2	10,9	10,3	11,3	11,2	9,8	8,2	6,6	5,9
	n	5 908	3 306	nd	2 640	2 209	2 315	2 195	2 087	2 121	1 991	1 708	1 538	1 340
Étrangers	%	78,3	85,6	86,9	85,6	88,8	89,1	89,7	88,7	88,8	90,2	91,8	93,4	94,1
	n	21 319	19 667	nd	15 671	17 454	18 988	19 191	16 306	16 880	18 379	19 180	21 609	21 469

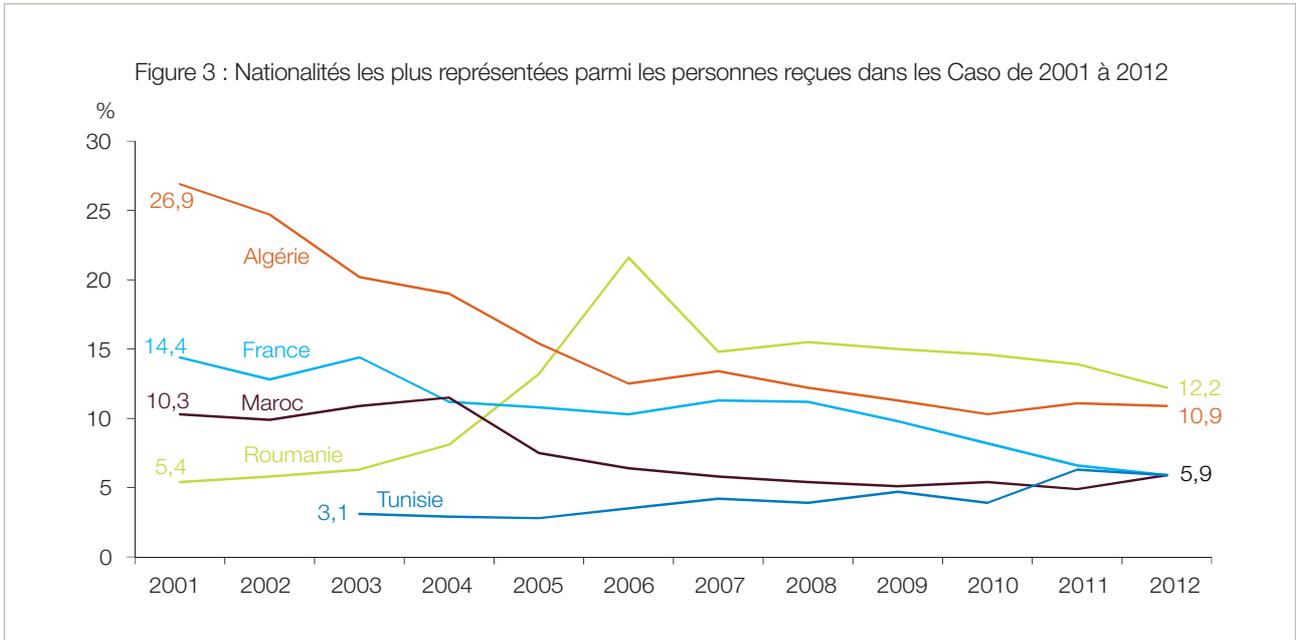
nd : non disponible

Figure 2 : Évolution de la répartition des personnes reçues dans les Caso selon le groupe continental* de 2000 à 2012



* Les groupes continentaux Asie, Proche et Moyen-Orient, Océanie et Amériques ne sont pas représentés sur ce graphique. Ils représentent chacun 4 à 5 % des consultants.

(1) Comprend l'Algérie, la Libye, la Mauritanie, le Maroc et la Tunisie.



Les conditions de logement des personnes reçues dans les Caso

Depuis 2011, on observe une légère hausse de la part de personnes vivant dans un logement stable et parallèlement une diminution de la part des patients vivant dans un logement précaire (tableau 5).

Il est toutefois important de relativiser la notion de logement stable car, dans la plupart des situations, il s'agit d'un héber-

gement durable par de la famille ou des proches, souvent dans des conditions de surpeuplement.

Depuis cinq ans, la proportion de personnes sans domicile ou hébergées au jour le jour reste relativement constante, entre 12 % et 14 % (les personnes sans domicile fixe font l'objet d'un chapitre spécifique page 115).

Tableau 5 : Évolution de la situation des personnes reçues dans les Caso au regard du logement¹ de 2000 à 2012 (%)

	Logement stable	Logement précaire	Hébergés par un organisme/association	Sans domicile fixe
2000	37,0	46,9	nd	16,1
2001	42,8	39,6	nd	17,6
2002	45,2	36,3	nd	18,5
2003	44,5	35,5	nd	19,9
2004	43,1	38,9	nd	18,0
2005	38,8	43,4	nd	17,8
2006	40,0	41,0	nd	19,0
2007	41,9	34,8	nd	23,3
2008	29,9	45,7	12,5	11,9
2009	26,5	45,6	14,3	13,6
2010	23,7	48,0	15,8	12,5
2011	27,8	45,9	12,3 ²	14,0 ³
2012	30,0	43,4	13,4	13,2

nd : non disponible

¹ La question des conditions de logement des patients a évolué au cours du temps, rendant les comparaisons parfois difficiles. Elle s'est notamment enrichie en 2008 d'un nouvel item permettant de distinguer les personnes hébergées par une structure ou une association pour une durée supérieure à quinze jours et les personnes en hébergement d'urgence au jour le jour. Ces dernières sont regroupées avec les sans-domicile fixe.

² Patients hébergés par un organisme ou une association ou en hébergement d'urgence pour une durée de quinze jours ou plus.

³ Regroupe les personnes sans domicile et les personnes en hébergement d'urgence au jour le jour.

La situation au regard du séjour des personnes accueillies dans les Caso

Tous les ressortissants étrangers originaires d'un pays hors UE doivent disposer d'un titre de séjour (ou d'un visa) pour séjourner légalement en France, à l'exception des mineurs. Dans le cas des ressortissants de l'UE, à la suite de la directive européenne de 2004², ils doivent justifier de ressources suffisantes et d'une couverture maladie pour avoir l'autorisation de résider en France au-delà de trois mois. Par conséquent, les ressortissants de l'UE présents sur le territoire depuis plus de trois mois, sans ressources et sans couverture maladie sont considérés en situation irrégulière. En 2012, 71 % des étrangers majeurs reçus dans les Caso sont sans autorisation de séjour, proportion proche de celle relevée en 2011 (tableau 6).

Les ressortissants de l'UE représentent, en 2012, 14 % des étrangers sans droit au séjour (ils étaient 20 % en 2010 et 17 % en 2011). Un chapitre est consacré aux étrangers en situation irrégulière page 138.

En 2012, 31,3 % des personnes sont concernées par une demande d'asile lors de leur première visite au Caso, qu'elles aient ou non déposé leur demande. Ce chiffre est en baisse depuis 2010. Les personnes en cours de procédure de demande d'asile représentent 7,3 % des étrangers consultant dans les Caso, proportion en augmentation par rapport aux 3,0 % observés en 2009. Un chapitre leur est consacré page 144.

Tableau 6 : Évolution de la situation administrative des étrangers reçus dans les Caso de 2000 à 2012 (%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Étrangers sans autorisation de séjour	49,3	44,2	46,6	47,3	59,6	71,0	76,8	72,3	73,8	71,2	67,2	71,7	71,0
Étrangers concernés par une demande d'asile ¹	nd	30,0	30,0	27,0	31,2	29,0	19,8	26,2	27,4	32,8	38,0	31,4	31,3
Demande d'asile en cours ²	nd	nd	nd	nd	11,5	8,6	5,2	4,9	5,4	3,0	6,8	6,9	7,3

nd : non disponible

¹ Que la demande soit déposée ou non, que celle-ci ait abouti ou non.

² Demande ou recours en cours.

L'état des droits à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso

Depuis 2000, des évolutions importantes se sont produites dans le profil des personnes accueillies ainsi que dans les difficultés rencontrées par ces dernières pour accéder à leurs droits.

Les évolutions les plus significatives sont les suivantes (tableau 7) :

– une diminution régulière de la part des personnes relevant de l'assurance maladie³, qui étaient 41 % en 2000 pour ne

concerner que 17,5 % des patients en 2012, évolution qui s'explique par la baisse du nombre de Français fréquentant les Caso ;

– une augmentation régulière depuis 2008 de la part des personnes relevant de l'AME (liée à l'application d'une circulaire, un an après l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE, refusant l'accès à la CMU pour les ressortissants de l'UE en situation irrégulière) ;

(2) Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil, relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres.

(3) Sécurité sociale ou CMU de base.

– un doublement de la part des personnes exclues de toute couverture maladie dès 2004 (lié à l'introduction de la condition d'une résidence ininterrompue de trois mois en France pour l'ouverture des droits à l'AME), avec en 2012 près d'une personne sur quatre sans aucun droit possible. Parmi les personnes majeures ayant des droits théoriques, seules 12,3 % ont des droits effectivement ouverts en 2012. Cette proportion ne cesse de diminuer depuis 2008 et est

sans doute à mettre en lien avec, d'une part, l'augmentation de la population relevant de l'AME, dont l'obtention est de plus en plus difficile, et, d'autre part, la complexité croissante des démarches administratives. Rappelons toutefois que la plupart des Caso, en limite de capacité d'accueil, reçoivent majoritairement les personnes ne disposant d'aucun droit et orientent celles ayant des droits ouverts vers les dispositifs de droit commun.

Tableau 7 : Évolution des droits théoriques et des droits effectifs à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso de 2000 à 2012

	Droits potentiels								Droits effectifs ¹			
	SS/CMU de base		AME		Droits autre pays européen		Aucun droit ²		Ouverts		Non ouverts	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2000	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	20,0	nd	80,0	nd
2001	41,0	8 082	50,0	9 896	nd	nd	9,0	1 880	18,7	2 938	81,3	12 756
2002	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	17,0	2 590	83,0	12 072
2003	37,1	5 841	53,7	8 440	nd	nd	9,2	1 443	21,0	3 119	79,0	10 436
2004	35,9	5 699	45,1	7 153	nd	nd	19,0	3 014	20,2	2 495	79,8	9 848
2005	28,8	5 667	49,0	9 632	nd	nd	22,2	4 362	17,8	2 636	82,2	12 175
2006	24,2	4 601	55,2	10 521	nd	nd	20,6	3 914	17,6	2 722	82,4	12 287
2007	29,2	4 996	48,6	8 294	nd	nd	22,2	3 783	19,8	2 544	80,2	10 310
2008	24,1	4 202	54,6	9 516	1,4	242	19,9	3 459	20,9	2 820	79,1	10 676
2009	23,6	4 305	52,0	9 477	1,8	326	22,6	4 109	19,3	2 628	80,7	10 994
2010	23,8	4 325	50,6	9 185	1,9	346	23,7	4 307	17,6	2 281	82,4	10 695
2011	19,7	4 211	55,6	11 876	2,6	545	22,1	4 725	15,6	2 315	84,4	12 099
2012	17,5	3 869	56,2	12 447	3,3	722	23,1	5 119	12,3	1 896	87,7	13 564

nd : non disponible

¹ Parmi les patients disposant de droits théoriques.

² Cette catégorie concerne de 2001 à 2003 les étrangers de passage n'ayant pas l'intention de résider en France. Elle compte également depuis 2004 les patients exclus de la couverture maladie en raison du critère de stabilité de résidence.



© Coralie Couetil

MOTIFS DE RECOURS ET MODES D'ORIENTATION DANS LES CASO EN 2012

Les fonctions essentielles des Caso sont de proposer les premiers soins et de référer vers le système de droit commun les personnes vulnérables, avec une prise en compte de leur situation globale, tant sociale que médicale. ■

1. Motifs de consultations et modes d'orientation des personnes en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **70 % des consultants (soit 15 287 personnes) s'adressent aux Caso sans orientation préalable, 16 % sont adressés par une structure associative, 8,5 % par une structure de soins ou une institution administrative ou sociale relevant du droit commun.**
- **Près de 81 % des personnes consultent la première fois pour des raisons de santé et 24 % pour des problèmes de couverture maladie.**

Les analyses qui suivent sont issues des données des dossiers sociaux des 20 Caso de MdM. Elles détaillent les caractéristiques des personnes qui se sont présentées dans un Caso au cours de l'année et pour lesquelles un dossier social a été renseigné en 2012, soit 24 286 personnes.

Plus des deux tiers des personnes s'adressent à MdM la première fois sans orientation préalable (70 %), 16 % sont adressées par une structure associative (dont 3,1 % par un autre programme de MdM).

Il est important de noter que 8,5 % des personnes (soit 1 862 consultants) sont orientées par des institutions relevant du dispositif de droit commun (CPAM, CCAS...) ou des structures susceptibles d'assurer elles-mêmes les soins (tableau 8).

Les modes d'orientation des patients restent tout à fait stables au fil des ans.



La mère de F., 4 ans, de nationalité française, est arrivée en France il y a peu. Les démarches faites auprès de la sécurité sociale pour l'obtention de la CMUc sont en cours. F. est asthmatique et son état de santé nécessite un recours régulier au médecin, ce qui implique l'avance des frais durant cette période. Son médecin de ville a établi un certificat attestant que son état de santé nécessite des soins urgents ne pouvant être pris en charge par la famille. Trois semaines plus tard, F. et sa mère se présentent à MdM, sur les conseils du médecin de ville. Le traitement lui est délivré au Caso après une nouvelle consultation médicale. En parallèle, la CPAM est informée du caractère urgent des soins requis par l'état de santé de l'enfant, afin d'accélérer l'instruction du dossier." [Caso de Marseille]

Tableau 8 : Modes d'orientation des personnes reçues dans les Caso, 2012

	%	n
Bouche à oreille	70,0	15 287
Association (foyer, autre...)	12,5	2 728
Institution administrative et/ou sociale (CPAM, CCAS, AS de secteur...)	5,2	1 146
Structure de soins (hôpital, Pass, PMI, médecin libéral, centre de santé...)	3,3	716
Autre programme de Médecins du Monde	3,1	690
Autre	5,9	1 283
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>21 850</i>

Taux de réponse : 90,0 %.

Le principal motif de recours à MdM est le besoin de soins avec plus de huit personnes sur dix (80,7 %) qui souhaitent une consultation avec un professionnel de santé (médecin généraliste et/ou spécialiste dans la grande majorité des cas, dentiste ou recevoir des soins infirmiers) (*tableau 9*).

Outre le besoin de soins, près d'une personne sur quatre se présente la première fois pour une problématique en lien

avec les droits à la couverture maladie (constitution ou renouvellement des dossiers AME ou CMU, aide à l'ouverture de la couverture maladie...) ou pour des questions d'ordre juridique ou social (hors couverture maladie).

Dans environ 10 % des situations, les motifs de recours sont intriqués et recouvrent à la fois des problèmes de santé et des besoins en matière d'accompagnement social.

Tableau 9 : Raisons des visites exprimées par les personnes accueillies pour la première fois dans les Caso, 2012

(plusieurs réponses possibles ¹)	%	n
Motifs de recours « santé »	80,7	18 980
Voir un médecin (généraliste ou spécialiste)	75,2	17 697
Voir un dentiste ²	4,5	1 062
Recevoir des soins infirmiers	3,4	798
Motifs de recours « accompagnement social »	24,2	5 695
Pour les droits à la couverture maladie	20,9	4 909
Question d'ordre social ou juridique (hors droits couverture maladie)	4,3	1 014
Autres motifs	8,1	1 904

Taux de réponse : 96,9 %.

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

² Seuls 8 Caso proposent des consultations dentaires (Nice, Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Marseille, Nancy, Rouen, Toulouse).

2. Les consultations et entretiens réalisés en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **L'activité médicale des Caso a augmenté de 1 % entre 2011 et 2012.**
- **Les Caso ont réalisé 41 033 consultations médicales pour 23 181 patients, soit 1,8 consultation par personne.**
- **Les Caso ont réalisé 3 855 consultations dentaires pour 1 854 patients, soit 2,1 consultations par personne.**
- **Plus de 36 000 interventions et entretiens ont été réalisés, dont la moitié par des travailleurs sociaux.**
- **Près de 7 200 consultations ont donné lieu à au moins un examen complémentaire ou un dépistage.**

Il existe de nombreuses différences dans l'offre de services des Caso. En effet, les services proposés, en plus de la médecine générale, varient en fonction de l'offre locale des services de droit commun et éventuellement des spécialités médicales et paramédicales des bénévoles (*tableau 1*).

Au cours de l'année 2012, 41 033 consultations médicales (dont 94 % de médecine générale) ont été dispensées à 23 181 patients différents et 3 855 consultations dentaires à 1 854 patients.

En très légère progression par rapport à 2011 (+ 1 %), l'activité médicale a progressé de 6,3 % par rapport à 2010. Concernant l'activité dentaire, le nombre de consultations a diminué de 6 % par rapport à 2012. Cette baisse d'activité s'explique surtout par la diminution du nombre de consultations au Caso de Montpellier (384 consultations en 2012 vs 516 en 2011), due en partie à l'arrêt de l'activité de prothèses dentaires.

Comme les années précédentes, les personnes sont vues 1,8 fois en moyenne en consultation médicale et 2,1 fois en consultation dentaire (tableau 10).

Le nombre moyen de consultations par patient est relativement faible car les Caso n'ont pas vocation à suivre les personnes mais plutôt à les orienter vers le système de droit commun pour une prise en charge médicale et/ou sociale.

Au-delà des activités médicales et dentaires, plus de 36 000 interventions et entretiens ont été réalisés par différents professionnels. Il s'agit principalement de l'activité des travailleurs sociaux avec 18 070 entretiens pour 13 585 personnes différentes. Les entretiens avec les personnes en charge de l'accueil sont également nombreux (5 097). En 2012, cette information a été mieux renseignée que les années précédentes (seulement 1 733 entretiens recensés en 2011) mais reste toujours sous-évaluée : ces entretiens prennent du temps et mobilisent des bénévoles. Ainsi, pour valoriser cette activité, il est indispensable de mieux l'objectiver par des chiffres qui reflètent la réalité de la demande. Durant cet entretien, les personnes bénéficient d'un temps d'échange permettant une première évaluation de leurs demandes, une orientation médicale ou sociale et une information sur leurs droits.

Les actes infirmiers sont également nombreux (3 593). Les infirmiers assurent des actes tels que des pansements, des soins de suivi postopératoire, des analyses d'urine, des contrôles de glycémie capillaire... Ils peuvent également assurer un accueil médicalisé auprès des personnes qui n'ont pu être reçues en consultation médicale faute de place, visant à :

- évaluer l'urgence et la gravité de leur situation médicale,
- réorienter celles qui peuvent l'être directement vers le droit commun (Pass, PMI, etc.).

Ils délivrent également des messages de prévention et d'éducation à la santé et des conseils d'hygiène.

« SUIVI POSTOPÉRAIRE AU CASO »



M., 30 ans, a été opéré d'un kyste de la marge anale. Il se présente au Caso une semaine après sa sortie d'hôpital pour réfection de pansement. La prescription est quotidienne et sera maintenue jusqu'à cicatrisation totale de la plaie. Une injection de Lovenox® est aussi prévue quotidiennement, ce qui impose des prises de sang de contrôle du traitement anticoagulant. C'est au Caso que la surveillance chirurgicale postopératoire de M. peut

intervenir et lui permettre de bénéficier d'une prise de sang dans le cadre d'une surveillance des plaquettes. [Caso de Marseille]

Viennent ensuite les entretiens avec des psychologues (2 105) et les actes d'ophtalmologistes/opticiens (1 264). En 2012, plus de 2 400 personnes ont été reçues pour un entretien en lien avec des violences subies (cf. le chapitre sur les violences page 68).

L'activité de domiciliation n'est actuellement pas comptabilisée et n'est pas réalisée dans tous les Caso. Cependant, il est important de noter que, pour certains Caso, il s'agit d'une activité de grande ampleur. Le Caso de Seine-Saint-Denis a procédé en 2012 à 1 428 domiciliations.

À l'issue des consultations, un traitement est prescrit dans 96,9 % des cas. Le traitement est remis en totalité ou partiellement plus de neuf fois sur dix (tableau 11).

En 2012, les consultations ont donné lieu dans 17,6 % des cas à un examen complémentaire ou à un dépistage (tableau 12). Cette proportion est en très nette augmentation par rapport aux années précédentes (10,2 % en 2010 et 11,2 % en 2011). Cette forte hausse traduit bien le travail de sensibilisation et de prévention, en particulier des maladies infectieuses (VIH-hépatites B et C, IST et tuberculose), des Caso auprès des populations particulièrement exposées et éloignées des dispositifs de soins.

Près de 7 200 dépistages ou examens complémentaires ont été proposés. Les dépistages les plus fréquemment réalisés sont des sérologies des hépatites B et C ainsi que du VIH (environ 10 % des consultations) (cf. chapitre sur le programme de la prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose, page 56), devant les radiographies pulmonaires (5,6 %) et les autres examens radiologiques ou échographiques (2,9 %). Tous ces examens sont réalisés par des structures externes à MdM.

« PIERRE EST EN FRANCE DEPUIS 2004 »



Mon dernier voyage au Tchad, mon pays d'origine, a été fatal. J'ai eu une relation sexuelle avec une fille et le préservatif s'est cassé. Pendant une semaine, je n'étais pas bien psychologiquement. J'ai vu un médecin coopérant sur place qui m'a conseillé de me faire dépister en France à mon retour. Je me suis fait dépister à MdM. Résultat positif. Je voulais me mettre une balle dans la tête. Mais les bénévoles de MdM m'ont beaucoup aidé, m'ont remonté le moral. Maintenant je suis sous traitement : quatre comprimés par jour, c'est très dur pour moi car je suis seul mais je me sens bien entouré par des personnes de bonne volonté qui prennent soin de moi. Le médecin de MdM m'a réconforté en me disant que j'ai été dépisté tôt et ainsi j'ai évité le pire. [Caso de Bordeaux]

Les programmes de MdM sont construits en soulignant l'importance de l'orientation et de l'aide à l'accès aux dispositifs de prise en charge de droit commun. Ainsi, à la suite de près de 6 600 consultations, les patients ont été orientés vers des structures externes, essentiellement vers les Pass, les centres de vaccination, les centres de protection maternelle et

infantile (PMI) ou encore les hôpitaux hors Pass (*tableau 13*). Dans près de 4 % du nombre total des consultations, les patients ont été orientés vers d'autres missions de MdM, soit 1 566 orientations.

Pour 164 personnes, une orientation visant à une régularisation pour raisons médicales a été entreprise.

Tableau 10 : Consultations et entretiens délivrés dans les Caso en 2012

Consultations	Nombre de consultations	Nombre de patients différents ¹	Nombre moyen de consultations par patient
Consultations médicales & dentaires	44 888	25 035	
Consultations médicales	41 033	23 181	1,8
dont...			
– Médecins généralistes	38 412	22 615	1,7
– Médecins spécialistes	2 621	1 724	1,5
Consultations dentaires ²	3 855	1 854	2,1
Interventions & entretiens	36 206	25 818	
Travailleur social	18 070	13 585	
– dont consultations sociales	14 373	10 171	1,4
– dont instruction CMU ou AME	3 697	3 414	1,1
Entretien avec accueillant	5 097	3 193	1,6
Infirmier(ère)	3 593	2 826	1,3
Entretien sur les violences subies	2 407	2 363	1,0
Psychologue	2 105	584	3,6
Opticien/Ophthalmologiste	1 264	805	1,6
Sage-femme	230	180	1,3
Kinésithérapeute	200	74	2,7
Podologue	38	16	2,4
Autres ³	3 202	2 192	1,5

¹ Un même patient a pu consulter plusieurs professionnels différents. C'est pourquoi la somme des patients par entretien ou consultation n'est pas égale au total des patients reçus.

² Seuls 8 Caso proposent des consultations dentaires (Nice, Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Marseille, Nancy, Rouen, Toulouse).

³ Les entretiens de prévention ont été regroupés dans « Autres ».

Tableau 11 : Traitements à l'issue des consultations médicales, 2012

Traitements	%	Nombre de consultations
Remis	89,5	23 138
Non remis*	6,2	1 962
Remis partiellement	1,2	364
Non nécessaires	3,1	984
Total	100,0	31 438

Taux de réponse : 76,9 %.

* Il s'agit de personnes disposant d'une couverture maladie et donc orientées vers le droit commun.

Tableau 12 : Examens complémentaires et dépistages proposés à l'issue des consultations, 2012

	%	Nombre d'examens
Dépistage ou examen	17,6	7 192
Dépistage VHB (dont 65,9 % au CDAG et 34,1 % au labo)	9,7	3 954
Dépistage VHC (dont 67,4 % au CDAG et 32,6 % au labo)	9,7	3 948
Dépistage VIH (dont 65,4 % au CDAG et 34,6 % au labo)	9,6	3 921
Autres examens de laboratoire	6,9	2 802
Dépistage tuberculose (dont radio pulmonaire)	5,6	2 273
Autres radiographies/échographies	2,9	1 167
Test de grossesse ¹	1,7	178
Dépistage autre IST ²	0,6	193
Mammographie ³	0,4	13
Frottis cervico-vaginal ⁴	0,9	105
Autres dépistages	0,5	192

¹ Femmes de 15 à 50 ans. ² Patients de 15 ans et plus. ³ Femmes de 50 ans et plus. ⁴ Femmes de 25 ans et plus.

Tableau 13 : Orientations proposées à l'issue des consultations, 2012

	%	Nombre d'orientations
Orientation externe	16,1	6 598
Pass	6,1	2 486
Centre de vaccination	3,1	1 255
PMI / centre de planification familiale	1,7	680
Consultation hospitalière (hors Pass et urgences)	1,5	631
Urgences	1,3	509
Praticien libéral	1,1	428
Consultation psychologique ou psychiatrique	0,5	200
Praticien d'un centre de santé	0,4	159
Autre orientation	0,8	25
Orientation interne à MdM	3,8	1 566



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM

PROFILS

DES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO EN 2012

Les personnes reçues dans les Casos sont en situation de très grande précarité et cumulent les difficultés d'accès aux droits et aux soins. ■

1. Le profil sociodémographique des patients accueillis en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- > **61 % des personnes sont des hommes.**
- > **L'âge moyen est de 33 ans, 58,1 % des patients sont âgés de 18 à 39 ans.**
- > **12,5 % des personnes sont mineures, dont 42,6 % ont moins de 4 ans.**
- > **La quasi-totalité (94 %) des personnes sont de nationalité étrangère.**
- > **Les pays les plus représentés sont la Roumanie (12 %), l'Algérie (11 %), le Maroc, la France et la Tunisie (6 %).**
- > **Les deux tiers des étrangers résident en France depuis moins d'un an, 36 % depuis moins de trois mois.**

Parmi les personnes reçues dans les Caso en 2012, 60,7 % sont des hommes et 39,3 % des femmes.

L'âge moyen des patients est de 32,8 ans, sans différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes (respectivement 32,6 ans et 33,1 ans). Les étrangers sont légèrement plus jeunes que les Français (32,8 ans vs 34,2 ans), ce qui s'explique par le fait que 95 % des mineurs sont de nationalité étrangère.

Comme les années précédentes, l'analyse en 2012 de la répartition par âge (*tableau 14*) révèle une nette prédominance de la classe d'âge des personnes de 24 à 34 ans, qui représente environ 35 % des patients.

La part des personnes âgées de 60 ans et plus, autour de 6 %, reste stable par rapport à 2011.

En 2012, 2 993 mineurs ont consulté dans les Caso, ce qui représente 12,5 % des patients, proportion stable par rapport à 2011 (12,2 %). Les caractéristiques des patients mineurs seront abordées de façon plus approfondie dans la suite de ce rapport (cf. page 104).

139 nationalités différentes représentées

En 2012, la diminution progressive de la part de Français parmi les consultants, entamée à partir de 2009, se poursuit avec 5,9 % de patients de nationalité française (la part de Français en 2008 était de 11,2 %).

Si l'on considère la répartition des consultants par groupe continental (*tableau 15*), on constate que les ressortissants

d'Afrique subsaharienne sont les plus représentés (25,8 %), devant les ressortissants de l'UE incluant la France (23,8 %), les ressortissants du Maghreb (23,2 %) et l'Europe hors UE (12,4 %).

Quelques évolutions par rapport à 2011 méritent d'être signalées.

En 2012, l'UE n'est plus le groupe continental le plus représenté en raison de la baisse du nombre de ressortissants communautaires (- 13,8 %). À l'inverse, le nombre de ressortissants d'Afrique subsaharienne est en augmentation de 2,2 %. La part des ressortissants d'Océanie et Amériques est aussi en hausse (4,3 % en 2011 vs 5,5 % en 2012).

En lien avec les révolutions arabes, l'année 2011 avait été marquée par une progression de près de 3 points des ressortissants du Maghreb. En 2012, on ne relève pas d'évolution concernant le nombre de ressortissants maghrébins. Concernant la répartition des consultants selon la nationalité (*figure 4*), la proportion de Roumains est la plus importante (12,2 %). Elle est en légère diminution par rapport à 2011, où ils représentaient 13,9 % des consultants. Cette moindre présence des Roumains mais aussi des Bulgares (3,7 % en 2011 vs 2,5 % en 2012) explique la baisse du nombre de ressortissants de l'UE.

Les Algériens représentent 10,9 % des consultants des Caso. Viennent ensuite les Marocains, les Français et les Tunisiens (5,9 %).

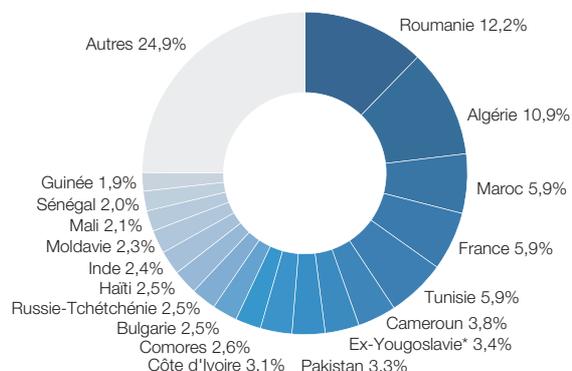
En lien avec l'augmentation du nombre de personnes originaires d'Océanie et Amériques, Haïti apparaît désormais parmi les pays les plus représentés.

Tableau 14 : Répartition par âge des personnes reçues dans les Caso, 2012

Classes d'âge	%	n
0-4 ans	5,3	1 276
5-9 ans	2,7	649
10-13 ans	1,6	376
14-17 ans	2,9	692
18-23 ans	11,5	2 753
24-29 ans	19,7	4 718
30-34 ans	15,4	3 685
35-39 ans	11,5	2 748
40-44 ans	8,6	2 045
45-49 ans	6,6	1 576
50-54 ans	4,9	1 178
55-59 ans	3,6	857
60-64 ans	2,5	587
65-69 ans	1,5	360
70 ans et plus	1,7	401
Total	100,0	23 901

Taux de réponse : 98,4 %.

Figure 4 : Répartition des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité, 2012



* Les pays de l'ex-Yougoslavie sont : la Slovénie, la Croatie, la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine, la Serbie, le Monténégro et le Kosovo.

Tableau 15 : Répartition par sexe des personnes reçues dans les Caso selon le groupe continental, 2012 (% en colonne)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	%	n	%	n	%	n
Français	6,2	857	5,4	479	5,9	1 336
Étrangers	93,8	12 998	94,6	8 445	94,1	21 443
Groupe continental						
Afrique subsaharienne	22,9	3 174	30,3	2 706	25,8	5 880
Union européenne (avec France)	21,5	2 980	27,3	2 432	23,8	5 412
Union européenne (hors France)	15,3	2 123	21,9	1 953	17,9	4 076
Maghreb	28,3	3 918	15,3	1 364	23,2	5 282
Europe (hors UE)	10,5	1 456	15,4	1 375	12,4	2 831
Océanie et Amériques	3,8	523	8,2	730	5,5	1 253
Proche et Moyen-Orient	8,1	1 121	0,8	70	5,2	1 191
Asie	4,9	680	2,8	247	4,1	927

Taux de réponse : 93,9 %.

L'interprétariat : un moyen de refuser la discrimination

La grande diversité d'origines des patients se traduit par la nécessité dans 44 % des situations d'un recours à un interprète. Dans 80 % des cas, la traduction est assurée sur place, le plus souvent (48,9 %) par la personne accompagnante. Des efforts doivent être faits afin que ce pourcentage diminue, car cette solution n'est pas satisfaisante. La traduction est assurée pour un quart des situations par une personne présente sur place (tableau 16).

→ LE RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT : IMPOSSIBLE DE SOIGNER SANS COMMUNIQUER

Depuis de nombreuses années, MdM a recours à des interprètes professionnels d'Inter service migrants (ISM). Ils interviennent à la demande des équipes, dans le respect strict de la confidentialité, du secret professionnel et de la neutralité.

Formés aux thématiques médicales, les interprètes favorisent la communication entre le soignant et le patient, évitant ainsi de nombreux malentendus qui permettent l'adhésion au traitement et au suivi médical. Les besoins en interprétariat sont aussi importants dans le champ de la prévention, de l'information et de l'orientation.

Ce service est effectivement de plus en plus sollicité au sein des Caso (augmentation de 85 % par rapport à 2011) mais le recours à des interprètes « informels » (généralement les accompagnateurs du moment) reste le moyen de traduction le plus courant. Or les principes de confidentialité des informations transmises, de restitution objective du message, d'impartialité et de neutralité sont évidemment mis à mal lorsque cette solution « au pied levé » est apportée.

La collaboration avec ISM doit se poursuivre, se renforcer dans les Caso, mais surtout se développer dans tous les lieux de soins qui accueillent des migrants. L'interprétariat professionnel dans le champ de la santé et de l'accès aux droits est nécessaire pour garantir un égal accès aux droits et aux soins dans une perspective d'intégration des personnes d'origine étrangère.

Un tiers des consultants résident en France depuis moins de 3 mois

Selon l'Insee, est primo-arrivante « toute personne qui arrive pour la première fois en France, en provenance de l'étranger, ou, par extension, toute personne régularisée ».

Il n'y a pas dans cette définition de notion de durée.

Dans ce rapport, les primo-arrivants désignent les personnes présentes en France depuis moins de 3 mois.

Pour les adultes étrangers, la dernière date d'entrée en France est un élément majeur qui va déterminer la situation de chacun vis à vis de l'accès aux droits. En effet, une durée de résidence de 3 mois consécutifs et ininterrompus est nécessaire pour bénéficier d'une couverture maladie.

En 2012, 66,8 % des étrangers reçus dans les Caso résident en France depuis moins de 1 an, et parmi eux 35,4 % depuis moins de 3 mois (tableau 17). Toutefois, 33,2 % sont en France depuis plus de 1 an.

Tableau 17 : Durée de résidence en France¹ des personnes étrangères reçues dans les Caso, 2012

Durée de résidence	%	n
Moins de 3 mois	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	12,0	2 455
10 ans et plus	5,1	1 053
Total	100,0	20 530

Taux de réponse : 89,5 %.

¹ Depuis la date de la dernière entrée en France.

Tableau 16 : Besoins d'interprètes dans les Caso, 2012

	%	n
Besoin d'un interprète lors de l'entretien	43,9	9 631
Présence de l'interprète		
Présence sur place (personne accompagnante)	48,9	4 213
Présence sur place (intervenant MdM ou externe)	25,7	2 212
Par téléphone avec interprète professionnel	6,3	546
Pas d'interprète	19,1	1 647

Taux de réponse : Besoin interprète : 90,4 % ; Présence interprète : 89,5 %.

Les primo-arrivants sont essentiellement des personnes originaires d'Europe (hors UE) et d'Afrique subsaharienne (respectivement 43,5 % et 41,5 %) (figure 5).

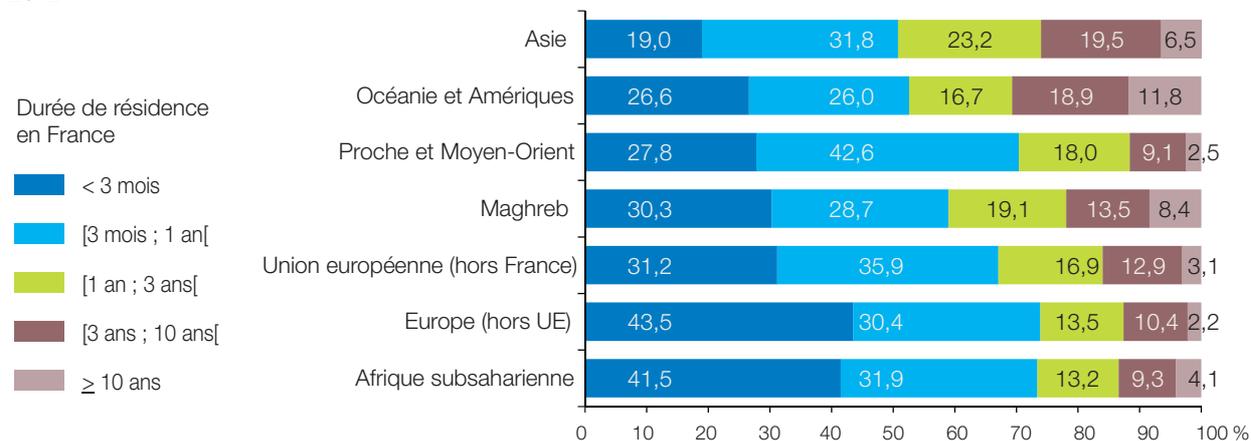
Sur le plan de la durée de résidence en France, les Maghrébins ne constituent pas un groupe homogène ; ce groupe affiche :

- l'une des durées moyennes de résidence les plus élevées, autour de 3 ans,
- 30 % de personnes très récemment arrivées en France,
- une proportion élevée de personnes résidant en France depuis au moins 10 ans (8,4 %).

Les ressortissants d'Océanie et Amériques affichent la proportion la plus élevée de personnes vivant en France depuis plus de 10 ans.

Au-delà de la dernière date d'entrée sur le territoire prise en compte pour l'ouverture de droits, près de 19 % des étrangers indiquent avoir déjà vécu en France. Ainsi, si l'on cumule la durée totale vécue en France, près de 72 % des personnes considérées comme primo-arrivantes ont une durée cumulée de résidence en France supérieure à 3 mois. Ces chiffres traduisent la situation de personnes amenées à faire des allers-retours dans leur pays d'origine.

Figure 5 : Durée de résidence en France des personnes étrangères reçues dans les Caso selon le groupe continental, 2012



2. Conditions de vie et environnement social des personnes accueillies en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- > **76,6 % des personnes vivent seules, 12,5 % vivent en famille.**
- > **70 % des patients connaissent de graves difficultés de logement : 44 % vivent dans un logement précaire et 13,2 % sont sans domicile fixe.**
- > **98 % des personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté.**
- > **71 % des étrangers majeurs sont en situation irrégulière au regard du séjour.**
- > **5,5 % des personnes sont des mineurs isolés.**

En 2012, plus des trois quarts des personnes majeures reçues dans les Caso déclarent vivre seules (*tableau 18*). Elles sont 41,7 % à indiquer avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Dans la majorité des cas (61 %), les personnes ayant plusieurs enfants sont séparées d'au moins l'un d'entre eux.

Les femmes vivent plus souvent en couple que les hommes (34 % vs 17 %) et ont plus fréquemment des enfants mineurs (50 % vs 36 %).

Au total, les familles (c'est-à-dire au moins un adulte accompagné d'au moins un enfant) représentent 12,5 % des situations rencontrées dans les Caso en 2012. Ces familles sont plus fréquemment originaires d'Europe (hors UE) et d'Océanie et Amériques. Très peu de Français sont accompagnés d'enfants.

La quasi-totalité des mineurs reçus dans les Caso (90,5 %) vivent avec leurs parents (*tableau 19*). Cependant, dans 5,5 % des cas, il s'agit de mineurs isolés étrangers, majoritairement âgés de 16 à 17 ans. Comparé à 2011, l'effectif des mineurs isolés a doublé, passant de 64 mineurs à 134 mineurs en 2012. Un chapitre est consacré aux mineurs (page 104).

Tableau 18 : Situation familiale des personnes de 18 ans ou plus reçues dans les Caso, 2012

	%	n
Situation familiale		
Seul(e)s (avec ou sans enfants)	76,6	15 094
En couple (avec ou sans enfants)	23,4	4 606
Ont un ou plusieurs enfants mineurs		
Oui	41,7	6 988
Non	58,3	9 756
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
Vivent avec tous leurs enfants	38,7	2 461
Vivent avec une partie de leurs enfants	7,9	505
Ne vivent pas avec leurs enfants	53,4	3 401

Taux de réponse : Situation familiale : 92,5 % ; Ont des enfants mineurs : 78,6 % ; Lieux de vie des mineurs : 91,1 %.

Tableau 19 : Situation des mineurs reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Vivent...		
Avec leurs parents (père et/ou mère) ou tuteur	90,5	2 188
Avec un autre membre de la famille	3,0	72
Avec d'autres personnes	0,0	20
Sont isolés	5,5	134
Avec concubin(e)	0,2	4

Taux de réponse : 80,8 %

Des conditions de logement extrêmement dégradées

D'après l'enquête de l'Insee sur les sans-domicile en 2012⁴, 141 500 personnes seraient sans domicile en France, soit une augmentation de 44 % en dix ans. Dans ce contexte actuel de crise et d'aggravation de la précarité, les personnes qui fréquentent les Caso ont des conditions de logement extrêmement dégradées : 70 % d'entre elles ne disposent pas d'un logement stable (tableau 20).

Plus de la moitié d'entre elles (56,8 %) vivent dans des conditions de logement précaires : 42,3 % des personnes sont hébergées de façon temporaire (par de la famille ou des amis,

par un organisme, par un centre d'hébergement pour une durée de plus de quinze jours) ; 10,9 % occupent un lieu de façon illégale (logement sans bail ou campement illégal) ; 9,9 % déclarent vivre à la rue (les personnes hébergées au jour le jour présentant des caractéristiques comparables à celles des personnes vivant à la rue, on peut considérer que 13,2 % des personnes fréquentant les Caso sont considérées comme sans domicile fixe) (cf. chapitre page 115).

Les familles ne sont pas épargnées et connaissent des situations de logement tout aussi difficiles : 38 % vivent dans un logement précaire, 24 % sont hébergées par un organisme ou une association et 8 % sont sans domicile fixe.

Tableau 20 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso¹, 2012

	%	n
Logement stable	30,0	6 644
dont...		
– Hébergé(e)s durablement (famille ou amis)	21,1	4 678
– Logement personnel	7,8	1 738
Logement précaire	43,5	9 630
dont...		
– Provisoirement hébergé(e)s par famille ou amis	29,0	6 424
– Occupent un logement sans bail (sans contrat légal)	5,9	1 311
– Occupent un terrain sans droit (campement illégal)	5,0	1 098
– Autre	2,5	548
Hébergé(e)s	16,6	3 701
Hébergé(e)s par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	11,5	2 558
Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours	1,8	404
Hébergement d'urgence au jour le jour	3,3	739
À la rue	9,9	2 183

¹ Il s'agit de la situation le jour de la première visite au Caso.

Taux de réponse : Logement : 91,2 % ; Précisions logement précaire : 97,4 % ; Précisions logement stable : 96,6 %.

Lecture du tableau : 43,5 % des patients vivent dans un logement précaire. Ils se répartissent de la façon suivante : 29,0 % sont provisoirement hébergés, 5,9 % occupent un logement sans bail, 5,0 % un terrain sans droit et 2,5 % sont dans une autre situation.

Le total diffère légèrement de 43,5 % en raison des réponses manquantes concernant les précisions demandées aux patients vivant en logement précaire. Idem pour le détail des patients vivant en logement stable.

(4) Insee, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 » : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1455

→ LE DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT : UN DISPOSITIF SATURÉ ET DES CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL BIEN SOUVENT INADAPTÉES

Le constat d'aggravation de la pauvreté en France, avec la crise du logement, la dégradation des conditions d'accès aux soins, aux droits et aux biens essentiels, est partagé par l'ensemble des acteurs de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion. Selon la Fondation Abbé-Pierre⁵, plus de 3,6 millions de personnes sont non ou mal logées et, parmi elles, 133 000 sont sans logement. Dans un contexte d'appauvrissement croissant, l'année 2012 a été marquée par une montée des situations d'exclusion et de grande précarité.

Face à ces constats, il est indispensable de mettre en place et de soutenir un plan d'action structurant et cohérent. MdM salue les recommandations politiques pour l'action du gouvernement en matière d'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté qui sont présentées dans le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, publié en janvier 2013⁶.

Ce plan s'appuie sur trois axes de réforme : la réduction des inégalités et la prévention des situations de rupture, l'aide et l'accompagnement vers l'insertion et la coordination de l'action sociale.

Par ailleurs, MdM constate un changement de considération des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion marquée par une volonté de non-stigmatisation de ces publics, qui, ces dernières années, ont été caricaturés comme des profiteurs et des assistés. Concernant le volet hébergement-logement, le gouvernement a annoncé, pour la durée du quinquennat, un investissement dans l'hébergement et l'accès au logement. Ces mesures sont indispensables à la réinsertion sociale et à la continuité d'un suivi médical.

Dans ce plan figure notamment la fin de la gestion au thermomètre de l'hébergement et la priorité donnée à l'accès au logement. Ainsi, durant la saison hivernale, les capacités d'hébergement sont renforcées mais demeurent insuffisantes au regard de l'augmentation de la part des personnes en situation de pauvreté⁷ (progression de 1,2 point en huit ans, soit 14,1 % de la population en 2010). Les demandes d'hébergement ne donnent toujours pas lieu à un hébergement inconditionnel et pour tous. D'après la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), 66 % des demandes faites au 115 n'ont pas donné lieu à un hébergement en décembre 2012, contre 78 % pour le mois précédent. Les demandes des personnes en famille sont de plus en plus

nombreuses (+ 72 % par rapport à l'hiver 2011), et plus de la moitié des demandes (64 %) aboutissent à des réponses négatives.

Le gouvernement a aussi annoncé la création de 4 000 places dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) entre 2013-2014 et de 5 000 places d'hébergement d'urgence dès 2013.

■ L'enquête MdM sur l'hébergement d'urgence

Ce constat d'insuffisance des capacités d'hébergement d'urgence est partagé par MdM, qui mène chaque année une étude sur les réponses apportées par le 115 aux demandes d'hébergement d'urgence faites par ses équipes. L'enquête se déroule dans trois villes de France (Lyon, Strasbourg et Saint Denis) entre le 3 janvier et le 28 février 2013. Au cours de cette période, toutes les situations rencontrées font l'objet d'une demande d'hébergement au 115, même si, dans près d'un cas sur deux (soit 48,6 % des personnes), les personnes concernées émettent des réticences à faire appel à ce service.

Au total, 135 signalements sont effectués, correspondant à 316 personnes, dont 34 mineurs et 9 femmes enceintes. Plus de 60 % des personnes (n = 192) n'obtiennent finalement pas d'hébergement, soit par manque de solution de la part du 115 (pour 87 personnes), soit par refus de la solution par les personnes (pour 103 personnes).

Plus de 70 % des refus invoqués par le 115 sont dus à l'absence de places disponibles. Les raisons principales pour les personnes de refuser la solution d'hébergement sont le caractère collectif de l'hébergement et la promiscuité (70,2 %), la durée de l'hébergement jugée trop courte (21,3 %) et la peur des situations de violence dans la structure (14,9 %)⁸.

Parmi les personnes restées sans hébergement, 12 % sont des mineurs, 3 % des femmes enceintes et 34 % présentent un problème de santé.

Fragilisées par leurs conditions de vie à la rue, ces personnes sont exposées à des complications médicales. Les urgences hospitalières sont souvent le seul recours alors qu'existe le dispositif des Lits haltes soins santé (LHSS). Les LHSS sont destinés spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou mentale nécessite une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire sans justifier toutefois une hospitalisation.

Malheureusement, les capacités d'accueil y sont insuffisantes (31,7 % des rejets sont motivés par l'absence de places disponibles)⁹. L'étude faite à la demande de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) (dont les conclusions ont été présentées dans un rapport d'évaluation en février 2013) sur l'activité et le fonctionnement des LHSS démontre l'utilité de ce dispositif mais aussi sa saturation. Une meilleure articulation entre les LHSS et les différents dispositifs sani-

(5) Fondation Abbé-Pierre, « État du mal-logement en France. 18^e rapport annuel », 2013, 263 pages : http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml-18.pdf

(6) Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions, 21 janvier 2013, 51 pages : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP-PAUVRETE.pdf>

(7) Le seuil de pauvreté monétaire est défini par convention à 60 % du niveau de vie médian, soit 964 euros par mois.

(8) Pourcentage supérieur à 100 %, plusieurs réponses possibles.

(9) Picon E., et al., « Évaluation du dispositif Lits haltes soins santé (LHSS) », DGCS, rapport final – version définitive du 12 février 2013.

taires, sociaux et médico-sociaux locaux permettrait le désengorgement du dispositif. En effet, de nombreuses orientations sont inappropriées en raison de la mauvaise compréhension du dispositif. Certains patients souffrant de polyopathologies lourdes sont accueillis par défaut de places dans des établissements de santé adaptés à leur situation. L'avis est unanime, la situation des personnes sans logement personnel se détériore. Les facteurs de vulnérabilité ne garantissent pas l'attribution d'une place d'hébergement : des femmes enceintes et/ou avec enfants dorment parfois dehors.

Dans ces conditions, les principes d'inconditionnalité de l'hébergement, de continuité de la prise en charge et de droit à l'accompagnement¹⁰, pourtant garantis par la loi, ne sont pas respectés.

Les équipes de MdM constatent en effet une forte proportion de solutions d'hébergement sous forme de nuitées d'hôtel. Les personnes sont remises à la rue après 2,7 nuits en moyenne, afin de permettre à un plus grand nombre d'entre elles d'être mises à l'abri, mais toujours de façon très temporaire.

L'offre reste nettement insuffisante pour couvrir la demande. Le dispositif d'hébergement n'est plus adapté à la situation de l'urgence sociale, qui ne cesse de se dégrader.

Il s'agit par conséquent de promouvoir et de renforcer des dispositifs

d'hébergement et de logement adaptés aux besoins des publics, et en particulier les LHSS et les lits d'accueil médicalisés. Il est indispensable de garantir une meilleure couverture territoriale de ce type de dispositif et de respecter le principe d'inconditionnalité de l'accueil en veillant à l'ouverture de places supplémentaires quand cela est nécessaire.

Les actions menées en faveur des sans-abri font trop souvent l'objet de mesures ponctuelles, mises en place dans l'urgence et ne répondant que trop partiellement aux besoins des publics concernés. Avec le Plan quinquennal contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013, des mesures concrètes et pérennes sont attendues, avec l'enjeu de sortir d'un système de mise à l'abri uniquement qui n'offre aucune perspective aux personnes. Il faut renforcer et mieux coordonner les dispositifs du « aller vers » avec les équipes mobiles (comme les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les Pass mobiles). Les plans territoriaux de sortie de l'hiver, encore trop flous, doivent être accompagnés de mesures concrètes et visibles. À l'heure de l'écriture de ce rapport, en juin 2013, la trêve hivernale a certes été prolongée, mais la fin de la saisonnalité annoncée n'est pas effective sur tout le territoire. Les structures d'hébergement d'urgence ferment progressivement leurs portes et les sans-abri se retrouvent donc de nouveau à la rue.



Au cours de l'hiver 2012, nous faisons la connaissance de M. D., âgé d'une cinquantaine d'années. Il est amputé des deux jambes et doit, en plus des difficultés liées à son handicap, faire face aux conditions de vie et d'hygiène de la rue. Sa quasi-incapacité à se déplacer le conduit à refuser systématiquement l'hébergement au Samu social car le retour sur le lieu de vie n'est pas prévu par le 115. Actuellement, il est hébergé sous tente. Nous lui avons tout d'abord proposé d'engager des démarches pour une demande de lit infirmier. M. D., qui a déjà effectué un séjour de ce type, écarte cette offre en raison des restrictions de libertés qui accompagnent ce type d'hébergement. Nous suivons avec attention l'état de santé de M. D. Nous construisons une relation de confiance pour le conduire vers une solution adaptée à sa situation le moment venu."

[Logisticien de la mission SDF Paris]

L'analyse des conditions de logement des personnes selon des caractéristiques sociodémographiques (sexe, nationalité, groupe continental d'origine et durée de séjour en France pour les étrangers) permet de faire apparaître certaines spécificités (figures 6 à 9).

Les situations de grande précarité touchent davantage les hommes (12,1 % d'hommes sans domicile fixe vs 6,3 % de femmes sans domicile fixe) ; *a contrario* les femmes sont sensiblement plus nombreuses à vivre dans un logement stable (35,9 % vs 26,2 % des hommes) (figure 6).

Les typologies de logement varient également de façon très nette selon l'origine géographique, avec des Français qui, comparés aux étrangers, disposent plus fréquemment d'un logement stable mais qui sont aussi plus nombreux à vivre à la rue (figure 7). En effet, 22,7 % des patients français déclarent être sans domicile (vs 9,2 % des patients étrangers). Cette proportion est encore plus marquée qu'en 2011 (17,8 %).

Les étrangers se distinguent par une proportion très importante de personnes vivant dans un logement précaire (44,6 %). L'origine des patients met également en évidence d'importantes disparités (figure 8).

Les ressortissants d'Europe, y compris de l'UE, apparaissent en situation particulièrement difficile, avec une part relativement élevée de personnes sans domicile et au contraire une part faible de personnes disposant d'un domicile stable.

(10) Circulaire n° 5503 du 6 décembre 2010 relative au chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

Les étrangers originaires d'Afrique subsaharienne, d'Asie, du Maghreb, du Proche et du Moyen-Orient sont globalement dans une situation proche sur le plan du logement : ils rapportent plus fréquemment des conditions de logement précaires. Les ressortissants d'Océanie et Amériques connaissent la situation la moins dégradée avec plus de la moitié d'entre eux qui vivent dans un logement stable.

Au regard de la durée de résidence en France pour les étrangers (figure 9), même si la situation s'améliore avec la durée de séjour, des difficultés importantes persistent tout de même pour se loger décentement.

Certes, la part de personnes sans domicile reçues dans les

Caso diminue mais elle reste cependant autour de 5-6 % au-delà de trois années de présence sur le territoire. *A contrario*, la proportion de personnes disposant d'un domicile stable progresse. Cependant, même après dix ans passés en France, la précarité du logement reste la situation majoritaire.

Les personnes reçues dans les Caso sont interrogées sur leur(s) activité(s) et leur niveau de ressources ainsi que sur leur situation administrative au regard du séjour en France pour les étrangers afin, d'une part, d'évaluer et de témoigner de leur contexte de vie et, d'autre part, de les informer de leurs droits pour l'attribution de la CMU ou de l'AME.

Figure 6 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon le sexe, 2012

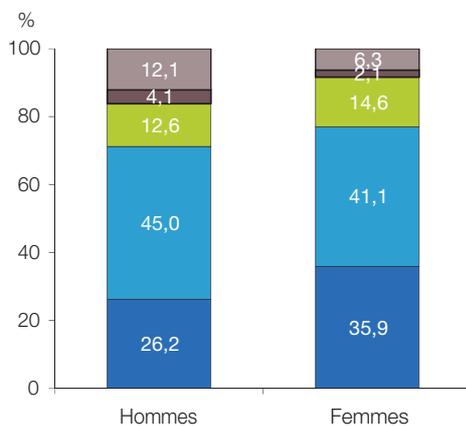


Figure 7 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité, 2012

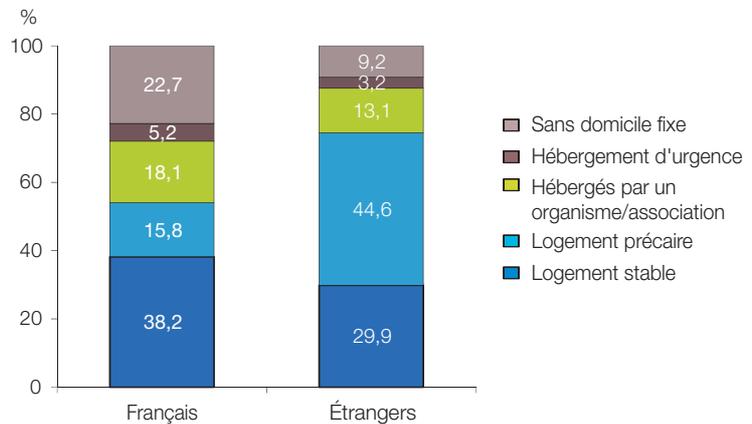
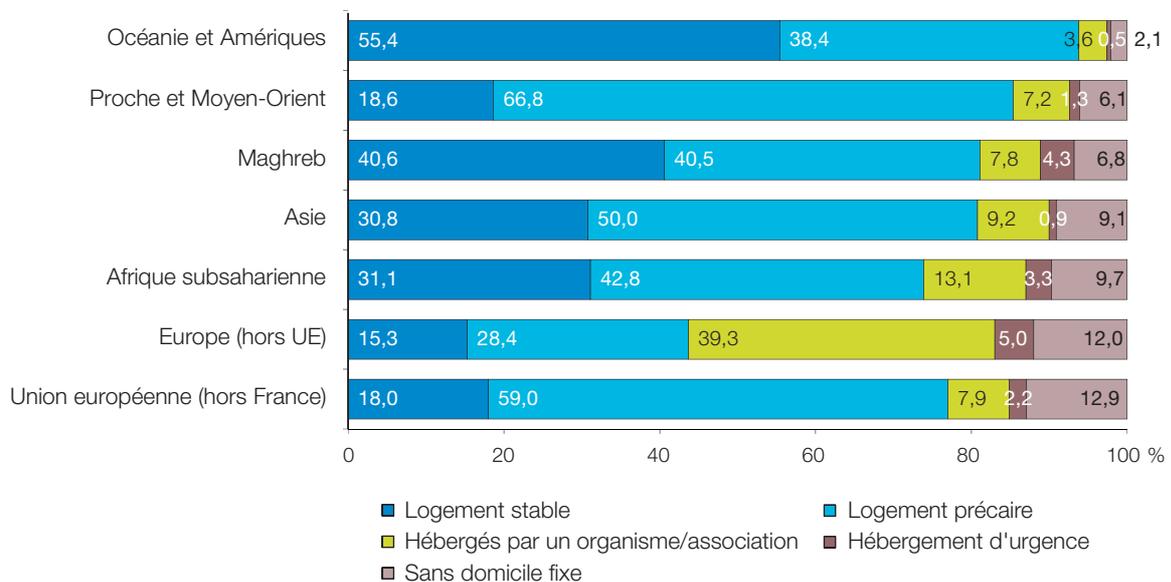


Figure 8 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon le groupe continental d'origine, 2012



La quasi-totalité des personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté

En 2012, près de neuf personnes sur dix âgées de 16 ans et plus ne disposent d'aucunes ressources officielles, soit 18,5 % de personnes de plus qu'en 2011 (tableau 21). Elles sont par ailleurs 25,8 % à exercer une activité pour gagner leur vie, activité bien souvent non déclarée en raison de l'impossibilité de travailler de façon légale.

Lorsque des ressources officielles sont perçues, elles proviennent le plus souvent d'un salaire ou d'indemnités journalières, du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation temporaire d'attente (Ata), attribuée aux demandeurs d'asile qui ne sont pas hébergés en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada).

En conséquence, la quasi-totalité des personnes (98,1 %) se situent du point de vue de leurs ressources financières en dessous du seuil de pauvreté. Parmi elles, environ 37 % ne disposent d'aucunes ressources.

Les femmes exercent moins fréquemment une activité « rémunératrice » que les hommes et sont plus nombreuses à être totalement privées de ressources.

Parmi les étrangers, l'absence de ressources est particulièrement prégnante parmi les personnes en provenance du Maghreb (47 %) et d'Afrique subsaharienne (47 %), ainsi que parmi les étrangers arrivés récemment en France (68 % des étrangers présents en France depuis moins de trois mois vs 26 % des autres étrangers).

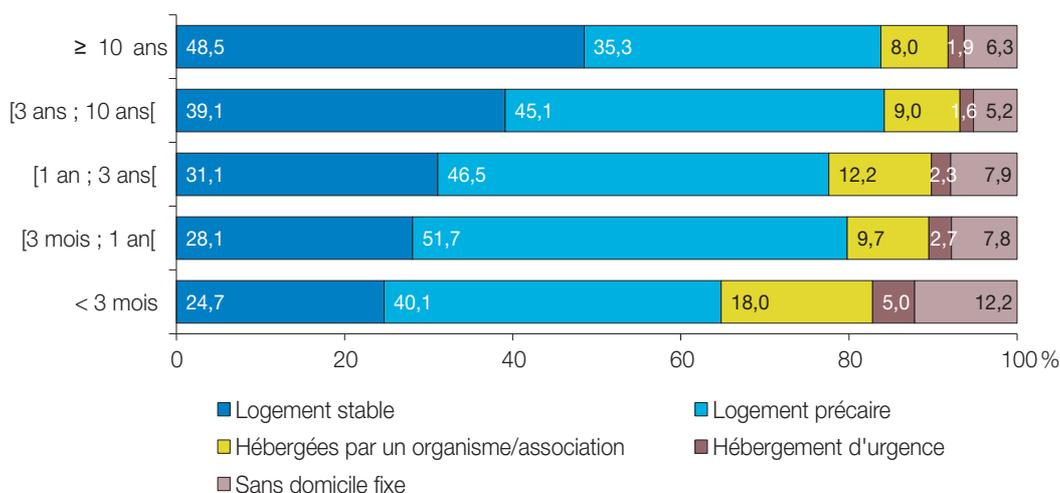
Plus de 7 étrangers sur 10 en situation irrégulière

À l'exception des mineurs, pour lesquels l'accès aux droits est un principe inconditionnel, tous les étrangers originaires d'un pays en dehors de l'UE doivent posséder un titre de séjour (visa ou autorisation de séjour) pour résider légalement en France.

Concernant les ressortissants de l'UE, les dispositions applicables sont spécifiques. En effet, depuis 2007 et la transposition en droit français d'une directive européenne de 2004¹¹, les conditions de séjour se sont durcies. Au-delà de trois mois de séjour en France au titre de la libre circulation, les ressortissants de l'UE doivent remplir de nombreuses conditions, comme avoir un travail déclaré, ou pour les inactifs des ressources suffisantes et une couverture maladie. Par conséquent, tout ressortissant de l'UE en France depuis plus de trois mois, sans ressources et sans couverture maladie est considéré en situation irrégulière et relève à ce titre de l'AME et non de la CMU.

Ainsi, en 2012, 71,0 % des étrangers majeurs ne disposent pas d'un titre de séjour, et sont donc considérés en situation irrégulière, proportion comparable à celle de 2011 (71,7 %) (tableau 22). Les étrangers non communautaires sont plus souvent concernés par cette situation d'irrégularité du séjour (71,8 % vs 66,5 % des étrangers originaires de l'UE). Les caractéristiques des étrangers en situation irrégulière sont examinées en détail dans un chapitre spécifique (page 138).

Figure 9 : Situation du logement des personnes étrangères reçues dans les Caso selon la durée de résidence en France, 2012



(11) Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration transposant la directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil, relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres.

Tableau 21 : Activité et ressources des personnes de 16 ans ou plus reçues dans les Caso, 2012

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie	25,8	4 725
Existence ou non de ressources officielles		
Pas de ressources officielles	87,2	11 739
Ressources officielles	12,8	1 725
dont...		
– Salaire/indemnités journalières	3,0	398
– Revenu de solidarité active	2,6	350
– Allocation temporaire d'attente	2,6	347
– Pension de retraite	1,2	163
– Allocation d'insertion/Assedic	0,8	109
– Allocation adulte handicapé	0,8	113
– Minimum vieillesse	0,2	27
– Autre revenu ou allocation	2,2	294
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
Ressources inférieures au seuil de pauvreté¹	98,1	8 229
dont...		
– Aucunes ressources	36,7	3 074
Ressources supérieures au seuil de pauvreté	1,9	155

Taux de réponse : Exerce une activité : 84,4 % ; Ressources du foyer : 37,3 % ; Origine des ressources officielles : 61,9 %.

¹ Le seuil utilisé est celui publié par l'Insee et correspond à 60 % du revenu médian de la population. Ce seuil s'établit en 2010 à 964 euros mensuels pour une personne seule, sur la base des revenus de 2009.

Lecture du tableau : 87,2 % des personnes ne disposent d'aucunes ressources officielles, 2,6 % perçoivent le RSA.

Tableau 22 : Situation administrative des personnes étrangères de plus de 18 ans reçues dans les Caso, 2012

	%	n
Ressortissants de l'UE		
N'ont pas besoin de titre de séjour (en France depuis moins de 3 mois)	27,9	716
Autorisés à rester en France (ont des ressources officielles en France et une couverture maladie)	5,5	142
Ne sont pas autorisés à rester en France (résident en France depuis plus de 3 mois, sans ressources et sans couverture maladie)	66,5	1 706
Étrangers hors UE		
Visa touriste en cours de validité	6,1	860
Rendez-vous ou convocation préfecture	3,7	525
Titre de séjour valide de 1 à 3 mois	7,1	1 012
Titre de séjour valide de 3 mois à 1 an	2,9	415
Titre de séjour autre durée	0,9	130
Titre de séjour valide pour 10 ans	2,9	408
Titre de séjour dans un autre pays européen	4,5	639
Sans titre de séjour	71,8	10 178
Ensemble des étrangers		
Situation « régulière »	29,0	4 847
Situation « irrégulière »	71,0	11 884

Taux de réponse : 89,4 %.

Près d'un tiers des étrangers (hors UE) concernés par une demande d'asile

En 2012, 31,3 % des étrangers originaires d'un pays extérieur à l'UE sont concernés par une demande d'asile, que la demande soit ou non déposée le jour de la consultation à MdM (tableau 23).

Parmi les personnes ayant déposé leur demande, la majorité (près de 68 %) sont en cours de procédure (demande en cours ou recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA)), 30 % ont été déboutées et seulement 2,5 % ont obtenu le statut de réfugiées.

Au total, les étrangers, quelle que soit leur nationalité, en cours de procédure de demande d'asile représentent 7,1 % des patients reçus dans les Caso en 2012. Une analyse spécifique leur est consacrée dans la suite de ce rapport (page 144). Le principal motif de non-dépôt de la demande d'asile est l'arrivée trop récente en France (73,9 %).



Sonia est enceinte de huit mois, elle est arrivée à Grenoble dans la nuit après plusieurs jours de voyage depuis le Kosovo. À son arrivée devant la préfecture pour sa demande d'asile, il y avait déjà une trentaine de personnes présentes. Après avoir passé deux nuits devant la préfecture, elle a été prise de douleurs dans le bas du ventre. Compte tenu de son état de grossesse avancé, des bénévoles d'une association locale ont appelé les pompiers et Sonia a été accompagnée à l'hôpital. Le médecin lui a dit que le travail n'était pas commencé mais que ses contractions étaient dues au stress vécu ces derniers jours et aux conditions de vie actuelle. À son retour devant la préfecture, il n'a pas été possible de la faire passer en « priorité », les services de la préfecture ne prenant pas en compte l'état de santé ou la présence d'enfants dans la file d'attente.” [Caso de Grenoble]

Tableau 23 : Étrangers (originaires d'un pays hors UE) concernés par une demande d'asile reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	31,3	4 163
dont...		
– demande non déposée	28,3	1 178
– demande déposée	71,7	2 985
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
Débouté(e)s	29,7	761
Demande Ofpra en cours (ou procédure prioritaire)	52,8	1 351
Recours en cours	14,9	381
Reconnu(e)s réfugié(e)s	2,5	65
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile (plusieurs réponses possibles)		
Arrivée trop récente	73,9	682
Difficultés pour les démarches	21,1	195
Placement en procédure Dublin II	5,6	52

Taux de réponse : Demande d'asile : 76,6 % ; Situation si demande d'asile déposée : 85,7 % ; Motif de non-dépôt de la demande : 78,4 %.

Plus de 13 % des étrangers majeurs reçus en 2012 ont déposé une demande de régularisation auprès des services de la préfecture, demande qui a été refusée une fois sur trois. Ces demandes sont motivées dans près de 30 % des cas par des raisons médicales (*tableau 24*).

Le motif principal des demandes (recueillies sous l'item « Autre motif ») est l'obtention d'un titre de séjour « vie privée et familiale » (70,9 %). Cela concerne les étrangers « dont les liens personnels et familiaux en France sont tels que le refus d'autoriser son séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée au regard des motifs du refus »¹².

La part des étrangers ayant déposé une demande de régularisation est plus élevée parmi les personnes originaires d'Océanie et Amériques (20 %), puis d'Afrique subsaharienne et du Maghreb (15 %). Il s'agit plus fréquemment de personnes quarantennaires qui résident en France depuis trois ans ou plus.

Tableau 24 : Demandes de régularisation des étrangers¹ de plus de 18 ans reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Demandes de régularisation	13,2	1 585
dont...		
– Demande en cours	8,6	1 030
– Demande refusée	4,6	555
Motifs de la demande (plusieurs réponses possibles)		
Pour raisons médicales/soins	29,8	212
Autre motif	70,9	505

Taux de réponse : Demande de régularisation : 61,0 % ; Motifs de régularisation : 44,9 %.

¹ À l'exclusion des ressortissants de l'UE présents en France depuis moins de 3 mois.

(12) Article L. 313-11 du Ceseda (Code de l'entrée et du séjour des étrangers en France).



© Coralie Couetil

ÉTAT DE SANTÉ

DES PERSONNES
RENCONTRÉES
EN CONSULTATION
MÉDICALE EN 2012

Plus de 41 000 consultations médicales ont été dispensées dans les Caso de MdM en 2012, au cours desquelles ont aussi été proposés des bilans de santé et des actions de prévention. ■

1. Les problèmes de santé des patients accueillis en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les prévalences des principales pathologies sont : 27,7 % de pathologies respiratoires, 25,3 % de pathologies digestives et 20,4 % de pathologies ostéoarticulaires.**
- **Plus de la moitié des consultations sont concernées par une pathologie chronique ou aiguë (respectivement 54,9 % et 52,8 %).**
- **À l'issue des consultations, 75,3 % des patients nécessitent une prise en charge.**

Dans les Caso, les médecins utilisent la Classification internationale des soins de santé primaires (CISP) pour codifier les problèmes de santé des personnes (cf. *annexe Méthodologie page 150*). Ils codent les motifs et les résultats de consultation. Seuls les résultats sont analysés. Ainsi, ne seront détaillés dans ce chapitre que les problèmes de santé identifiés par les médecins, à savoir les pathologies actuelles, y compris si celles-ci ne sont pas à l'origine de la demande de consultation. Les informations codées peuvent éventuellement être des symptômes et plaintes, notamment si le diagnostic est en attente d'examens complémentaires ou d'une consultation spécialisée ou s'il n'y a pas de diagnostic précis.

Les problèmes de santé des patients sont présentés d'une part par appareil anatomique et d'autre part de façon plus détaillée par grandes catégories de diagnostics¹³. Les pathologies sont abordées selon leur caractère aigu ou chronique apprécié par les médecins, et selon qu'elles nécessitent ou non un suivi et/ou un traitement au long cours.

Les analyses reposent sur l'ensemble des consultations médicales réalisées en 2012, soit 41 033 consultations (de médecine générale et de spécialistes), et s'appuient selon les données traitées sur différents dénominateurs (*annexe 1*). Dans près de 83 % des consultations, au moins un problème de santé a été repéré, dans 20 % des cas les médecins en ont diagnostiqué deux, et dans 5 % des consultations trois diagnostics ont été posés.

Près de 30% de troubles respiratoires diagnostiqués

En 2012, les troubles respiratoires touchent 27,7 % des patients, les pathologies digestives concernent 25,3 % des patients, les troubles ostéoarticulaires, 20,4 %, et les problèmes dermatologiques, 16,7 % (*tableau 25*). Viennent ensuite les affections cardiovasculaires (11,7 %) et les troubles psychologiques (11,1 %).

L'analyse plus détaillée par grandes rubriques de diagnostics permet de préciser les principales pathologies rencontrées chez les patients.

Les prévalences des principaux diagnostics établis par les médecins sont : 14,8 % d'infections respiratoires supérieures ; 10,3 % de symptômes et plaintes du système digestif ; 7,6 % d'autres diagnostics digestifs ; 7,2 % de troubles anxieux ; 6,7 % d'hypertension artérielle et de symptômes et plaintes ostéoarticulaires ; 6,6 % d'affections des dents et des gencives et 5,1 % d'infections respiratoires inférieures. Des chapitres spécifiques sont consacrés aux pathologies potentiellement graves (*page 53*), au VIH, aux hépatites et à la tuberculose (*page 56*).

(13) La CISP comporte initialement 680 items (hors procédures de soins) répartis en 17 chapitres (ou appareils) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire...). Un groupe de médecins cliniciens et de médecins de santé publique a réalisé en 2006 un travail de regroupement des items, qui présente les résultats de façon plus synthétique et facilite la lecture, réduisant ainsi à 84 le nombre d'items.

Tableau 25 : Prévalences des différentes pathologies par appareil anatomique et par diagnostics détaillés selon la CISP, 2012

	Prévalences parmi l'ensemble des patients	
	%	Nombre de patients
Respiratoire	27,7	5 703
Toux	3,5	729
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,0	402
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,5	300
Infections respiratoires supérieures	14,8	3 051
Asthme	2,5	515
Infections respiratoires inférieures	5,1	1 046
Autres diagnostics du système respiratoire	3,1	628
Système digestif	25,3	5 215
Symptômes et plaintes du système digestif	10,3	2 116
Affections dents-gencives	6,6	1 367
Autres diagnostics du système digestif	7,6	1 564
Hépatite virale	1,9	395
Infections gastro-intestinales	1,3	257
Pathologies ulcéreuses	0,6	124
Ostéoarticulaire	20,4	4 213
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,7	1 378
Symptômes et plaintes du rachis	4,7	958
Autres diagnostics locomoteurs	5,5	1 135
Syndromes dorsolombaires	4,9	1 017
Peau	16,7	3 432
Symptômes et plaintes cutanés	2,8	571
Éruptions cutanées / tuméfactions	1,6	323
Autres pathologies cutanées	3,9	800
Infections cutanées	2,5	504
Parasitoses / candidoses	5,0	1 035
Dermatites atopiques et contact	2,3	470
Cardiovasculaire	11,7	2 408
Hypertension artérielle	6,7	1 380
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,1	219
Pathologies vasculaires	2,3	471
Cardiopathies, troubles du rythme	1,6	326
Autres diagnostics cardiovasculaires	1,1	234
Psychologique	11,1	2 297
Angoisse / stress / troubles psychosomatiques	7,2	1 482
Syndromes dépressifs	2,4	493
Autres problèmes psychologiques	1,7	354
Usage de substances psycho-actives (alcool)	0,5	93
Psychoses	0,5	95
Usage de substances psycho-actives (drogues)	0,2	49
Usage de substances psycho-actives (tabac-médicaments)	0,3	52
Métabolisme, nutrition, endocrinien	7,1	1 455
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	4,1	838
Autres diagnostics métaboliques	1,7	348
Symptômes et plaintes métaboliques	0,6	128
Excès pondéral-obésité	1,6	264

	Prévalences parmi l'ensemble des patients	
	%	Nombre de patients
Général et non spécifié¹	8,7	1 798
Symptômes et plaintes généraux	3,9	805
Diagnostics non classés ailleurs	3,6	731
Tuberculoses	0,2	44
Neurologique	7,5	1 544
Symptômes et plaintes neurologiques	4,1	837
Autres diagnostics neurologiques	3,0	622
Épilepsie	0,6	129
Œil	6,9	1 420
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,6	320
Lunettes-lentilles	1,2	245
Autres diagnostics du système oculaire	2,5	508
Infections de l'œil	2,2	456
Système génital féminin	5,2	1 064
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,7	345
Troubles des règles	1,5	301
Autres diagnostics du système génital féminin	1,2	247
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	1,2	255
Grossesse, accouchement	4,7	960
Grossesses et couches non pathologiques	3,4	693
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	0,5	103
Contraception	0,5	99
Grossesses et couches pathologiques	0,4	84
Système urinaire	3,8	786
Symptômes et plaintes urinaires	1,5	300
Infections urinaires / rénales	2,0	402
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,6	125
Oreille	3,9	797
Symptômes et plaintes du système auditif	1,2	243
Infections du système auditif	2,2	448
Autres diagnostics du système auditif	0,7	143
Sang, système hémato/immunologique	1,8	376
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,2	39
VIH	0,5	106
Anémies	0,7	150
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,3	57
Système génital masculin	1,5	316
Symptômes et plaintes du système génital masculin	0,8	156
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,3	54
Autres diagnostics du système génital masculin	0,5	98
Catégories transversales		
Peurs de / préoccupations	0,9	187
Traumatismes	3,8	782
Cancers	0,6	119
Maladies infectieuses non classées ailleurs	1,1	219

Taux de réponse : 82,9 %.

11 résultats de consultation détaillés les plus fréquents sont signalés en gras.

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

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

Outre le codage du diagnostic, les praticiens indiquent pour chaque pathologie son caractère aigu ou chronique ainsi que la nécessité d'entreprendre ou non un traitement. Ainsi, près de 55 % des patients sont affectés par une pathologie chronique et environ 53 % par une affection aiguë (*tableau 26*).

Les affections aiguës les plus courantes sont les infections respiratoires supérieures et inférieures (19,9 % des patients), les affections des dents et des gencives (6,6 %) et les parasitoses (5 %).

Les pathologies chroniques sont dominées par les syndromes anxieux (7,2 % des patients), l'hypertension artérielle (6,7 % des patients) et le diabète (4,1 %).

Tableau 26 : Nature des pathologies diagnostiquées chez les patients reçus dans les Casos, 2012

Type de pathologie	% ¹	Nombre de consultations
Aiguë	52,8	5 364
Chronique	54,9	5 580
Indéterminée	6,9	701

Taux de réponse : 41,2 %.

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

Plus de 75 % des patients nécessitent un suivi ou un traitement

À l'issue des consultations, un suivi ou un traitement est nécessaire pour plus des trois quarts des patients reçus, qu'ils souffrent d'une affection aiguë ou chronique. Ce constat est problématique dans la mesure où la plupart des personnes sont sans couverture maladie et éloignées des dispositifs de droit commun.

Avant leur passage au Caso, près de 60 % des patients ne bénéficiaient d'aucun suivi ou traitement (*tableau 27*). Ainsi, un tiers des patients souffrant d'hypertension artérielle ne bénéficiaient d'aucune prise en charge, cette proportion atteint 30 % chez les diabétiques.

Tableau 27 : Répartition des patients reçus en consultation selon la nécessité d'un traitement et le suivi actuel, 2012

	%	Nombre de patients
Nécessité d'un suivi ou d'un traitement		
Oui	75,3	6 836
Accessoire	18,6	1 692
Ne sait pas	6,1	555
Problème de santé suivi ou traité actuellement (si traitement ou suivi nécessaires)		
Oui	23,8	1 493
Partiellement	16,5	1 040
Non	59,0	3 707
Ne sait pas	0,7	43

Taux de réponse : Nécessité d'un traitement : 44,1 % ; Problème de santé suivi : 30,5 %.

2. La couverture vaccinale des patients reçus en consultation dans les Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **Le taux de couverture vaccinale des patients est globalement insuffisant et atteint selon les vaccins 28 % à 41 % chez les adultes et 58 % à 69 % chez les mineurs.**
- **Les étrangers sont moins bien protégés contre les maladies à prévention vaccinale.**
- **La précarité du logement est associée à une moindre couverture vaccinale.**

La vaccination est un fondement essentiel de la prévention primaire en santé. Elle doit concerner toute la population et être accessible à tous.

L'analyse de la couverture vaccinale des patients reçus en consultation dans les Caso se fait en fonction du calendrier vaccinal français, qui définit les vaccinations obligatoires (tétanos, diphtérie, polio) et recommandées (tuberculose, hépatite B, ROR, coqueluche/haemophilus), les modalités et âges d'administration et de rappel. Concernant les migrants, il s'agit souvent de recalculer les personnes dans le calendrier vaccinal français en vigueur.

Malgré une nette progression par rapport aux années précédentes, les taux de réponse sur la couverture vaccinale restent encore insuffisants (34 % à 41 %) pour permettre une analyse robuste. Si l'on inclut les données manquantes et les

situations où la couverture vaccinale est inconnue, l'information n'est alors disponible que pour environ 25 % des personnes.

La couverture vaccinale des adultes est globalement insuffisante : 41,5 % sont considérés à jour de leur vaccination BCG, 40,8 % pour le tétanos-diphtérie-polio (DTP) et seulement 28,2 % pour l'hépatite B (*tableau 28*). La comparaison avec les couvertures vaccinales en population générale est difficile à établir dans la mesure où il n'existe pas actuellement de système de recueil de données de routine des vaccinations chez l'adulte. Les seules données actuellement disponibles chez l'adulte concernent les vaccinations DTP avec respectivement 29,1 % (diphtérie), 62,3 % (tétanos) et 36,1 % (polio)¹⁴.

Tableau 28 : État des vaccinations des adultes consultant dans les Caso, 2012 (% en ligne)

	À jour ¹		Pas à jour		Ne sait pas	
	%	n	%	n	%	n
Tétanos	40,8	3 228	26,4	2 087	32,8	2 598
Diphtérie/polio	38,7	3 011	27,7	2 157	33,6	2 616
BCG	41,5	3 015	21,8	1 583	36,7	2 670
Hépatite B	28,2	2 041	32,3	2 339	39,5	2 860

Taux de réponse : Tétanos : 40,9 % ; Diphtérie/polio : 40,2 % ; BCG : 37,6 % ; Hépatite B : 37,4 %.

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

(14) InVS, « Estimation des couvertures vaccinales en France à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) : exemples de la rougeole, de l'hépatite B et de la vaccination HPV », BEH, numéro thématique, 19 mars 2013, n° 8-9, pp. 72-76.

Une couverture vaccinale globale chez les mineurs bien en deçà des recommandations nationales

En ce qui concerne les patients mineurs, la situation est globalement meilleure. Elle reste cependant en deçà des objectifs de couverture vaccinale fixés dans le Plan de santé publique de 95 % pour le DTP, le ROR et la coqueluche, de 90 % pour le BCG et de 75 à 80 % pour l'hépatite B.

Environ deux tiers des mineurs sont correctement vaccinés par le BCG et contre le DTP. Les taux de couverture vaccinale ROR et coqueluche se situent autour de 63 %. La couverture vaccinale de l'hépatite B est de 57,6 % (tableau 29).

Une analyse détaillée des couvertures vaccinales ROR et BCG chez les mineurs en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, nationalité, logement, durée de résidence en France pour les étrangers) permet de mieux apprécier l'insuffisance des taux de couverture (tableau 30).

Les taux de couverture vaccinale ROR et BCG sont globalement plus élevés chez les mineurs français : respectivement 76,4 % et 84,2 % des Français vs 62,4 % et 67,4 % des étrangers. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe. Comme en population générale, on constate une diminution de la couverture vaccinale avec l'âge, notamment à partir de 11 ans. Il s'agit essentiellement de rappels non pratiqués qui peuvent être compensés par un rattrapage vaccinal.

Qu'il s'agisse du ROR ou du BCG, les difficultés de logement sont fortement associées à une moindre couverture vaccinale. Chez les mineurs étrangers, le taux de vaccination ne s'améliore pas de façon significative avec la durée de résidence en France, à l'exception de la vaccination contre la tuberculose, qui progresse au-delà d'une durée de séjour sur le territoire supérieure à trois ans.

Afin de comparer le niveau des couvertures vaccinales ROR et BCG des mineurs ayant consulté dans les Caso avec celui des mineurs en population générale, une analyse par classe d'âge est plus appropriée. Les âges choisis sont les mêmes que ceux de l'article paru dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) sur l'estimation des couvertures vaccinales des enfants et adolescents à partir des données issues des certificats de santé et des enquêtes en milieu scolaire¹⁵. Quel que soit l'âge considéré, les taux de couverture vaccinale ROR et BCG sont inférieurs chez les mineurs consultant dans les Caso (tableau 31).

La rougeole comme la tuberculose sont des maladies infectieuses contagieuses évitables par la vaccination et qui peuvent entraîner de graves complications, en particulier chez les jeunes enfants. Les populations en situation de précarité sont particulièrement exposées du fait de leurs conditions de vie et de leur moins bonne couverture vaccinale. Les taux de vaccination concernant ces deux maladies sont inférieurs aux recommandations nationales mais aussi aux taux de couverture des enfants en population générale.

Tableau 29 : État des vaccinations des mineurs consultant dans les Caso, 2012 (% en ligne)

	À jour ¹		Pas à jour		Ne sait pas	
	%	n	%	n	%	n
Tétanos	67,2	822	14,0	171	18,8	230
Diphtérie/polio	67,6	827	13,9	170	18,5	226
BCG	68,7	799	10,8	125	20,5	239
Hépatite B	57,6	638	16,0	177	26,4	293
Rougeole/oreillons/rubéole	63,5	723	14,9	169	21,6	246
Coqueluche/haemophilus ²	62,6	593	14,4	136	23,0	218

Taux de réponse : ROR : 35,7 % ; Coqueluche : 34,4 % ; Tétanos : 38,4 % ; Diphtérie/polio : 38,4 % ; BCG : 36,5 % ; Hépatite B : 34,7 %.

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

² Analyse limitée aux enfants de moins de 15 ans.

(15) *Idem* 13.

Tableau 30 : Caractéristiques associées à la couverture vaccinale ROR et BCG des patients mineurs consultant dans les Caso, 2012

	Patients vaccinés					
	ROR			BCG		
	%	n	p ¹	%	n	p ¹
Ensemble des patients mineurs	63,5	723		68,7	799	
Sexe						
Garçons	62,5	368		66,7	402	
Filles	64,8	355	ns	71,0	397	ns
Âge						
< 7 ans	66,5	417		71,9	466	
7-10 ans	68,4	121	ns	71,1	128	ns
11-14 ans	62,8	81	ns	65,9	83	ns
15-17 ans	50,7	104	***	58,4	122	**
Nationalité						
Français	76,4	55		84,2	64	
Étrangers	62,4	616	ns	67,4	677	*
Logement						
Stable	73,9	210		76,5	215	
Hébergés (organisme ou association)	53,5	144	***	58,2	160	***
Précaire	61,9	250	**	68,1	278	ns
Sans domicile fixe	65,2	43	ns	70,0	56	ns
Durée de résidence en France (parmi les patients étrangers)						
≤ 1an	57,0	57		63,7	432	
1 an à < 3 ans	64,1	50	ns	70,3	64	ns
≥ 3 ans	61,6	392	ns	75,0	45	*

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

Tableau 31 : Comparaison des taux de couverture vaccinale ROR et BCG des patients mineurs consultant dans les Caso en 2012 et des enfants et adolescents à partir des données issues des certificats de santé et des enquêtes en milieu scolaire

Âge	Patients vaccinés			
	ROR		BCG	
	Caso	BEH (InVS)	Caso	BEH (InVS)
2 ans	73,1 %	89,2 %	76,1 %	78,2 %
6 ans	71,7 %	93,3 %	74,6 %	96,5 %
11 ans	69,7 %	96,6 %	71,4 %	97,7 %
15 ans	67,3 %	93,9 %	75,0 %	99,8%

3. Prévalence de certaines pathologies à potentiel de gravité des patients accueillis en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- > **13 % des patients vus en consultation médicale sont affectés d'une pathologie potentiellement grave : hypertension artérielle (6,7 %), diabète (4,1 %), asthme (2,5 %), épilepsie, cancer et psychose (moins de 1 %).**
- > **Moins de 7 % des personnes souffrant d'une pathologie à potentiel de gravité disposent d'une couverture maladie et près de la totalité d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté.**

Certaines pathologies peuvent devenir graves en l'absence de prise en charge régulière et adaptée. Ces pathologies, qui nécessitent un traitement adéquat et/ou un suivi médical au long cours, sont susceptibles d'entraîner des demandes de régularisation pour raisons médicales pour les étrangers sans titre de séjour.

Les pathologies retenues sont celles repérées comme étant les plus courantes dans les dossiers de demande de régularisation pour raison médicale (en dehors du VIH et des hépatites, traités dans le chapitre page 56) : le diabète insulino ou non insulino-dépendant, l'hypertension artérielle (HTA), les cancers, l'asthme, l'épilepsie et les psychoses.

Les analyses dans ce chapitre portent sur les personnes vues en consultation médicale au moins une fois dans un Caso, ce qui correspond à la file active des patients reçus en consultation médicale au cours de l'année 2012, soit 23 181 patients.

En 2012, 13 % des personnes examinées présentent au moins une pathologie potentiellement grave, fréquence un peu plus élevée chez les étrangers (13,2 %) que chez les Français (10,8 %) (*tableau 32*).

Il s'agit le plus fréquemment d'HTA (6,7 %), de diabète (4,1 %) ou d'asthme (2,5 %). Dans 70 % des situations, la pathologie n'est pas traitée ou seulement partiellement lors

de la première consultation, notamment en raison de la non-connaissance de celle-ci par les patients.

Les affections graves sont rarement identifiées lors du premier examen, en témoigne le nombre plus important de consultations pour ces personnes : 26 % ont consulté au moins à quatre reprises contre 15 % des autres patients non atteints par ce type de pathologie. Cela met en évidence l'activité de dépistage dans les Caso dans la mesure où des examens complémentaires sont bien souvent nécessaires pour poser un diagnostic. Cette activité de dépistage est d'ailleurs confirmée par le fait que seuls 9 % des patients sont repérés comme présentant une affection grave lors des premières consultations, proportion qui s'élève à 15 % parmi les personnes ayant consulté deux à trois fois et à 20 % au-delà de trois consultations.

Il est important de souligner qu'une faible proportion d'étrangers (6 %, soit 119 patients) affectés par de telles pathologies ont déposé une demande de régularisation pour raison de santé lors de leur première visite au Caso. Le Comede rapporte pour l'année 2012 une proportion de 3 % de demandes, soit 62 personnes¹⁶. Ces faibles nombres tendent à invalider, d'une part, l'hypothèse que ces malades sont des « migrants sanitaires », et témoignent, d'autre part, de la complexité du dispositif et de la méconnaissance des démarches administratives.

(16) Comede, « La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2012 », 2012, 90 pages : <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2012.pdf>

La suite des analyses présentées dans le tableau 33 porte sur les principales caractéristiques (sexe, âge, nationalité et logement) des personnes affectées par ces pathologies potentiellement graves.

Les principales variations observées sont liées à l'âge. En effet, la probabilité de souffrir de ce type d'affections graves, comme le diabète, l'HTA ou le cancer, augmente avec l'âge. Peu de différences sont observées selon le sexe, excepté pour l'HTA, avec une fréquence plus importante de femmes

affectées (9,4 % vs 4,9 % d'hommes). Les étrangers souffrent plus souvent d'HTA ou de diabète (respectivement 6,9 % et 4,2 % vs 3,6 % et 1,5 % chez les Français), les Français plus fréquemment de psychose ou d'épilepsie (respectivement 1,8 % et 1,7 % vs 0,4 % et 0,6 % des étrangers).

Les personnes sans domicile fixe et dans une moindre mesure les personnes hébergées par un organisme ou une association sont plus fréquemment atteintes d'asthme, d'épilepsie ou de psychose.

Tableau 32 : Fréquence des pathologies à potentiel de gravité diagnostiquées au cours des consultations¹, 2012

	%	n
Hypertension artérielle	6,7	1 380
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	4,1	838
Asthme	2,5	515
Épilepsie	0,6	129
Cancers	0,6	119
Psychoses	0,5	95
Au moins une de ces pathologies	13,0	2 684

¹ Le dénominateur regroupe l'ensemble des patients reçus en consultation médicale pour lesquels au moins un diagnostic a été codé, à l'exception des diagnostics codés uniquement par la lettre de l'appareil (n = 20 592 ; Cf. annexe 1).

Tableau 33 : Caractéristiques des patients atteints d'une pathologie à potentiel de gravité, 2012 (% en ligne)

	Diabète		HTA		Cancer		Asthme		Épilepsie		Psychose	
	%	p ¹										
Ensemble des patients	4,1		6,7		0,6		2,5		0,6		0,5	
Sexe												
Hommes	3,7		4,9		0,5		2,7		0,7		0,6	
Femmes	4,6	ns	9,4	***	0,7	ns	2,2	ns	0,5	ns	0,3	ns
Nationalité												
Français	1,5		3,6		0,2		3,0		1,7		1,8	
Étrangers	4,2	***	6,9	***	0,6	ns	2,5	ns	0,6	***	0,4	***
Âge												
Moins de 20 ans	0,2		0,2		0,2		2,2		0,7		0,1	
20-39 ans	1,2	***	1,9	***	0,4	ns	2,0	ns	0,6	ns	0,5	**
40-59 ans	9,1	***	15,4	***	1,0	**	3,7	**	0,5	ns	0,6	**
60 ans et plus	18,4	***	31,0	***	1,7	***	3,0	ns	0,5	ns	0,3	ns
Logement												
Stable	5,3		8,9		0,7		2,4		0,4		0,3	
Hébergés (organisme ou association)	3,1	ns	3,9	*	0,3	ns	2,1	ns	1,0	**	0,7	**
Précaire	3,9	ns	6,8	ns	0,6	ns	2,5	ns	0,4	ns	0,2	ns
Sans domicile fixe	2,6	**	5,2	ns	0,7	ns	3,7	*	1,5	***	1,2	***

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

Concernant la situation administrative des personnes ayant une pathologie potentiellement sévère, près d'un étranger sur deux (48,4 %) se trouve en situation irrégulière et 5,0 % ont déposé une demande d'asile dont la procédure est en cours (tableau 34).

Indépendamment de la nationalité, seuls 6,8 % de ces patients disposent de droits ouverts à une couverture maladie et 98,5 % d'entre eux sont démunis sur le plan financier. Ces facteurs de vulnérabilité renforcent les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins de ces personnes dont l'état de santé est déjà terriblement fragilisé.

Tableau 34 : Situation administrative et droits à la couverture maladie des patients souffrant de l'une des pathologies à potentiel de gravité¹, 2012

	%	n
Droits ouverts couverture maladie	6,8	154
Ressources		
– aucunes ressources	47,1	387
– < seuil pauvreté	51,4	422
– > seuil pauvreté	1,5	12
En situation irrégulière	48,4	1 299
Demandeurs d'asile ²	5,0	135

¹ HTA, diabète, asthme, épilepsie, psychose, cancer.

² Il s'agit des personnes dont la demande d'asile est en cours ou en recours (hors débouté d'asile).

4. La prévention du VIH, des hépatites B et C, des IST et de la tuberculose des patients reçus dans les Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- > Seuls 29 % à 35 % des consultants connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH, les Français plus fréquemment que les étrangers.
- > Parmi les étrangers, la méconnaissance du statut sérologique est particulièrement marquée chez les hommes, les patients les plus jeunes et les plus âgés, les personnes originaires d'Europe (hors UE), des Proche et Moyen-Orient et d'Asie.
- > La prévalence du VIH atteint 2,74 %, soit 14 fois plus que la moyenne en population générale.
- > La prévalence de l'hépatite B (Ag HBs+) est de 8,96 %, celle du VHC de 5,92 %, soit respectivement 14 et 7 fois plus que la moyenne en population générale.
- > La prévalence de la tuberculose dans les deux Caso franciliens s'élève à 0,57 % (soit 11 cas dépistés pour 1924 radiographies pulmonaires), alors que la prévalence de la tuberculose en population générale en Île-de-France est de 0,016 %.

Des statuts sérologiques VIH, VHB et VHC méconnus pour la majorité des patients

Les populations reçues dans les Caso sont souvent originaires de zones à forte endémie concernant les hépatites B et C, le VIH et plus globalement les infections sexuellement transmissibles (IST). Elles sont par ailleurs soumises à des risques multiples au cours de leur parcours migratoire. Les consultations dans les Caso sont ainsi une occasion de faire

le point sur les statuts sérologiques des personnes rencontrées et de les orienter le cas échéant vers un dépistage. Ces questions ne sont cependant pas encore abordées de façon systématique dans les Caso, comme en témoignent les taux de réponse, qui se situent autour de 35 %. Ces taux de réponse sont toutefois sensiblement plus élevés, autour de 43 %, lorsqu'il s'agit de jeunes adultes (20-39 ans). Lorsque les professionnels de santé ont interrogé les patients sur leur statut sérologique, seuls 29,4 % ont déclaré connaître leur statut concernant les hépatites B et C et environ 35 % pour le VIH (tableau 35).

Tableau 35 : Connaissance des statuts sérologiques (VHB, VHC et VIH) des personnes reçues dans les Caso, 2012

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu	29,4	2 443	29,0	2 408	34,7	2 924

Taux de réponse : VHB et VHC : 34,8 % ; VIH : 35,3 %.

Le fait de connaître ou non son statut sérologique varie avec les caractéristiques des patients. Ainsi, les consultants français sont 42 % à ignorer leur statut VIH contre près de 67 % des étrangers.

Si l'on s'intéresse exclusivement aux étrangers (tableau 36), on constate que la méconnaissance vis-à-vis du VIH est plus répandue parmi les hommes (les femmes se font dépister fréquemment durant leur grossesse) ainsi que parmi les classes d'âge extrêmes (moins de 20 ans et 60 ans et plus). Des variations marquées sont également relevées selon l'origine géographique. Ainsi, les ressortissants d'Europe (hors UE), des Proche et Moyen-Orient et d'Asie sont significativement plus nombreux à méconnaître leur statut sérologique ; à l'opposé, cette méconnaissance est moins fréquente

lorsque les personnes sont originaires d'Afrique subsaharienne et d'Océanie et Amériques. On peut supposer que lorsque le séjour en France se prolonge, les occasions de dépistage sont plus nombreuses, diminuant ainsi le nombre de personnes méconnaissant leur statut sérologique. Cependant, cette hypothèse n'est pas vérifiée avec une proportion d'étrangers n'ayant pas réalisé de dépistage qui reste quasiment stable, quelle que soit la durée de résidence en France.

Ainsi, on voit bien la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention envers les populations qui sont reçues dans les Caso de MdM.

Tableau 36 : Caractéristiques associées à la méconnaissance du statut sérologique VIH parmi les patients étrangers reçus dans les Caso, 2012

	Méconnaissance statut VIH		
	%	n	p ¹
Ensemble des patients étrangers	66,7	5 135	
Sexe			
Hommes	69,4	3 263	
Femmes	62,5	1 864	*
Âge			
Moins de 20 ans	87,0	583	
20-39 ans	64,4	3 097	***
40-59 ans	62,8	1 074	***
60 ans et plus	78,4	290	**
Groupe continental			
Union européenne (hors France)	74,6	769	
Europe (hors UE)	81,9	447	***
Afrique subsaharienne	58,3	1 635	***
Maghreb	76,7	1 220	**
Proche et Moyen-Orient	81,1	426	***
Asie	82,8	309	***
Océanie et Amériques	39,8	329	***
Durée de résidence en France			
≤ 1 an	65,7	420	
1 an à < 3 ans	66,3	381	ns
≥ 3 ans	66,3	4 058	ns

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

Lecture du tableau : 69,4 % des hommes ignorent leur statut sérologique VIH vs 62,5 % des femmes, différence significative au seuil de 0,05 %.

Des actions de prévention soutenues par la DGS

En France, les populations migrantes et/ou précaires sont des populations vulnérables face à des pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites mais aussi la tuberculose. Elles sont, pour la plupart, en grande difficulté d'accès à la prévention. Le programme de prévention VIH, hépatites, IST et tuberculose mis en place dès 2003 au Caso de Paris s'est largement étendu en 2006 dans les Missions France. En effet, une convention entre la Direction générale de la santé (DGS) et MdM a été établie, permettant la mise en place d'actions de prévention, coordonnées par un médecin référent. Cette convention a été reconduite pour quatre ans en 2010¹⁷.

En 2012, 17 équipes ont été plus particulièrement impliquées dans le projet : les Caso de Paris, Saint-Denis, Lyon, Marseille, Rouen, Toulouse, Nice, Cayenne, Bordeaux, Strasbourg et Nantes ; deux programmes auprès des personnes se prostituant : Lotus Bus à Paris et la mission auprès des personnes se prostituant à Nantes ; deux programmes auprès des patients sans domicile fixe : Lyon et Metz ; et deux programmes auprès des usagers de drogues : le programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (Erl) à Paris et Colombes et le programme de Bayonne.

Dans l'ensemble de ces programmes, **33 103 personnes sont concernées par les actions de prévention.**

L'objectif général du projet est de renforcer la prévention du VIH, des hépatites B et C, des IST et de la tuberculose et d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour la population rencontrée dans les programmes de MdM en France.

Les objectifs spécifiques concernant ces pathologies sont :

- de délivrer des messages de prévention en les adaptant à la population étrangère et/ou précaire ;
- d'inciter les patients à se faire dépister précocement afin de faciliter leur prise en charge et leur accès aux soins ;
- de témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies.

Ainsi, des équipes de prévention ont été formées grâce à une convention avec le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) d'Île-de-France. Ces équipes proposent aux patients en attente de leur consultation dans les Caso, ou lors des sorties des missions mobiles, des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives de prévention. Les patients souhaitant faire un dépistage sont orientés le plus souvent vers les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) ou les Centres d'information, de dépistage et de

diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Depuis 2010, dans certains programmes, les patients se voient proposer, lors de l'entretien de prévention, des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et, depuis 2012, des Trod VHC.

Rappel des données épidémiologiques

■ Le VIH

La proportion de sérologies confirmées positives est estimée au niveau national à 2 ‰ en 2011. Elle varie selon les régions : plus élevée en Guyane (7,5), en Guadeloupe (4,2), en Île-de-France (4,0), à Mayotte (2,1) et en Martinique (2,0) que dans les autres régions (entre 0,3 et 1,5 ‰)¹⁸.

Rapporté au nombre de migrants vivant en France, le taux de découverte de séropositivité dans cette population est de 61 pour 100 000, mais varie beaucoup en fonction du lieu de naissance. Comparativement, ce taux est de 6 pour 100 000 chez les Français, soit 10 fois moindre¹⁹.

Le dispositif de dépistage du VIH en France a toutefois ses limites. En effet, on estime que, sur les 150 000 personnes malades, entre 15 000 et 30 000 personnes sont porteuses du virus du sida sans le savoir. Ainsi, le Plan national²⁰ préconise en population générale une proposition de dépistage à l'ensemble de la population de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. Un dépistage ciblé et régulier est proposé pour les populations spécifiques (populations des départements français d'Amérique, usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), personnes originaires d'une zone de haute prévalence comme l'Afrique subsaharienne ou les Caraïbes, personnes se prostituant...), qui sont pour une large part celles reçues dans les programmes de MdM.

■ Les IST

Si les données disponibles dans la littérature démontrent bien qu'en France les populations migrantes et/ou précaires sont des populations très vulnérables face à des pathologies infectieuses comme le VIH ou les hépatites, peu de données existent quant à la prévalence des IST (syphilis, gonocoques, *Chlamydia trachomatis*...) dans ces populations. L'absence de déclaration obligatoire de ces IST ou d'études de prévalences répétées ne permet pas non plus d'avoir une vision exhaustive des prévalences de ces pathologies en population générale. C'est donc grâce aux différents réseaux de surveillance que nous pouvons avoir des données.

(17) Cette convention s'inscrit dans le cadre du Code de la santé publique, du Programme national de lutte contre le VIH/sida 2010-2014 et du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.

(18) InVS, « *VIH/sida en France : données de surveillance et études* », BEH, 1^{er} décembre 2012, n° 46-47.

(19) InVS, « *Santé et recours aux soins des migrants en France* », BEH, 2-3-4/17 janvier 2012.

(20) Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010- 2014, lancé le 4 novembre 2010.

Ainsi, les dernières données de l'InVS²¹ montrent :

- pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (IST bactérienne la plus fréquente), un taux de positivité de 5,5 % (plus élevé dans les laboratoires qui traitent les prélèvements des CDAG (9,4 %) que dans les laboratoires privés traitant les prélèvements demandés par des praticiens libéraux (3,8 %)) ;
- pour les infections à gonocoques, un nombre moyen annuel de gonocoques en nette progression (+ 52 %) entre 2008 et 2009, pour les deux sexes. La forte proportion de formes asymptomatiques chez la femme est probablement à l'origine d'une sous-estimation du diagnostic ;
- pour la syphilis précoce de moins de 1 an, le recensement de 4 022 cas entre 2000 et 2009. Il s'agit en majorité (83 %) d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), la proportion de femmes étant de 5 % (15 % ont consulté en cours de grossesse).

La syphilis congénitale reste très rare en France : < 1 cas pour 100 000 naissances. Dans deux tiers des cas, il s'agit de femmes n'ayant pas bénéficié de suivi anténatal. « Parmi ces femmes, quelques-unes sont issues d'une population marginalisée avec des barrières culturelles comme les "gens du voyage", ou bien ce sont des femmes vivant en France dans la précarité sociale et économique. » Ces femmes consultent dans les Caso de MdM.

On voit bien là tout l'intérêt de proposer un dépistage systématique des IST, souvent asymptomatiques, notamment chez la femme. Le Plan national VIH reprend d'ailleurs les recommandations formulées par la Haute Autorité de santé (HAS) sur :

- le dépistage des *Chlamydia* chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans²².
- le dépistage de la syphilis chez les personnes qui se prostituent et leurs clients, les personnes migrantes, les personnes détenues et les HSH²³.

■ Les hépatites

L'enquête de 2004 sur la prévalence des hépatites B et C, en France, montre une prévalence de 0,84 % (Ac anti-VHC) pour le VHC et de 0,65 % (Ag HBs+) pour le VHB²⁴. Cette enquête souligne l'influence de la précarité sociale sur ces prévalences : pour l'hépatite B, la prévalence du portage de l'Ag HBs est trois fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUc que chez les non-bénéficiaires. Pour l'hépatite C, la prévalence des anticorps anti-VHC est 3,5 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUc.

En mai 2013, l'InVS a publié les résultats de l'enquête LaboHep 2010²⁵. Les prévalences des Ac anti-VHC et de l'Ag HBs sont proches de celles estimées en population générale en 2004. La surveillance nationale de l'hépatite B chronique a été mise en place en 2008, en collaboration avec 29 CHU d'hépatologie. Parmi les patients pris en charge pour une hépatite B chronique entre janvier 2008 et décembre 2009, les trois quarts étaient des migrants, dont 54 % originaires d'Afrique subsaharienne²⁶.

L'InVS a par ailleurs développé un réseau de surveillance de l'hépatite C afin de suivre l'évolution de l'activité de dépistage et les caractéristiques des personnes confirmées positives. Entre 2000 et 2007²⁷, l'activité de dépistage a augmenté. Plus d'un patient sur dix présente un stade avancé de la maladie, témoin d'une durée d'infection élevée et d'un retard au dépistage.

Toutes ces données doivent nous inciter à accentuer les actions de prévention et notamment d'incitation au dépistage dans les Caso. Il ne faut pas oublier que si en France 152 000 personnes sont infectées par le VIH, et que parmi elles 15 000 à 30 000 l'ignorent, environ 500 000 personnes sont porteuses du VHB ou du VHC, et respectivement 55 % et 43 % d'entre elles méconnaissent leur statut.

En ce qui concerne les populations migrantes et/ou en situation de précarité, les actions de MdM s'inscrivent parfaitement dans le cadre des recommandations du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 :

- renforcement des actions de prévention et relance de la vaccination contre l'hépatite B auprès de patients venant de zones de forte ou moyenne endémie, après contrôle sérologique ;
- renforcement de l'incitation au dépistage pour un accès aux soins plus précoce par des actions de communication et d'information sur la nécessité du dépistage et sur les facteurs de risque classiques, dont le pays d'origine, mais aussi sur la notion plus récente de marqueurs de risque que sont les situations de précarité ;
- adaptation de la prise en charge sanitaire et sociale aux besoins des personnes en situation de précarité ;
- recours plus large à l'interprétariat pour le dépistage et la prise en charge des personnes non francophones.

(21) InVS, « Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance et la prévention », BEH 26-27-28/5 juillet 2011.

(22) ANAES, « Évaluation du dépistage des infections urogénitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France », février 2003.

(23) HAS, « Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. Recommandations en santé publique », 2007.

(24) InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », mars 2007 :

http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf

(25) InVS, « Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010 », BEH19-21, 21 mai 2013

(26) InVS, « Hépatite B chronique prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008 : premiers résultats », BEH Web n° 1, 17 mai 2010.

(27) InVS, « Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007 », BEH n° 20-21, 19 mai 2009.

Une prévalence élevée du VIH et des hépatites B et C parmi les patients dépistés dans les deux Caso d'Île-de-France

Plus de 2 100 patients ont été dépistés en 2012 dans les Caso de Paris et de Saint-Denis (tableau 37). Ces patients sont ensuite orientés vers un laboratoire, ce qui permet d'avoir un retour exhaustif des résultats. Par ailleurs, le Caso de Saint-Denis a établi un partenariat avec le CDAG de l'hôpital Delafontaine, vers lequel les patients sont orientés, et a signé une convention avec le conseil général de Seine-Saint-Denis pour la mise en place d'une vacation hebdomadaire d'un CDAG au sein du Caso. L'activité a démarré en mars 2010. L'équipe, composée d'un médecin et d'une infirmière du CDAG de l'hôpital Avicenne, assure des vacations délocalisées au Caso. Cela permet un retour anonymisé des résultats des orientations et des dépistages.

Les autres Caso orientent les patients vers des CDAG, mais le retour anonymisé exhaustif des résultats n'est pas toujours

possible, raison pour laquelle seuls les résultats des Caso franciliens sont exploités.

Depuis 2008, pour chaque dépistage de l'hépatite B prescrit par un médecin des Caso, la stratégie suivante a été adoptée : recherche de l'anticorps anti-HBs, de l'antigène HBs et de l'anticorps anti-HBc systématique dès la première consultation. Cela permet d'orienter le patient soit vers l'hôpital soit vers un centre de vaccination ou de le rassurer quant à son immunité, dès le rendu de résultats. Ce protocole est toujours en vigueur en 2012.

Les prévalences du VIH et des hépatites B et C dans les deux Caso franciliens sont respectivement de 2,74 %, 8,96 %, et 5,92 %, soit respectivement 14, 14 et 7 fois plus que la moyenne en population générale.

Ces résultats doivent bien sûr être interprétés à la lumière des données épidémiologiques décrites précédemment : les prévalences des hépatites B et C en France sont respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les patients en situation de précarité. La proportion de sérologies VIH confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées, estimée à 2 en 2011 en France, est de 4 en Île-de-France, ce qui en fait la région de plus forte prévalence après la Guyane et la Guadeloupe.

Tableau 37 : Prévalences du VIH, du VHB et du VHC parmi les patients dépistés des Caso de Paris et de Saint-Denis en 2012

	Caso de Paris	Caso de Saint-Denis	Caso de Saint-Denis et de Paris	Prévalences en France
Nombre de dépistages VIH	1 242	836	2 078	
Nombre de séropositivités VIH	42	15	57	
Prévalence du VIH parmi les patients dépistés	3,38 % (x17/national)	1,79 % (x9/national)	2,74 % (x14/national)	0,20 %²⁸
Nombre de dépistages hépatite B	1 267	875	2 142	
Nombre de séropositivités hépatite B (Ag HBs+)	129	63	192	
Prévalence de l'hépatite B (Ag HBs+) parmi les patients dépistés	10,18 % (x16/national)	17,20 % (x11/national)	8,96 % (x14/national)	0,65 %²⁹
Nombre de dépistages hépatite C	1 269	876	2 145	
Nombre de séropositivités hépatite C	49	78	127	
Prévalence de l'hépatite C parmi les patients dépistés	3,86 % (x5/national)	8,90 % (x10/national)	5,92 % (x7/national)	0,84 %³⁰

(28) InVS, « VIH/sida en France : données de surveillance et études », BEH, 1^{er} décembre 2012, n° 46-47.

(29) *Idem* 23.

(30) *Idem* 18.

Une prévalence élevée des co-infections VIH/hépatites chez les patients dépistés au Caso de Paris entre 2006 et 2012

Les données du Caso de Paris permettent d'avoir des données sur la prévalence des co-infections VIH, VHB et VHC. Entre 2006 et 2012, sur les 233 patients diagnostiqués séropositifs au VIH :

- 27 patients sont co-infectés par le VHB (Ag HBs+ : 11,6 %) ;
- 13 patients sont co-infectés par le VHC (5,6 %) ;
- 1 patient est co-infecté par le VHC et VHB (0,4 %).

L'enquête ANRS-VESPA2³¹ publiée en juillet 2013 apporte de nouvelles données sur la co-infection par le VHC des personnes infectées par le VIH. Cette enquête, menée en France en 2011 auprès de 3 022 patients VIH+ suivis dans 73 services hospitaliers, montre que 16,4 % des patients VIH+ sont co-infectés par le VHC, dont environ deux tiers présentent une infection chronique. Dans cette étude, les usagers de drogues par injection sont les plus touchés, avec 87,2 % de co-infections VIH/VHC. Dans le groupe des HSH, le taux de co-infections est de 6,3 %. Les migrants nés en Afrique subsaharienne présentent un taux de co-infections de 4,5 %.

Au Caso de Paris, les 13 patients coinfectés VIH/VHC sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (85 %) : 6 patients originaires du Cameroun, 2 de la République démocratique du Congo, 1 du Congo-Brazzaville, 1 de Côte d'Ivoire et 1 de République centrafricaine. Un patient est originaire de Russie et un autre de Géorgie. Ainsi, la proportion de co-infections chez les patients accueillis à MdM est en adéquation avec les données de l'enquête ANRS-VESPA2.

Concernant la co-infection VIH/VHB, du fait de modes de transmission communs aux deux virus, on estime que 37 % des patients séropositifs au VIH présentent des marqueurs témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le virus de l'hépatite B. La prévalence de l'infection de l'hépatite B chronique est estimée à 7 % des patients VIH+³². Au Caso de Paris, entre 2006 et 2012, 63 % des patients séropositifs au VIH présentent des marqueurs témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le virus de l'hépatite B. Dans la population du Caso, la prévalence de l'hépatite B (Ag HBs+) est très élevée et explique certainement un tel taux de co-infection (11,6 %).

Le dépistage des IST

Les CDAG, lors de leur consultation auprès du public de MdM, proposent de façon systématique des dépistages de la syphilis, des *Chlamydiae* et plus récemment des gonocoques. Ainsi, les données de prévalence de ces IST sont disponibles.

En 2009, le Lotus Bus, programme en direction des personnes chinoises se prostituant à Paris, a créé un partenariat avec l'hôpital Fernand-Widal via l'Association de recherche européenne pour la médecine et l'informatique interactive (AREMEDIA). Les actions de dépistage « hors les murs » font donc désormais partie intégrante de l'activité du Lotus.

Au Caso de Marseille, le CDAG assure depuis novembre 2009 deux permanences mensuelles (entretiens de prévention et dépistages VIH/hépatites/IST) au sein du Caso.

À Metz, MdM mène des actions conjointes de prévention et de dépistage avec le CDAG dans les foyers d'hébergement de la ville.

Tableau 38 : Données disponibles sur le dépistage de la syphilis, des *Chlamydiae* et des gonocoques dans quatre programmes de MdM de 2008 à 2012

	Syphilis	<i>Chlamydiae</i>	Gonocoques
Nombre de dépistages	1 319	776	208
Nombre de cas positifs	35	34	7
Prévalence	2,7 %	4,4 %	3,4 %

(31) InVS, « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », BEH, 2 juillet 2013, n° 26-27.
 (32) *Idem* 20.

La prévalence des *Chlamydiae* parmi les patients accueillis par MdM est légèrement supérieure à celle retrouvée dans les laboratoires de ville, mais nettement inférieure à celle retrouvée dans les CDAG.

Il existe peu de données sur la prévalence de la syphilis en France. Cependant, dans l'étude réalisée dans les CDAG parisiens en 2002³³, la prévalence de la syphilis parmi les hétérosexuels multipartenaires était de 0,29 % contre 2,62 % chez les homosexuels. Ainsi, la population de MdM, comme les migrants précaires et les personnes se prostituant, apparaît comme particulièrement vulnérable à cette IST.

Il faut noter par ailleurs que, sur les 1 319 dépistages de la syphilis effectués entre 2008 et 2012, 436 concernent les usagers du Lotus Bus. Ce sont 21 cas de syphilis qui ont été retrouvés, soit une prévalence élevée dans cette population : 4,8 %.

Ces informations prouvent qu'il est indispensable de proposer des dépistages systématiques des IST aussi bien que du VIH et des hépatites aux patients rencontrés dans les programmes de MdM.

Le rôle central des partenariats avec les CDAG/Ciddist

Les partenariats avec les CDAG/Ciddist prennent différentes formes :

- orientation des patients de MdM vers les CDAG/Ciddist ;
- actions « hors les murs » des CDAG/Ciddist auprès des actions mobiles de MdM ou dans les Caso.

Ces actions permettent de toucher les bénéficiaires ainsi que les partenaires et acteurs sanitaires. Pour les bénéficiaires, il s'agit de leur faire découvrir (en favorisant un premier contact) ces lieux de prévention, structures de droit commun, et leur fonctionnement (anonymat/confidentialité, indépendance à l'égard des autres administrations dont la police, pas d'avance de frais, etc.), d'assurer l'accès à une filière de soins et de proposer un accompagnement physique pour les démarches nécessaires après les résultats. Pour les partenaires, cela permet de mieux connaître une population fréquentant peu les CDAG/Ciddist afin d'améliorer leur prise en charge et de favoriser le recours à l'interprétariat par ces structures.

Poursuite des stratégies innovantes de dépistage : les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH et du VHC

■ Les Trod VIH

En novembre 2010, le ministère de la Santé a publié au *Journal officiel* un arrêté fixant les nouvelles conditions de réalisation des Trod VIH³⁴. Cet arrêté élargit les conditions de recours au Trod VIH ainsi que la qualité des personnes habilitées à pratiquer ces tests. Il autorise la réalisation des Trod « chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé ». Les Trod peuvent désormais être réalisés par les médecins en cabinet libéral, par les personnels médicaux et non médicaux, travaillant au sein de structures de prévention et d'associations impliquées en matière de prévention sanitaire, comme c'est le cas pour MdM.

Pour les équipes de MdM, le test rapide n'a pas vocation à remplacer les tests classiques en CDAG ou en laboratoire. Il s'agit plutôt d'offrir une nouvelle possibilité de dépistage, de faciliter l'accès au dépistage pour les personnes en dehors du système classique de dépistage, de soins et d'information. L'ignorance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le contexte de répression policière à l'encontre des migrants en situation administrative précaire et des personnes se prostituant, sont autant de facteurs qui renforcent les difficultés et augmentent les prises de risques. Nous avons donc souhaité mettre en place des actions de dépistage du VIH à l'aide de Trod afin de :

- développer l'accès au dépistage de manière adaptée et innovante, pour des populations qui y recourent insuffisamment ;
- connaître l'impact des tests rapides sur le recours au dépistage des personnes migrantes en France.

Le dispositif mis en place s'intègre bien entendu dans le cadre d'un dispositif global d'accompagnement médico-psycho-social. Une évaluation du dispositif et un système d'assurance qualité sont mis en place.

En 2010, l'action a débuté en Guyane, département français le plus touché par le VIH, en situation d'épidémie généralisée selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Face à ce contexte d'urgence, MdM a proposé des Trod VIH aux patients reçus dans son centre de soins de Cayenne.

(33) Couturier E., Michel A., Basse-Guéryneau A.-L., Warszawski J., Couturier S., et al. « Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit ». Paris, mai-septembre 2002. InVS, janvier 2005.

(34) Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).

Secondairement, l'équipe a proposé des Trod VIH lors d'actions mobiles dans les quartiers défavorisés de l'île de Cayenne.

En 2011, ces actions se sont développées dans deux Caso : Strasbourg et Nice (en partenariat avec AIDES).

En 2012, d'autres missions proposent des Trod VIH.

- Depuis février, l'équipe de Metz propose des Trod VIH dans trois centres d'hébergement de la ville.
- Depuis juin, l'équipe de Bayonne propose, dans le local de l'association Bizia (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)), des Trod VIH aux personnes usagères de drogues.
- Depuis septembre, l'équipe du Caso de Bordeaux a commencé cette action, mise en place dès avril par AIDES au sein du Caso.
- Depuis janvier, des intervenants d'AIDES proposent aux patients du Caso de Nantes d'échanger autour des modes de contamination du VIH et des hépatites. Un intervenant d'AIDES propose dans un espace confidentiel des Trod VIH.

Au total, depuis la mise en place en 2010 des actions de RdR à l'aide de Trod, 627 tests ont été proposés par les équipes de MdM (dont 80 % en 2012) et 11 tests se sont révélés positifs, soit une prévalence de 1,8 %. L'équipe de Cayenne a réalisé la majorité de ces tests (354) et la prévalence est à 2,5 % (9 tests positifs). Parmi les 11 patients dont le Trod s'est révélé positif, 3 ont été perdus de vue. Ainsi, dans l'évaluation de cette action, il faut être vigilant sur la qualité des accompagnements afin de tenter de réduire au minimum le nombre de patients perdus de vue.

L'exception guyanaise

La Guyane est le département français le plus touché par le VIH. Elle fait face à d'importants retards au dépistage, de nombreux patients « perdus de vue » et des recours tardifs aux soins.

MdM veut développer ses actions dans l'est guyanais, à Saint-Georges-de-l'Oyapock, ville frontalière avec le Brésil. Il est impératif, en cas de positivité du Trod, d'avoir une confirmation puis une prise en charge thérapeutique. Or les antirétroviraux ne sont pas disponibles à Saint-Georges. En raison de l'existence au sein du territoire guyanais de barrages de la police aux frontières, notamment entre Saint-Georges et Cayenne, limitant les déplacements des personnes en situation irrégulière, les personnes sans « laissez-passer » pour traverser le barrage ne peuvent prétendre à une prise en charge sur le territoire français. Considérant la volonté actuelle des institutions de santé (financement spécifique institutionnel obtenu et accord de l'ARS quant à l'extension géographique de notre action) de rendre le dépistage accessible à tous, les obstacles administratifs, liés pour beaucoup à des politiques sécuritaires, nous semblent en totale contradiction avec une politique de santé publique cohérente et efficace.

Tableau 39 : Bilan des actions de MdM sur l'utilisation des Trod de 2010 à 2012

	2010	2011	2012	Total
Nombre de Trod réalisés	53	68	506	627
Nombre de Trod positifs	2	4	5	11
Nombre de personnes ayant reçu le résultat de confirmation	0	2	3	5
Nombre de perdus de vue	1	1	1	3
Nombre de personnes ayant un Trod+ et qui connaissaient déjà leur séropositivité	1	1	1	3

■ Les Trod VHC

Comme pour le VIH, les Trod des hépatites sont des outils particulièrement adaptés dans les programmes de MdM.

Dans ces conditions, il est indispensable de légaliser la pratique des Trod des hépatites, dans une stratégie globale de réduction des risques, par les personnels médicaux et non médicaux des structures de prévention sanitaire en France.

MdM développera en 2013 l'offre de Trod VHC, couplée au Trod VIH, dans ses programmes.

■ Les Trod VHB

Rappelons ici que le **Caso de Parmentier a été en 2010 et 2011 un des centres pilotes de l'étude Optiscreen B**, 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. L'objectif principal de ce projet de recherche est de documenter l'intérêt de **l'utilisation d'algorithmes de dépistage** et l'utilisation de **tests rapides** pour optimiser le diagnostic, la prise en charge et la prévention de l'hépatite B.

Toutes les données présentées démontrent bien, cette année encore, que les centres de MdM sont des lieux privilégiés pour délivrer des messages de prévention et amener les patients à un dépistage le plus précoce possible.

Les Trod des hépatites B et C

Outils complémentaires aux tests déjà existants de dépistage des hépatites, les Trod des hépatites B et C permettent d'établir le statut sérologique du patient en moins d'une demi-heure. Ils permettent une prise en charge moins tardive, et de ce fait limitent les risques d'évolution grave. Ils sont particulièrement adaptés aux populations les plus exposées ayant peu accès aux dispositifs de dépistage classiques.

Devançant l'autorisation légale de les utiliser, et compte tenu de l'urgence de santé publique que constitue l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues, l'équipe MdM de Bayonne propose depuis juin 2012 des dépistages à l'aide de Trod VIH et VHC aux usagers. En cas de Trod VHC positif, le patient se voit proposer sur ce même lieu une prise de sang pour confirmation sérologique et recherche virale, un fibroscan et une consultation en hépatologie. Les personnes sont ensuite accompagnées, si nécessaire, vers les structures de soins de droit commun partenaires du programme MdM.

Tableau 40 : Bilan des actions Trod VHC à Bayonne entre juin et décembre 2012

TROD VHC 2012	
Nombre de Trod réalisés	56
Nombre de Trod positifs	7
Nombre de Trod faux positifs	1
Nombre de personnes ayant reçu le résultat de confirmation	6
Nombre de perdus de vue	0
Nombre de personnes ayant un Trod+ mais qui connaissaient déjà leur séropositivité	4
Nombre de fibroscan réalisés	7
Nombre de fibroscan réalisés avec score pathologique	1
Nombre de consultations d'hépatologie	3

→ ÉDUCATION AUX RISQUES LIÉS À L'INJECTION : PROGRAMME ERLI

En France, la loi du 9 août 2004 donne une existence légale à la politique de RdR liés à l'usage de drogues avec un cadre de référence. Cette politique privilégie des stratégies de soins et de prévention des risques sanitaires liés à l'injection (transmission des pathologies infectieuses, mortalité par surdose, conséquences des pratiques d'injection...).

MdM milite depuis plusieurs années afin que les autorités publiques s'engagent dans des stratégies d'intervention de RdR chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. L'accompagnement et la prise en charge doivent s'adresser à tous les usagers, et pas uniquement à ceux engagés dans un processus d'abstinence.

La politique de RdR liés à l'usage de drogues joue un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH, mais reste insuffisante quant à l'épidémie d'hépatite C qui continue de sévir.

Ainsi, pour lutter contre ces problèmes infectieux, et en particulier le VHC, MdM a mis en œuvre en 2010 une mission ERLI. Ce projet est réalisé en partenariat avec Gaïa Paris et Sida Paroles, la partie recherche étant construite avec AIDES et l'équipe de recherche de l'Inserm de Marseille. Cette recherche-action permet d'expérimenter et d'évaluer de nouveaux outils et stratégies de soins et d'éducation pour la santé, en tenant compte des réalités des consommations, des usages et des contextes de vie des personnes.

Outre l'objectif général de réduction de la morbidité et de la mortalité, en permettant notamment un accès à un matériel d'injection stérile, ce dispositif permet :

- une prise de contact avec les usagers les plus à risque (ceux qui commencent l'injection ou qui ont une pratique récente, et les plus marginalisés, qui sont peu ou pas en lien avec des structures médico-sociales) ;
- l'ouverture d'un dialogue sur les pratiques avec une amélioration des connaissances et des savoir-faire des consommateurs concernant les risques liés à l'injection ;
- une meilleure perception des risques par les usagers ;
- la promotion d'autres modes de consommation à moindre risque que l'injection (renoncement à l'injection, recours au sniff et à l'inhalation, accompagnement de l'usager à l'arrêt de sa consommation, inscription dans un traitement de substitution non injecté, etc.) ;
- l'inscription ou la réinscription des consommateurs dans une démarche de soins et une orientation vers des structures de prise en charge sanitaires et sociales ;

- un repérage des pratiques à risques et des facteurs de vulnérabilité, en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation ;

- une évaluation issue de l'expérience de terrain pour témoigner de l'utilité d'un dispositif d'éducation pratique aux risques liés à l'injection.

L'action se développe auprès de différentes populations d'usagers sur des territoires d'intervention en lieu fixe et en unités mobiles (la boutique du Caarud Sida Paroles à Colombes, l'unité mobile près de la gare du Nord en partenariat avec l'unité mobile du Caarud de Gaïa Paris). L'approche est éducative et individuelle, sur la base d'un protocole explicite dans un cadre théorique et pratique défini.

Fin 2012, plus de 600 séances d'éducation aux risques liés à l'injection avec réalisation de l'injection par l'usager se sont déroulées. Plus de 90 personnes sont incluses dans le programme (66 personnes en 2011), dont 56 font partie de la recherche-action (27 personnes en 2011).

En 2013, l'association Gaïa Paris, avec le soutien de MdM, travaille activement à la mise en place d'un projet expérimental et innovant : l'ouverture en France de la première salle de consommation à moindres risques, à Paris. L'ouverture de ces salles est indispensable pour répondre aux enjeux de santé publique évoqués ci-dessus (réduction de la mortalité, de la morbidité, de l'incidence de l'hépatite C) et aux enjeux de sécurité (troubles à l'ordre public liés à la consommation de drogues dans l'espace urbain) non résolus par les dispositifs existants.

Modalités de déroulement d'une séance ERLI

Après une première phase de présentation du projet et d'écoute de la demande de la personne, les intervenants proposent d'accompagner la personne dans sa pratique d'injection :

- la personne pratique l'injection avec son produit devant deux intervenants (un infirmier et un éducateur à la santé formés aux gestes de premiers secours) ;
- les intervenants analysent la pratique, soulignent les risques à chaque étape et rappellent les bonnes pratiques ;
- les intervenants n'injectent pas (ne poussent pas sur le piston, n'introduisent pas l'aiguille dans la veine de l'usager et ne posent pas ou ne tiennent pas le garrot ni aucun autre matériel). Il s'agit de rechercher l'autonomie de la personne en lui apprenant à faire les gestes qui lui permettent de réduire au mieux les risques qu'elle est susceptible de prendre en fonction de sa pratique et de son environnement.

Tableau 41 : Bilan des actions des séances d'éducation aux risques liés à l'injection en 2012

	Paris (unité mobile)	Colombes (lieu fixe)
Nombre de personnes incluses	68	2
Nombre de femmes	19	1
Moyenne d'âge [min-max]	33,4 [19-57]	43,6 [36-52]
Nombre moyen de séances	6	3

→ MISSION XBT (XÉNOBIOTROPE)

En 1999, MdM a mis en place la mission XBT, mission de soutien technique aux missions de RdR visant à développer la connaissance des drogues en les analysant. Cette mission a pour objectif principal de limiter et de prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de ces produits, sachant que leur composition représente une préoccupation fréquente des consommateurs. Ce dispositif permet aussi :

- d’offrir un espace de parole aux usagers, libre et sans jugement ;
- d’aider au maintien de l’abstinence ou à la gestion de l’usage ou au développement de stratégies de consommation à moindres risques ;
- d’impliquer le dispositif de droit commun dans le fonctionnement du pôle « analyse de drogues », d’une part en transférant compétences et savoirs aux Caarud, d’autre part en participant au dispositif Sintes³⁵ sur son volet « veille et observation » porté par l’OFDT³⁶ ;
- de favoriser le partage et la capitalisation des expériences en vue de l’amélioration continue du dispositif, au niveau des intervenants et partenaires (OFDT, laboratoires, missions RdR) mais aussi au niveau des usagers (formation et participation des bénévoles pairs) ;
- de réaliser une étude scientifique sur la composition de la solution injectée par voie intraveineuse, préparée à base de SkénanLP®, en partenariat avec la mission Erli et le laboratoire de toxicologie de l’hôpital de Garches.

L’analyse des drogues doit être reconnue comme un outil de RdR : en plus de répondre à une demande des usagers de drogues, cet outil contribue à réduire les risques liés à leur consommation.

Un nombre de cas de tuberculose diagnostiqués extrêmement élevé

Cette 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 2010, le nombre de cas de tuberculose déclarés en France étaient de 5 187, soit 8,1 cas/100 000 habitants. Pour 52 % d’entre eux, il s’agit de personnes nées à l’étranger, dont 64 % en Afrique³⁷. La situation épidémiologique place la France comme un pays à faible incidence. Il existe

cependant de grandes disparités régionales et populationnelles. Si l’incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, l’Île-de-France et la Guyane sont en revanche les régions avec les plus forts taux de déclaration, respectivement 16,3/100 000 habitants et 15,9/100 000 habitants. En Île-de-France (37 % des cas déclarés en France), les départements avec les taux de déclaration les plus élevés sont la Seine-Saint-Denis (31,4/100 000) et Paris (22,1/100 000). Dans certains groupes de population, comme les personnes sans domicile, les risques sont beaucoup plus élevés (155/100 000).

En France métropolitaine, les taux de déclaration chez les personnes nées à l’étranger sont environ neuf fois supérieurs à ceux des personnes nées en France (36,1/100 000 vs 4,1/100 000). Par ailleurs, ce taux de déclaration parmi les personnes nées à l’étranger diminue avec l’ancienneté de l’arrivée en France (230/100 000 chez les personnes arrivées en France depuis moins de deux ans, vs 16,8/100 000 chez celles arrivées en France depuis dix ans ou plus). Chez les personnes nées en Afrique et arrivées en France depuis moins de deux ans au moment du diagnostic, le taux de déclaration est de 408/100 000. Cela justifie pleinement la mise en œuvre d’actions spécifiques auprès des migrants récemment arrivés.

L’obligation vaccinale contre la tuberculose est suspendue depuis 2007 mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents considérés à risque³⁸.

Sont considérés à risque les enfants répondant à l’un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- enfant dont au moins l’un des parents est originaire de l’un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d’affilée dans l’un de ces pays ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- enfant résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte ;
- enfant dans toute situation jugée à risque d’exposition au bacille tuberculeux, notamment celui vivant dans des conditions de logement défavorables ou socioéconomiques défavorables ou précaires ou en contact régulier avec des adultes originaires d’un pays de forte endémie.

(35) Système d’identification nationale des toxiques et substances.

(36) Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

(37) InVS, « Épidémiologie de la tuberculose en France. Données 2010 », BEH, n°24-25, 12 juin 2012.

(38) InVS, « Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l’avis du Haut Conseil de la santé publique », BEH, n° 14-15, avril 2012.

Un programme de lutte contre la tuberculose a été lancé en juillet 2007 par la DGS. Organisé autour de six axes, ce plan fixe un certain nombre d'objectifs. On retiendra entre autres :

- sensibiliser et informer les personnes exposées, notamment les migrants en provenance des zones de forte incidence et les personnes en situation précaires ;
- favoriser l'accès aux soins et renforcer la confiance dans le dispositif de soins ;
- renforcer le dépistage de la tuberculose maladie.

La tuberculose est une maladie à forte prévalence dans la population reçue dans les Caso. Intégrer la prise en charge de la tuberculose dans nos actions de prévention est donc essentiel. L'amélioration du dépistage et de la collecte de données pour la tuberculose est demeurée un objectif majeur en 2012.

Les deux Caso d'Île-de-France ont des partenariats effectifs avec des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), permettant le dépistage de la façon la plus optimale possible pour les patients.

Au Caso de Parmentier, les radiographies sont effectuées et lues au CLAT Edison. La double lecture est faite au Caso par les pneumologues et couplée à l'étude du dossier clinique. Cette confrontation entre radios et clinique permet d'adapter la décision médicale aux antécédents et aux conditions de vie du patient. Une radiographie pulmonaire est proposée aux sujets consultants au Caso pour :

- les sujets symptomatiques dont la sémiologie clinique est évocatrice de tuberculose. Ils sont dirigés immédiatement ou de façon différée vers une structure de soins de droit commun ;
- les sujets asymptomatiques dont la sémiologie clinique est autre.

Les résultats du dépistage radiographique thoracique effectué au centre Edison montrent que, sur 845 radiographies thoraciques réalisées pour 3 282 nouveaux consultants (soit 26 % d'entre eux), aucun cas de tuberculose pulmonaire évolutive n'a été dépisté. Un patient symptomatique a été adressé directement à l'hôpital, la radiographie thoracique effectuée ayant mis en évidence une tuberculose évolutive, confirmée bactériologiquement. Un diagnostic de tuberculose extrapulmonaire a concerné 3 personnes (une spondylodiscite avec radiographie thoracique normale, une tuberculose ganglionnaire cervicale, une tuberculose disséminée multirésistante transférée en urgence pour prise en charge adaptée et traitement spécifique).

Au Caso de Saint-Denis, le protocole de dépistage de la tuberculose, possible grâce à l'affectation d'une équipe consacrée au Plan tuberculose du conseil général de Seine-Saint-Denis, a été poursuivi. Le dépistage a lieu chaque semaine, dans un camion stationné devant le Caso. En 2012, le conseil général de Seine-Saint-Denis a effectué 43 interventions qui ont permis de dépister 1 078 personnes, soit environ 18 % de la file active du Caso. Parmi elles, 10 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit un rendement de 927/100 000, démontrant la pertinence de l'activité. Deux éléments sont particulièrement importants et contribuent à l'efficacité de ce dépistage : la présence du médecin dans le « Camion Radio » et celle des médiateurs. La présence du médecin permet une orientation immédiate vers la structure sanitaire adaptée avec prise de rendez-vous en direct, limitant le nombre de patients perdus de vue. La plus-value de la présence de médiateurs n'est plus à démontrer.

Les deux Caso d'Île-de-France reflètent bien les tendances départementales en termes de prévalence. Ainsi au total, sur 1 924 patients dépistés par une radiographie pulmonaire, 11 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit environ 0,57 % des patients. Par ailleurs, trois tuberculoses extrapulmonaires ont été diagnostiquées. Ces chiffres sont très certainement sous-estimés. En effet, en cas de forte suspicion de tuberculose, le patient est directement orienté vers l'hôpital. Dans la mesure où nous n'avons pas toujours de retours des services hospitaliers, nous ne pouvons apprécier le nombre exact de patients réellement infectés.

Ces données reflètent l'importance d'un partenariat actif entre les centres de dépistage de la tuberculose et les associations prenant en charge les migrants en situation précaire. Elles démontrent aussi l'importance et la nécessité de proposer systématiquement aux patients reçus dans les Caso une radiographie pulmonaire, d'autant plus s'ils sont en France depuis moins de deux ans.

5. Les violences subies par les personnes reçues dans les Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **Plus de 1 800 personnes (soit 6,1 % de la file active) déclarent des antécédents de violences, en lien le plus souvent avec des contextes de guerre.**
- **Les demandeurs d'asile et les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus souvent victimes de violence.**
- **Les personnes originaires de Côte d'Ivoire, du Congo-Brazzaville, du Cameroun, du Pakistan ou d'Haïti sont plus exposées à des situations de violence.**

Depuis plusieurs années, les bénévoles et professionnels des Caso de MdM cherchent à identifier les situations de violence auxquelles les consultants, quelle que soit leur nationalité, ont pu être confrontés. En effet, les personnes en grande précarité ont vécu au cours de leur vie ou vivent fréquemment des situations de violence, que ce soit dans leur pays d'origine, en lien avec leur trajectoire biographique et/ou des situations de crises et conflits, au cours de leur parcours migratoire ou depuis leur arrivée en France. Notons que les questions posées ne permettent pas de déterminer la période de survenue des événements.

Désormais, la question des violences subies est abordée et renseignée par les différents intervenants des Caso (psychologues, accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins...) et non plus uniquement par les professionnels de

santé lors des consultations. Cette question, délicate par nature, est difficilement abordable lors du premier contact avec la personne, comme en témoignent les taux de réponse relativement faibles. Il s'agit donc de situations qui ont été repérées et qui ne sauraient être représentatives de l'ampleur du phénomène.

Dans les Caso de MdM, ce sont 1 852 personnes (soit 6,1 % des consultants) qui déclarent avoir été victimes de situations violentes en 2012. Les situations les plus fréquemment évoquées sont le fait d'avoir vécu dans un pays en guerre, d'avoir été menacé physiquement ou emprisonné pour ses idées, ou encore d'avoir souffert de la faim (*tableau 42*). Les situations de torture ou d'agressions sexuelles concernent respectivement 379 et 215 personnes.

Tableau 42 : Situations violentes subies et déclarées par les patients reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Victimes de situations violentes	6,1	1 852
Dont...		
– Ont vécu dans un pays en guerre	2,3	809
– Ont été menacé(e)s physiquement ou emprisonné(e)s pour leurs idées	2,5	761
– Ont souffert de la faim	2,1	628
– Ont été victimes de violences de la part des forces de l'ordre	1,9	591
– Ont été battu(e)s ou blessé(e)s lors de violences familiales ou lors d'une agression	1,9	581
– Ont été torturé(e)s	1,2	379
– Ont subi une agression sexuelle	0,7	215
– Ont été exposé(e)s à un autre événement violent non cité précédemment	1,3	397

Taux de réponse : 10,0 %.

À titre de comparaison, l'Observatoire du réseau international de MdM rapporte que, parmi les patients interrogés dans sept pays européens au sujet des violences (n = 396 à 576 patients en fonction des questions posées), 40 % ont vécu dans un pays en guerre, un sur cinq a été la cible de menaces physiques, emprisonné ou torturé en raison de ses idées et un sur cinq a été victime de violences de la part de la police ou des forces armées³⁹. En 2012, les deux tiers des patients suivis par le Comede (qui accueille de nombreux demandeurs d'asile) déclarent avoir subi des violences, 20 % des antécédents de torture et au moins 11 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle⁴⁰.

La violence est liée à certains indicateurs de vulnérabilité sociale. Ainsi, la précarité de l'hébergement, l'isolement social (qui touche particulièrement les demandeurs d'asile) et la présence de troubles de la santé mentale sont autant de facteurs associés à une fréquence plus élevée de violences. L'exposition à la violence varie également très nettement selon l'origine des patients, avec des fréquences très nettement majorées pour les patients en provenance des Proche et Moyen-Orient, d'Afrique subsaharienne et d'Océanie et Amériques (tableau 43). Ces personnes sont pour beaucoup originaires de Côte d'Ivoire, du Congo-Brazzaville, du Cameroun, du Pakistan ou d'Haïti. Certaines classes d'âge sont particulièrement concernées : les personnes âgées de 20 à 39 ans ainsi que les 40-59 ans.

Chez les personnes en situation de précarité, le fait de cumuler plusieurs facteurs de vulnérabilité, notamment le fait d'être sans domicile fixe et de souffrir d'un trouble mental, conduit à une fréquence plus élevée de violences subies. Il est donc indispensable de rendre visible la vulnérabilité de ces personnes et de condamner les violences commises à leur rencontre.



Mme S., 32 ans, albanaise, en France depuis deux ans, mariée, mère de deux enfants de 7 et 2 ans. Mme S. présente une dépression grave, post-traumatique, consécutive aux violences dont sa famille a été victime au pays. Elle bénéficie au Caso d'un suivi psychique et psychiatrique régulier mais peine malgré cela à reprendre pied dans la vie. Son visage est très triste, peu expressif. Elle ne parle que très mal le français et est accompagnée d'une interprète.

Ce jour-là, elle nous est adressée par la psychologue qui la suit. Le foyer dans lequel elle était hébergée depuis quelques semaines a pris feu. Comme les autres résidents, elle a tout perdu : ses quelques effets personnels, ses vêtements, le doudou du plus jeune enfant, les preuves des violences vécues au pays qui étayent la demande d'asile... Elle n'en peut plus. Elle est hébergée provisoirement avec ses compagnons d'infortune dans un gymnase. Le premier soir après l'incendie, son fils de 2 ans ne dormait toujours pas à une heure du matin. Épuisée, elle lui a donné un quart d'un comprimé qu'elle prend pour soigner sa dépression. Elle se sent très coupable. Nous la rassurons, lui exprimons que nous comprenons la souffrance qui est la sienne, et lui proposons un traitement homéopathique pour son fils, afin qu'elle dispose de la possibilité de lui donner quelque chose en toute sécurité. Elle doit revenir la semaine suivante pour faire le point avec le médecin et reparler de tout cela avec la psychologue.”
[Témoignage d'un médecin du Caso de Lyon]



Y., 17 ans, guinéenne, en France depuis l'âge de 14 ans. Afin de faire des études en France, elle a suivi son oncle à Lyon. Cette jeune fille a été séquestrée pendant trois ans, n'est jamais allée à l'école, a été victime d'un esclavage moderne (lever à 5 heures, coucher tardif, dormant par terre dans la cuisine, devant effectuer toutes les tâches ménagères, ne mangeant pas tous les jours à sa faim). Elle a été par ailleurs victime de violences physiques, psychologiques (elle téléphonait une fois par mois à sa mère au pays, en présence de son oncle, et devait dire que tout allait bien). C'est une tentative de viol de la part de son oncle qui la pousse à s'enfuir. Elle est aidée par un ami de la famille, lui-même en situation irrégulière. Elle se retrouve mineure à la rue. Elle est logée à l'hôtel par l'intermédiaire des services sociaux du conseil général. Nous la voyons en consultation, adressée par son éducateur pour manque d'appétit. Elle fait à peine 50 kg pour 170 cm, et ne peut s'alimenter que de thé et de fruits. Nous lui proposons un suivi au Caso, un programme de réalimentation et un suivi psychologique qu'elle accepte.”
[Témoignage d'un médecin du Caso de Lyon]

(39) Médecins du Monde, « L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie », avril 2013 :

http://www.mdm-international.org/IMG/pdf/PDF_BD_FR_Rapport_crise_et_xenophobie.pdf

(40) Comede, « La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2012 », 2012, 90 pages : <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2012.pdf>

Tableau 43 : Caractéristiques associées aux violences subies, 2012

	Patients victimes de situations violentes		
	%	n	p ¹
Ensemble des patients	6,1	1 852	
Sexe			
Hommes	5,9	1 082	
Femmes	6,4	765	ns
Âge			
Moins de 20 ans	2,9	124	
20-39 ans	8,1	1 283	***
40-59 ans	5,7	393	***
60 ans et plus	2,7	43	ns
Logement			
Stable	5,5	426	
Hébergés (organisme ou association)	7,6	335	***
Précaire	7,2	858	***
Sans domicile fixe	6,5	172	**
Groupe continental			
France	1,6	25	
Union européenne (hors France)	0,8	47	*
Europe (hors UE)	5,2	174	***
Afrique subsaharienne	11,4	838	***
Maghreb	1,5	100	ns
Proche et Moyen-Orient	8,2	120	***
Asie	5,2	59	***
Océanie et Amériques	31,2	443	***
Demande d'asile en cours			
Non	4,8	1 373	
Oui	22,7	1 852	***
Diagnostic de troubles mentaux			
Non	6,0	1 263	
Oui	17,0	387	***

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

Lecture du tableau : 22,7 % des personnes ayant fait une demande d'asile ont été victimes de situations violentes contre 4,8 % des autres patients, différence significative au seuil de 0,001 %.

→ DE MULTIPLES FORMES DE VIOLENCES ENVERS LES TRAVAILLEUSES DU SEXE CHINOISES À PARIS

À Paris, de nombreuses femmes chinoises sont amenées à vendre des services sexuels pour un temps donné et pour des raisons essentiellement économiques.

MdM, à travers son programme Lotus Bus, mène des actions de promotion d'accès à la santé et aux droits auprès de cette population. Ces femmes, en raison de leur situation de migrantes et de travailleuses du sexe, sont exposées à des violences physiques, sexuelles, morales et institutionnelles.

Consciente de ces problèmes, l'équipe du Lotus Bus a réalisé de 2010 à 2012 une enquête auprès de 86 femmes afin de mieux connaître les violences auxquelles elles sont confrontées et les stratégies qu'elles mettent en place pour les prévenir.

Ces femmes, âgées de 40 à 50 ans, arrivées en France depuis deux ans en moyenne, ne disposent pas, pour la plupart d'entre elles, d'autorisation de travail et sont donc exclues du marché de l'emploi. Cette situation économique précaire les contraint à exercer une activité de prostitution les exposant à toutes sortes de violences.

“ J'ai décidé de quitter la Chine parce que ma mère a été longtemps malade et ma famille a dû emprunter beaucoup d'argent pour lui payer ses frais médicaux. Elle est morte l'année dernière, mais je dois toujours rembourser l'argent que j'ai emprunté pour la soigner.”
[Mme A. – Témoignage recueilli dans le bus le 2 novembre 2011]

Plus de 86 % des femmes interrogées sont confrontées à une ou plusieurs formes de violences. La forme de violence la plus fréquemment citée est le retrait de préservatif non consenti (63 %). Viennent ensuite les violences physiques (55 %), les viols (38 %), la séquestration (23 %) et les menaces de mort (17 %).

“ Une femme vient pour un entretien après avoir fait un dépistage dans le bus car elle a subi un viol une semaine auparavant. Un client l'aurait agressée dans une cave d'immeuble. Il l'a forcée à faire une fellation puis l'a contrainte à un rapport vaginal sans préservatif avec éjaculation. La femme est très inquiète mais elle ne veut pas porter plainte. Elle a très peur des résultats du dépistage. Elle n'a pas pensé à prendre un traitement d'urgence. Nous proposons un soutien psychologique mais elle ne le souhaite pas. »
[Cahier de transmission, Porte de Choisy, le 31 mai 2011]

Le Lotus Bus

OBJECTIF DU PROGRAMME

Promouvoir l'accès à la santé et aux droits des femmes chinoises se prostituant à Paris afin de réduire les risques liés aux pratiques prostitutionnelles et aux situations de violence.

Le Lotus Bus a aussi un rôle de plaidoyer pour le respect des droits fondamentaux de ces femmes, particulièrement vulnérables.

En 2012, le Lotus Bus a eu 16 000 contacts avec 1 000 femmes chinoises différentes, dont 350 nouvelles.

Ces femmes sont aussi sujettes à une très forte pression policière : 74 % d'entre elles ont fait l'objet d'arrestations ou de gardes à vue répétitives, humiliantes, abusives ou arbitraires au cours de l'année.

“ Une femme marche dans la rue à Belleville avec un de ses clients réguliers. Ils sont arrêtés par deux policiers en civil. L'un d'eux aborde l'homme, l'autre amène la femme à l'écart. Le premier policier tente de convaincre l'homme de témoigner contre la femme, et d'avouer qu'elle lui a proposé des services sexuels. L'homme refuse. Le policier lui dit qu'il sera nécessaire qu'il les accompagne au commissariat. Apeuré, l'homme confirme qu'elle lui a effectivement proposé des services sexuels. L'homme est libéré et la femme mise en garde à vue. Elle est menottée pendant le trajet. Arrivée au commissariat, elle est menottée à une chaise dans la salle d'attente. Elle passe la soirée en garde à vue. Au début de sa garde à vue elle demande à voir un médecin, car elle est diabétique. Les policiers lui répondent que « tout le monde en garde à vue est malade » et que ce n'est pas possible de voir le médecin. Le lendemain, un policier rédige un PV et lui demande de signer, disant que c'est nécessaire si elle souhaite être libérée. On ne lui explique pas le contenu du PV, mais elle signe quand même.”

[Une femme chinoise, novembre 2011]

Ces violences ont des conséquences multiples : elles sont non seulement des facteurs de risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles, mais aussi des sources de souffrances psychologiques importantes.

De plus, rares sont les cas de violences qui font l'objet d'un dépôt de plainte (21 %), en raison de la barrière linguistique et de la peur chez elles d'être arrêtées, jugées ou expulsées.

Dans ces conditions, le recours aux droits est quasiment impossible. De nombreuses femmes adoptent alors des stratégies pour prévenir les violences et pour échapper aux forces de police (choix et négociation avec les clients, travail en journée, partage des informations sur les clients, travail en « indoor »...).

Ces résultats et témoignages mettent en évidence une forte exposition des femmes chinoises à de multiples formes de violences, exacerbées par la stigmatisation de leur activité et la pénalisation du racolage, occasionnant des pratiques policières peu conformes à la garantie de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

Afin de mieux protéger ces travailleuses du sexe, il est indispensable d'adopter une approche de santé publique et de réduction des risques pour améliorer leur santé (accès facilité vers des structures de prévention, de soins, de dépistage), leur sécurité (bonnes pratiques au sein des commissariats, dépenalisation des services sexuels entre adultes consentants) et leurs droits (accès égal à la justice pour les personnes étrangères victimes de violence).

Ces difficultés sont également relatées dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) « Prostitution : les enjeux sanitaires » de 2012. La mission appelle à une véritable prise en compte globale de la situation sanitaire des personnes qui se prostituent, incluant leurs droits. Elle relève « *la pertinence du modèle d'intervention des milieux associatifs en direction de ces personnes, fondé sur les démarches « d'aller vers » et « d'accueil à bas seuil »* ».

Depuis quelques années et forts de ces constats, MdM et une vingtaine d'associations dénoncent la pénalisation du racolage public, dont les conséquences sont délétères sur la santé et les droits des personnes se prostituant. À force de mobilisation, en mars 2013, le Sénat a adopté une proposition de loi visant à abroger le délit de racolage public. En attendant la promulgation de cette loi, le racolage public demeure toujours un délit.

6. Les troubles de santé mentale repérés chez les patients des Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- > **11 % des patients présentent un trouble mental.**
- > **Les troubles mentaux sont plus fréquents chez les personnes victimes de violences, vivant à la rue ou hébergées par un organisme.**

En 2012, 11 % des consultants (soit 2 276 personnes) souffrent de troubles mentaux, plus ou moins sévères : les troubles anxieux ou les syndromes dépressifs sont les plus diagnostiqués. Les formes plus sévères telles que les psychoses sont plus rares et concernent 0,5 % des patients (tableau 44).

Ces troubles se situent bien souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé et ne sont pas toujours reconnus et exprimés par les patients. Ils sont plutôt repérés par les médecins, intriqués à d'autres affections et nécessitant un suivi (3,6 consultations en moyenne vs 2,2 pour les autres patients). Près de 40 % des personnes souffrant d'un trouble mental ont consulté pour d'autres motifs. La souffrance psychique, qui est à l'origine d'environ 9 % des consultations, est diagnostiquée comme pathologie dans 11 % des cas, plaçant ainsi ce problème de santé au sixième rang des motifs de consultation.

La souffrance psychique est souvent multifactorielle, notamment liée à un environnement social hostile.

Si l'on considère les problèmes de santé mentale selon la nationalité, la fréquence de tels troubles est plus élevée chez les Français (16,9 % vs 10,6 % des étrangers) (figure 10). La prévalence de ces troubles chez les étrangers doit être considérée avec précaution, car la compréhension de la santé

mentale diffère du fait de la barrière linguistique et de repères socio-culturels différents. On peut supposer que les problèmes de santé mentale chez les migrants sont probablement sous-diagnostiqués.

Les différences les plus marquées entre les patients étrangers et français concernent l'usage abusif de substances psychoactives, plus fréquent chez les Français (4,1 % vs 0,6 % chez les étrangers). De même, les autres troubles psychologiques (3,7 % vs 1,6 %) et les psychoses (1,8 % vs 0,4 %) concernent davantage les Français.

Une analyse des facteurs sociodémographiques associés à la santé mentale est présentée dans le tableau 45. Les hommes sont plus fréquemment affectés (11,7 % vs 10 % des femmes), ainsi que les personnes âgées de 20 à 59 ans. Les conditions de logement sont également un élément discriminant sur le plan de la souffrance mentale, avec des fréquences qui sont nettement majorées parmi les personnes sans domicile fixe (16,1 %) ou hébergées par une association ou un organisme (14,4 %).

L'un des paramètres les plus fortement associés à la présence de troubles mentaux est le fait d'avoir été exposé à des situations de violence, avec une fréquence des troubles quasiment multipliée par 3 (25,9 %).

Tableau 44 : Patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques	11,0	2 276
dont...		
– Angoisse, stress, trouble psychosomatique	7,2	1 482
– Syndrome dépressif	2,4	493
– Autre problème psychologique	1,7	354
– Usage abusif de substances psychoactives	0,9	178
– Psychose	0,5	95

Figure 10 : Diagnostic de troubles psychiques ou psychiatriques selon la nationalité, 2012

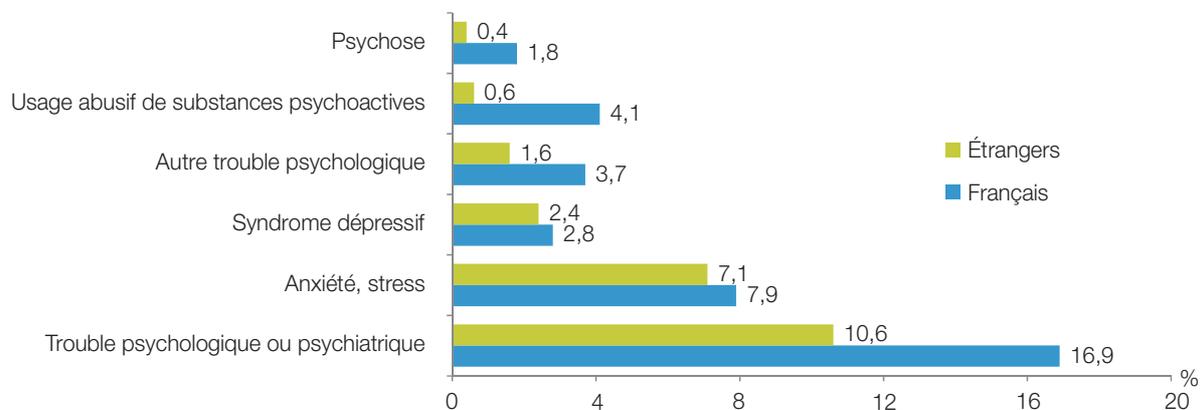


Tableau 45 : Caractéristiques associées aux troubles mentaux, 2012

	%	n	p ¹
Ensemble des patients	11,0	2 276	
Nationalité			
Français	16,9	208	
Étrangers	10,6	1 950	***
Sexe			
Hommes	11,7	1 446	
Femmes	10,0	819	*
Âge			
Moins de 20 ans	3,9	127	
20-39 ans	13,5	1 397	***
40-59 ans	11,0	520	***
60 ans et plus	8,4	97	***
Logement			
Stable	8,8	404	
Hébergés (organisme ou association)	14,4	418	***
Précaire	9,7	721	ns
Sans domicile fixe	16,1	254	***
A été victime de violences			
Non	9,9	1 889	
Oui	25,9	387	***

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

Lecture du tableau : 25,9 % des patients victimes de violences présentaient des troubles mentaux contre 9,9 % des autres patients, différence significative au seuil de 0,001 %.



Mme H. est née en mars 1977 au Kosovo, elle est arrivée en France en 2005, je commence à la voir à MdM en 2006 pour des troubles psychiatriques graves : elle présente une décompensation psychotique avec hallucinations auditives : des voix lui disent d'étrangler sa fille... Sa fille a assisté à des violences sexuelles subies par Mme H. au cours de la guerre dans son pays. Mme H. a des plaintes somatiques, qui sont aussi des hallucinations corporelles : elle est « habitée par des serpents », « a des aiguilles sur son corps ». Elle consulte régulièrement des médecins généralistes, les bilans somatiques sont négatifs. Elle présente des risques suicidaires. Au cours de ses deux grossesses suivantes, les symptômes psychiatriques ont diminué de façon notable, permettant de réduire les neuroleptiques. Elle a eu deux garçons. Je la vois une fois par mois ou tous les deux mois. Devant la gravité du tableau clinique, je lui ai proposé à deux reprises l'hospitalisation en milieu spécialisé, ce qu'elle a refusé : à cause du problème de la langue, elle s'inquiète de laisser ses jeunes enfants et a peur d'être renvoyée dans son pays. En mars 2009, je la reçois tous les mois car les symptômes délirants sont réapparus. Elle n'a plus de pulsions destructrices par rapport à sa fille. C'est le psychologue de MdM qui devient, à ses yeux, le persécuteur – « des serpents sortent de la tête du psychologue »... Mme H. garde des sensations corporelles étranges avec « du sang partout sur son corps », ses « mains sont noires » et elle a « des aiguilles sur son corps ». Elle est paranoïaque dans ses relations aux autres, elle a peur des autres et de ce qu'ils peuvent dire. Elle préfère ne plus avoir d'interprète. C'est une patiente psychiatrique qui nécessite un suivi au long cours, et dont la pathologie est assez différente des autres patients vus à MdM qui ont une problématique plus sociomédicale de troubles de stress post-traumatique, avec des demandes de certificats pour attestation de leur statut d'étrangers malades. »
[Caso de Lyon]

→ UNE PASS PSYCHIATRIQUE À NANTES

À Nantes, face à l'absence de lieu spécifique de prise en charge du psychotraumatisme des migrants, MdM s'est spécialisé dans les consultations transculturelles, incluant la prise en charge du psychotraumatisme, tout en militant pour une appropriation de cette question par le droit commun. En mars 2012, la Pass psychiatrique a ouvert. Ce service accolé à la Pass somatique permet aux personnes sans couverture maladie d'accéder aux soins psychiatriques et psychologiques en attendant de pouvoir accéder aux soins de droit commun. L'ouverture de la Pass psychiatrique a diminué les demandes de la liste d'attente de MdM mais ne les a pas complètement supprimées. Avec l'embauche au sein de la Pass de l'une des psychologues de l'association, le lien entre les deux structures s'est renforcé.

En 2012, de nombreuses rencontres entre MdM et l'ARS ont permis de relancer le projet de basculer la consultation de MdM vers le droit commun, l'ARS faisant le constat que MdM ne doit plus assurer ces consultations et doit passer le relais à l'hôpital.

Si l'on s'intéresse spécifiquement aux étrangers, la fréquence des troubles mentaux est majorée lorsque les personnes sont en situation irrégulière (11,8 % vs 9,2 % chez les étrangers en situation régulière) ou lorsqu'elles sont dans une procédure de demande d'asile (16,3 % vs 10,1 %). En effet, les troubles psychiques affectent particulièrement les demandeurs d'asile, dont l'exil, les événements ayant motivé la fuite et le parcours migratoire ont des conséquences sur leur bien-être mental.

7. La santé bucco-dentaire des patients accueillis dans les Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- > **3 855 consultations dentaires ont été dispensées à 1 854 patients différents.**
- > **L'état de santé bucco-dentaire est particulièrement dégradé chez les patients de plus de 40 ans. Les patients de 60 ans et plus comptent en moyenne 15 dents absentes non remplacées.**

Seuls les Caso de Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nice, Rouen et Strasbourg proposent des consultations dentaires. À Toulouse, un dentiste est présent pendant les consultations médicales et propose systématiquement un bilan bucco-dentaire. Si des soins sont nécessaires, les patients sont orientés vers le service d'odontologie du centre hospitalo-universitaire (CHU) ou vers la Pass dentaire. À Nancy, les consultations sont délivrées dans les locaux de la faculté d'odontologie dépendant du CHU, hors du Caso. Certains Caso (comme à Saint-Denis ou à Grenoble) ont mis en place des partenariats avec des associations proposant des soins dentaires.

En 2012, 3 855 consultations dentaires ont été dispensées à 1 854 patients différents, soit en moyenne 2,1 consultations dentaires par personne (*tableau 46*). Cette activité ne reflète en rien la réalité de la demande dans la mesure où

seuls neuf Caso proposent ce type de consultations alors même que ces soins constituent un motif important de recours aux Caso (6 % des passages en 2012 sont motivés par une consultation dentaire).

Les consultations dentaires 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 CAO.

L'indice CAO a été calculé pour 519 personnes dont l'âge varie de 15 ans à plus de 60 ans (soit 28 % des patients reçus en consultation dentaire), et il s'élève en moyenne à 10. Il existe actuellement peu d'études épidémiologiques sur la santé dentaire des adolescents et des adultes. Cependant, les quelques études disponibles montrent que le CAO moyen chez les adolescents est de 7 et chez les adultes,

Tableau 46 : Répartition des consultations dentaires par Caso, 2012

	Consultations dentaires		Nombre de patients		CAO réalisés	
	%	n	%	n	%	n
Nice	34,2	1 319	35,1	651	27,2	177
Strasbourg	21,9	844	15,4	286	17,8	51
Bordeaux	13,9	535	14,4	268	47,8	128
Marseille	11,0	424	15,9	294	12,6	37
Montpellier	10,0	384	11,1	205	28,3	58
Nancy	7,1	275	4,4	82	45,1	37
Rouen	1,3	51	2,5	46	34,8	16
Toulouse	0,6	23	1,2	22	68,2	15
Total	100,0	3 855	100,0	1 854	28,0	519

français compris, entre 13 et 15⁴¹. Dans le groupe d'adolescents suivis par MdM, l'indice CAO est de 7 ; il est d'environ 11 pour les adultes.

Le nombre moyen de dents cariées s'élève à 3,2 pour l'ensemble des patients examinés. À titre de comparaison, en France, un adulte a en moyenne 1,1 à 1,2 carie en bouche. La mauvaise santé bucco-dentaire de ces patients a des répercussions importantes sur leur état de santé général. Quel que soit l'âge des individus, les résultats de prévalence de la carie sont associés à la situation socio-économique. Plus elle est défavorisée, plus les scores d'indices carieux sont élevés. Il existe un lien fort entre la présence de caries et la précarité.

Les variations de l'indice CAO selon la nationalité, le sexe et l'âge des patients sont étudiées dans le tableau 47. L'état de santé bucco-dentaire varie très peu selon la nationalité ou le sexe, avec tout de même un nombre moyen de dents cariées légèrement plus élevé chez les hommes. L'évolution la plus significative s'observe logiquement en fonction de l'âge, avec une dégradation très nette de l'état de santé bucco-dentaire. À partir de 40 ans, l'indice CAO croît de façon importante en raison essentiellement de l'augmentation rapide du nombre de dents absentes non remplacées.

L'indice CAO

L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'atteinte carieuse 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 :

C : nombre de dents Cariées

A : nombre de dents Absentes

O : nombre d'Obturations, de dents soignées

L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées. Il peut être utilisé globalement ou de manière éclatée selon ses différentes composantes. Au cours du temps, chez un même sujet, l'indice CAO ne peut pas diminuer : il augmente chaque fois qu'une dent antérieurement saine est atteinte par la carie (C), laquelle peut avoir été obturée (O) ou extraite (A).

Tableau 47 : Indice CAO des patients de 15 ans ou plus examinés dans les Caso selon la nationalité, le sexe et l'âge, 2012

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents absentes	Nombre moyen de dents obturées	Indice CAO
Ensemble des patients	3,2	5,3	2,0	10,0
Nationalité				
Français	3,1 ^{ns}	6,2 ^{ns}	3,0 ^{ns}	10,9 ^{ns}
Étrangers	3,3	5,3	1,9	9,9
Sexe				
Hommes	3,4 [*]	5,0 ^{ns}	1,9 ^{ns}	9,9 ^{ns}
Femmes	2,9	5,7	2,1	10,1
Âge				
15-20 ans	3,7 ^{**}	2,3 ^{***}	1,2 [*]	7,1 ^{***}
20-39 ans	3,5	3,3	1,8	8,2
40-59 ans	2,7	8,0	2,8	13,1
60 ans et plus	2,4	14,9	1,4	17,1

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

(41) HAS, « Stratégie de prévention de la carie dentaire », Synthèse et recommandations en santé publique, mars 2010 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

Les dentistes pratiquent différentes interventions, dont les traitements conservateurs (traitements coronaaires et radiculaires) et les extractions, qui constituent l'essentiel des soins prodigués (*tableau 48*). À l'issue des consultations dentaires, 3,2 % des patients ont été orientés vers le dispositif de droit commun, hospitalier ou libéral ou en centre de santé.

Pour les populations en situation précaire, il est indispensable que la prévention de la carie soit intégrée dans une démarche de prévention globale. Pour cela, le dispositif des Pass dentaires doit être renforcé et effectif.

Tableau 48 : Interventions dentaires pratiquées dans les Caso, 2012

Interventions dentaires	% de consultations	Nombre de consultations	% de patients	Nombre de patients concernés
Traitement coronaire	29,1	1 082	30,1	535
Extraction	20,3	735	23,4	417
Traitement radiculaire	14,5	540	10,0	177
Pansement provisoire	9,5	352	8,2	146
Détartrage/hygiène	9,1	337	10,9	194
Prothèse	9,0	333	6,1	108
Prescription	7,7	287	8,4	149
Radiologie	5,1	188	2,5	45
Traitement parodontologique	3,0	112	2,9	52
Autres	10,4	385	12,2	217

Taux de réponse : 95,5 %.



© Christina Modolo

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PATIENTS EN 2012

Les difficultés d'accès aux soins dépendent essentiellement de l'ouverture des droits à une couverture maladie. La majorité des personnes reçues dans les Caso ne sont pas couvertes par un régime de protection sociale. Afin de réduire ces inégalités d'accès, il est impératif de diminuer les dépenses de santé à la charge des patients les plus précaires, d'assurer pour tous l'accessibilité aux structures de soins et de dissocier la politique migratoire et ses aspects sécuritaires de celle de santé. ■

1. Les droits à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **77 % des personnes relèvent d'un dispositif de couverture maladie (principalement l'AME), mais seuls 12 % ont des droits ouverts (ils étaient 16 % en 2011).**
- **23 % des patients ne relèvent d'aucun dispositif maladie en raison principalement du critère de résidence de trois mois en France.**
- **Un accès aux droits restreint pour les personnes relevant de l'AME.**

Rappelons d'abord que les Caso reçoivent majoritairement les personnes ne disposant d'aucun droit et orientent celles ayant des droits ouverts vers les dispositifs de droit commun. La situation administrative pour l'obtention de l'ouverture des droits des personnes est établie à partir des informations données par les personnes elles-mêmes et recueillies par des travailleurs sociaux ou des accueillants. Cette situation est évaluée à partir de plusieurs critères : dernière date d'entrée en France, nationalité, niveau de ressources, situation régulière ou non de séjour, existence d'une couverture maladie dans un autre pays de l'UE...

En 2012, 77 % des personnes reçues dans les Caso relèvent, au regard de leur situation administrative, d'un dispositif de couverture maladie : 56,2 % de l'AME, 17,5 % de l'assurance maladie et 3,3 % d'un système de protection sociale d'un autre pays européen (tableau 49).

La part des personnes relevant de l'assurance maladie, en lien direct avec la diminution du nombre de patients français dans les Caso, décroît de façon régulière depuis de nombreuses années. Ainsi, de 41 % en 2001, cette proportion est passée à moins de 30 % en 2005 pour ne concerner aujourd'hui que 17,5 % des consultants. Pour l'AME, la part des personnes

Tableau 49 : Droits théoriques à la couverture maladie des patients reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Assurance maladie	17,5	3 869
CMUc	13,6	3 014
Couverture de base (CMU de base ou sécurité sociale)	3,9	855
AME	56,2	12 447
Droits dans un autre pays européen	3,3	722
Droit à aucune couverture maladie	23,1	5 119
dont...		
– pas droit à l'AME car résidence de moins de 3 mois en France	72,4	3 576
– pas droit à l'AME car plafond de ressources dépassé	0,6	29
– pas droit à la CMU car résidence de moins de 3 mois en France	5,9	290
– touristes ou étrangers de passage	13,4	660
– autre situation	7,8	385

Taux de réponse : Droits théoriques : 91,2 % ; Précisions aucun droit possible : 96,5 %.

concernées s'est stabilisée depuis huit ans entre 50 et 56 %. En 2012, 23,1 % des patients (soit 5 119 personnes) ne relèvent d'aucun dispositif de couverture maladie. Le principal motif de cette restriction d'accès aux soins est le critère de résidence en France de plus de trois mois, imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME. Avant cette mesure, la part des personnes privées de couverture maladie était inférieure à 10 %. Pour ces personnes sans protection maladie et démunies sur le plan financier, la possibilité de se retrouver privées de soins médicaux en cas de problème de santé est élevée, empêchant alors toute prévention de maladies à potentiel de gravité et augmentant le retard de recours aux soins. Afin de couvrir les soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître », le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) a été créé⁴², dans le but de partiellement compenser l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés en France. Il ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'hôpital public et n'ouvre donc pas de droit personnel à l'AME.

→ LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Les Pass sont des dispositifs de prise en charge médicale et sociale situés au sein de centres hospitaliers publics. Créées par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions⁴³, elles doivent faciliter l'accès aux soins et à un accompagnement social pour les personnes en situation de précarité.

Peu connues car peu rendues visibles auprès des structures locales du champ de la santé et de la précarité et parfois au sein même de l'hôpital, leur fonctionnement et leur rôle restent flous. D'un point de vue financier, leurs budgets, accordés par les lois de financement de la sécurité sociale, sont intégrés 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.

Plus de 400 Pass⁴⁴ sont répertoriées en France, sur 500 initialement prévues. Leur nombre sur le territoire reste toutefois insuffisant et les besoins ne sont pas couverts. Cette insuffisance du nombre de Pass est relatée par les équipes de terrain de Mdm, qui rapportent de nombreux dysfonctionnements itérant depuis 2010.

■ Les constats des équipes de terrain de Mdm

Si certaines Pass fonctionnent bien et sont facilement identifiables par les personnes qui souhaitent s'y rendre, l'accueil inconditionnel de toutes les personnes en situation de précarité n'est pas toujours respecté, en particulier pour les personnes n'ayant droit à aucune couverture maladie.

La complexité et la méconnaissance du dispositif tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital entraînent des difficultés de prise en charge, des orientations inadaptées et des procédures de remises de traitements non opérantes.

Le nombre de consultations n'étant pas corrélé au nombre de personnes justifiant de ce dispositif, des patients sont refoulés et orientés vers des structures associatives, notamment les Caso.

Les Pass spécialisées restent encore trop rares, en particulier pour la prise en charge des soins dentaires et pédiatriques. Quelques avancées sont toutefois à noter. Le recours à l'interprétariat, même s'il n'est toujours pas systématique, s'est amélioré dans certaines Pass. L'accès à une consultation sociale est quasi général. Des liens privilégiés avec les Pass sont rapportés par certaines équipes. Une instauration d'échanges et de dialogues constructifs facilite ainsi la prise en charge avec des orientations ciblées et fonctionnelles. Mais ces liens, considérés comme essentiels par les professionnels, sont fragiles et trop dépendants des personnes et non des structures.

Afin d'assurer l'effectivité de la prise en charge des patients en situation de précarité, il est indispensable de poursuivre, consolider et améliorer le dispositif des Pass sur l'ensemble du territoire. Les Pass doivent remplir leurs missions d'accès aux droits et aux soins préconisées par la loi, en particulier auprès des mineurs, avec l'ouverture de Pass pédiatriques. Des ressources humaines doivent être octroyées, avec *a minima* un binôme médecin/assistante sociale afin d'apporter aux patients des réponses médicales et sociales adaptées à leur situation personnelle. L'accès à une consultation de médecine générale doit être garanti dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.

“ Une petite fille de 3 ans, biélorusse, vit en France avec sa mère depuis quelques années. Cette dernière a été déboutée du droit d'asile et une des conséquences de cette décision a été la rupture des droits à la couverture maladie. Le temps de l'instruction de la demande d'AME, l'enfant contracte une bronchiolite. Sa mère l'amène en

(42) Article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(43) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998.

(44) DGOS, « Chiffres clés de l'offre de soins », 2010.

urgence à l'hôpital pédiatrique, où elle bénéficie d'une consultation. Personne ne l'informe de l'existence d'une Pass et de la présence d'une assistante sociale. Elle ressort donc de l'hôpital avec des ordonnances pour le traitement médicamenteux et des séances de kinésithérapie. Ne sachant où aller, elle vient au Caso quelques jours plus tard pour bénéficier de la prise en charge. Qu'aurait-elle fait si elle n'avait pas eu connaissance de notre structure ? » [Caso de Nice]

Un accès aux droits limité pour les personnes relevant de l'AME

Les consultants des Caso sont confrontés à de nombreux obstacles d'accès à une couverture maladie. Et, selon le dispositif dont elles dépendent, l'accès est différencié. Lors de leur première consultation au Caso, seuls 12,3 % des consultants ont des droits ouverts, alors que près de huit patients sur dix peuvent y prétendre (*tableau 50*). Selon le régime de couverture maladie, les conditions d'accès sont plus ou moins dégradées. En effet, seulement 9 % des per-

sonnes relevant de l'AME disposent de droits ouverts contre environ 50 % des personnes relevant de l'assurance maladie de base, ce qui traduit bien les importantes difficultés rencontrées par les étrangers dans l'accès aux droits.

Les bénéficiaires potentiels de la CMUc sont minoritaires à faire effectivement valoir leurs droits (15,8 %), ce qui constitue également un frein au recours aux soins.

Les **difficultés d'accès à une couverture maladie** semblent s'aggraver au fil du temps. En effet, en 2010 et 2011, les personnes disposant de droits théoriques étaient respectivement de 18 % et 16 % à avoir des droits effectivement ouverts contre seulement 12 % en 2012.

La figure 11 illustre les disparités d'accès aux droits selon le groupe continental d'origine. Ainsi, les patients français sont globalement trois fois plus nombreux à disposer de droits ouverts (33 % vs 11 % en moyenne pour les patients étrangers). Ils sont cependant sensiblement moins nombreux que les années précédentes (33 % en 2012 vs 45,8 % en 2011 et 49 % en 2010). Parmi les Français ayant une couverture maladie, 11,9 % disposent d'une couverture complète et 20,9 % d'une couverture de base.

Au global et quelle que soit la situation personnelle ou administrative des personnes, 89 % d'entre elles ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles s'adressent la première fois à MdM en 2012.

Tableau 50 : Croisement entre les droits théoriques et les droits effectifs à la couverture maladie des patients reçus dans les Caso, 2012

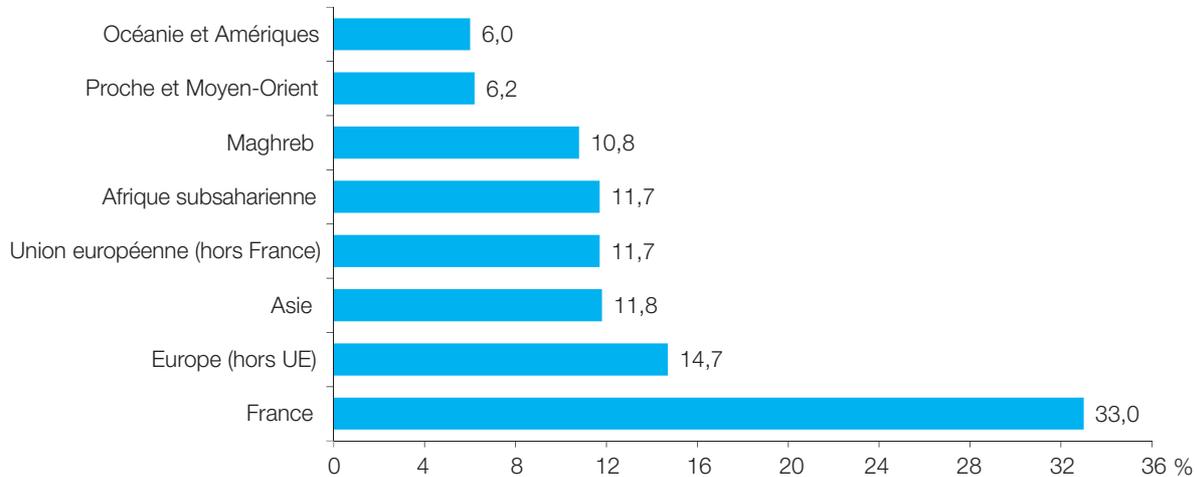
(% en ligne)	Droits ouverts		Droits non ouverts	
	%	n	%	n
Patients ayant droit à une couverture maladie ¹	12,3	1 896	87,7	13 564
Patients relevant de l'assurance maladie de base	50,4	414	49,6	407
Patients relevant de la CMUc ²	15,8	450	84,2	2 402
Patients relevant de l'AME	9,1	1 019	90,9	10 131

Taux de réponse : 84,9 %.

¹ Les patients disposant de droits dans un autre pays européen sont exclus de l'analyse.

² 7 % environ de ces patients ne disposent que de la CMU de base, ils sont donc inclus dans les patients n'ayant aucun droit ouvert.

Figure 11 : Part des personnes reçues dans les Caso disposant de droits théoriques et ayant des droits ouverts selon le groupe continental, 2012



→ LE PLAN PLURIANNUEL DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET POUR L'INCLUSION SOCIALE : DES MESURES CONCERNANT L'ACCÈS AU DROIT ET À LA SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Deux mesures phares : le renforcement des Pass et l'augmentation du plafond de la CMUC

Répondant à un engagement du nouveau président de la République, François Hollande, le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adopté le 21 janvier 2013, lors de la réunion du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE). Ce plan, élaboré avec l'ensemble des acteurs des politiques de solidarité (services de l'État, collectivités territoriales, associations, partenaires sociaux, chercheurs, experts et personnes en situation de pauvreté), s'articule autour de trois grands axes de réforme : la réduction des inégalités et la prévention des situations de rupture, l'aide et l'accompagnement vers l'insertion et la coordination de l'action sociale et la valorisation de ses acteurs.

En matière d'amélioration de l'accès aux droits, le gouvernement doit s'assurer que tous les citoyens ont accès aux droits auxquels ils peuvent prétendre. Pour cela, les différents dispositifs de solidarité doivent produire des indicateurs de non-recours aux droits existants afin de suggérer des pistes d'amélioration, notamment concernant les complexités administratives. Des mesures de simplification des procédures de domiciliation sont prévues pour 2013 ainsi que la remobilisation

des préfets chargés de coordonner l'action des structures habilitées à procéder à des domiciliations.

En ce qui concerne la santé et l'accès aux soins, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales est présentée comme une priorité, avec la volonté de mieux coordonner l'offre de soins et d'adapter les structures médico-sociales aux personnes en situation de précarité. Une attention particulière doit être portée à la santé des enfants et des adolescents, y compris dans les territoires d'outre-mer, où une forte prévalence du surpoids, de l'obésité et des pathologies associées est constatée chez les enfants (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires...).

L'amélioration de l'accessibilité aux dispositifs d'accès aux soins et aux droits comme les Pass fait partie des mesures importantes de ce plan. Il s'agit, pour 2013, de renforcer le rôle des Pass en créant dix permanences régionales, de conforter leurs missions notamment en les articulant avec les différents programmes territoriaux, d'homogénéiser et de mieux structurer leurs prestations. Pour une utilisation pertinente et efficace de ce dispositif, il est indispensable d'en assurer la promotion, la visibilité et la lisibilité, en particulier auprès des personnels des structures de santé.

Dans un contexte de crise marqué par l'aggravation des inégalités de

santé, le gouvernement s'engage à réduire les freins financiers à l'accès à la santé pour les personnes précaires. Ainsi, une revalorisation du seuil de la CMUc a été réalisée par un décret du 17 juin 2013. Le plafond de ressources est relevé de 7 % « en sus de l'inflation ». Ainsi, à partir du 1^{er} juillet 2013, il passe à 8 592,96 euros annuels (contre 7 934,40 euros avant cette date) pour une personne seule. Cette mesure de revalorisation doit permettre à 400 000 personnes supplémentaires de bénéficier d'une aide à la complémentaire. MdM se félicite de cette avancée mais rappelle que plus de trois millions de Français n'ont toujours pas de couverture maladie complémentaire. Dans ces conditions, MdM continue de demander l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc au niveau du seuil de pauvreté, soit 964 euros par mois pour une personne seule. MdM regrette par ailleurs l'absence de mesures concrètes concernant la fusion de l'AME avec la CMU, pour améliorer l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour et réduire les coûts de gestion.

2. Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins des patients des Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins sont le critère de résidence de trois mois (33 %), la méconnaissance du dispositif sanitaire et social français (33 %), la condition de durée de séjour en France (23 %), les difficultés administratives (23 %) et la barrière linguistique (19 %).**
- **25 % des personnes de plus de 16 ans nécessitent une domiciliation administrative pour accéder aux droits.**
- **Un tiers des étrangers sans titre de séjour limitent leurs déplacements par peur d'être arrêtés.**

Une complexité des démarches... renforcée par des dysfonctionnements administratifs et des contrôles excessifs

Les principaux obstacles rencontrés pour l'accès aux droits et la continuité des soins sont documentés lors du bilan social. Ils sont soit cités spontanément par les patients soit repérés par les accueillants ou les travailleurs sociaux. Ainsi, pour environ un tiers des patients, le critère de résidence de trois mois imposé par la réglementation (32,8 %) ainsi que la méconnaissance des droits, des structures et des dispositifs (32,5 %) sont les principaux freins à l'accès à leurs droits (tableau 51). Viennent ensuite les difficultés administratives, citées par environ 23 % des personnes, en lien avec les pièces légalement exigibles et la complexité des démarches, et les difficultés de communication linguistiques, exprimées par 19 % des consultants.

La liste hiérarchique des principaux obstacles a peu évolué depuis 2011, si ce n'est pour le critère de durée de trois mois de présence en France, qui apparaît de plus en plus prégnant (32,8 % en 2012 vs 19,5 % en 2011). Les étrangers sans titre de séjour cumulent une difficulté supplémentaire, qui est la peur d'être interpellés, citée par le tiers d'entre eux (soit près de 2 400 personnes) et limitent par conséquent leurs déplacements, notamment vers les dispositifs de prise en charge, surtout lorsque les CPAM ne proposent que quelques points d'accueil dans le département et spécifiquement réservés aux demandeurs de l'AME.

Les difficultés d'accès à une couverture maladie s'aggravent d'année en année. Au-delà des obstacles cités par les patients eux-mêmes, les associations de terrain et les intervenants de MdM constatent un désengagement des caisses d'assurance maladie dans leur mission de service public, une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel du social et du médical et des pratiques abusives des préfectures. Ces dysfonctionnements aboutissent généralement à des refus d'ouverture de droits, ce qui signifie pour les patients des retards, voire des renoncements aux soins. Il est important toutefois de saluer la suppression du droit d'entrée de 30 euros à l'AME en 2012.



M. H., 26 ans, tunisien, vit en France depuis septembre 2011. Actuellement, il vit dans un squat. Depuis 2010, il souffre d'une brûlure du membre inférieur gauche qui provoque une impotence fonctionnelle. Il marche avec grande difficulté. Il vient à MdM pour chercher de quoi calmer sa douleur. M. H. a beaucoup de réticence à parler de lui et à établir une relation de confiance. Le médecin lui propose une prise en charge par le service des grands brûlés afin d'établir un protocole antidouleur et chirurgical. Pour cela, il est indispensable de l'orienter vers la Pass médico-sociale. M. H. n'est pas favorable à un retour à l'hôpital et n'est pas du tout convaincu par le projet de soins qui lui est proposé. Depuis deux ans, il adapte sa vie à son handicap car, faute de couverture maladie, il n'avait pu accéder à un

traitement après s'être présenté plusieurs fois aux urgences de différents hôpitaux. Aujourd'hui, il veut uniquement atténuer sa douleur. De plus, son parcours de migration par la Grèce et sa vie, qu'il décrit comme « clandestine », constituent des freins à l'engagement dans un processus de démarches administratives, où il s'agit de présenter son identité, sa photographie et de se présenter à la sécurité sociale. Nous lui donnons toutes les informations nécessaires à la compréhension des enjeux afin de faciliter son adhésion au projet de soins et d'accès aux droits. Le médecin lui explique les possibilités d'intervention chirurgicale et de rééducation pour retrouver ensuite une meilleure motricité et ne plus souffrir. Dans cette perspective, l'importance de bénéficier d'une couverture maladie devient une évidence et les étapes à franchir prennent du sens pour lui. Nous décidons ensemble de préparer son dossier administratif, nécessaire à l'obtention de l'AME, afin que M. H. puisse simplement le déposer à l'assistante sociale de la Pass et ainsi obtenir une fiche de liaison lui permettant de prendre rendez-vous avec le service des grands brûlés. Après trois

consultations médicales et sociales dans nos locaux afin de gagner sa confiance, M. H. se rend à la Pass pour voir l'assistante sociale et finaliser sa demande AME. Les travailleurs sociaux de la Pass, sous l'injonction de la direction de l'hôpital, doivent entièrement gérer l'instruction de dossiers (même si la personne a déjà déposé une demande directement à la CPAM avec accusé de réception). Cela permet de valider l'effectivité des droits pour garantir l'accès gratuit aux soins au sein de l'hôpital dans l'attente de l'obtention de l'AME et donc de la prise en charge des frais par la CPAM. Aussi, alors que le dossier de M. H. est complet, l'assistante sociale lui demande une déclaration de perte de son passeport à réclamer auprès de son consulat, pièce non prévue dans la liste des pièces légalement exigibles. M. H. refuse alors de poursuivre l'instruction de sa demande AME car il se sent incapable de se présenter à son consulat. Il se rend quelques jours plus tard à son rendez-vous dans le service des grands brûlés, qui ne peut avoir lieu faute de couverture maladie. M. H. renonce alors une nouvelle fois aux soins.”
[Caso de Marseille]

Tableau 51 : Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients reçus dans les Caso, 2012

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant)	32,5	5 870
Aucun droit possible ¹	23,3	4 197
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité des démarches, etc.)	22,8	4 106
Barrière linguistique	19,4	3 506
Pas de preuves de présence en France depuis 3 mois	9,5	1 715
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	8,7	1 567
Complémentaire trop chère (ou difficultés avance frais, paiement des franchises...)	6,0	1 082
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,8	501
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	1,7	313
Mauvaise expérience dans le système de soins (mauvais accueil, refus de soins...)	1,1	203
AME trop chère (pas les moyens d'acquitter le droit d'entrée)	0,7	117
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) dans les lieux de soins	0,6	116
Autre raison exprimée	5,5	1 000

Taux de réponse : 74,3 %.

¹ En France depuis moins de 3 mois ou visa touriste ou plafond dépassé.

L'une des conditions indispensables pour pouvoir accéder aux droits sociaux est de disposer d'une adresse postale permettant de recevoir tout courrier ayant trait au dossier de demande de CMU ou d'AME. Les personnes ne pouvant justifier d'une adresse (personnelle ou chez un tiers) ont besoin d'une domiciliation administrative, droit inscrit dans la loi sur le droit au logement opposable (Dalo) de 2008. Il est possible de demander une domiciliation administrative au CCAS de sa commune. Hélas, les CCAS ne remplissent pas toujours leur devoir, par méconnaissance de la loi, par manque de moyens ou par refus. En témoignent la part de patients ne disposant pas d'adresse postale (25,4 %) et celle ayant réussi à obtenir une domiciliation administrative auprès d'un CCAS (3,3 %). Elle est d'environ 19 % quand la domiciliation s'est faite auprès d'une association (tableau 52). Depuis de nombreuses années, MdM milite pour obtenir la simplification du droit à la domiciliation. Un groupe de travail interassociatif coanimé par MdM et l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas) a été mis en place en 2010 pour réfléchir à un dispositif de domiciliation plus respectueux des droits des personnes et pour interpellier les ministères concernés sur les mauvaises pratiques. En octobre 2012, le collectif a été en mesure de porter des propositions auprès de la Direction de la sécurité sociale (DSS) et de la DGCS⁴⁵ :

- **que soit effectivement appliqué par les caisses de sécurité sociale le principe déclaratif obtenu en 2008 et prévu par la réglementation** selon lequel une personne qui déclare une adresse directement à une administration n'a pas à produire de justificatifs de domicile ;
- **que soient précisées les missions des CCAS ;**
- **que soient précisées et harmonisées les missions des associations agréées ;**
- **que soit améliorée la coordination de l'offre et des lieux de domiciliation** dont la responsabilité incombe au préfet ;
- **que soit utilisée une attestation de domicile Cerfa unique** pour l'ensemble des dispositifs de domiciliation ;
- **que soit clarifié le cas particulier des mineurs**, qui doivent pouvoir bénéficier de l'AME sans que des difficultés de domiciliation fassent obstacle ;
- **que soit clarifié le cas des ressortissants communautaires**, qui ont accès sans condition au dispositif de domiciliation de droit commun (loi Dalo).

Les associations ont exprimé leur inquiétude quant au désengagement de l'État sur cette question et ont sollicité un soutien financier pour l'exercice de cette mission de domici-

liation afin que puissent se conjuguer au mieux les solidarités locales et nationales.

La quasi-totalité des consultants ayant besoin d'une domiciliation sont des étrangers (97 %) résidant en France depuis peu (74 % depuis moins d'un an, dont 37 % depuis moins de trois mois). Les trois quarts ne possèdent pas de titre de séjour. Sur le plan du logement, 20 % sont sans domicile fixe et 60 % vivent dans un logement précaire (hébergés provisoirement, squat, campement...).

Tableau 52 : Situation des patients de plus de 16 ans reçus dans les Casos vis-à-vis de la domiciliation, 2012

	%	n
Pas besoin de domiciliation (adresse personnelle ou chez des proches)	52,4	9 969
Domiciliation réalisée par un CCAS	3,3	631
Domiciliation réalisée par une association	18,9	3 590
Besoin d'une domiciliation	25,4	4 838

Taux de réponse : 87,5 %.

➔ LES FONCTIONNEMENTS HÉTÉROGÈNES DES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Pour rappel, la CMU, créée en 1999 et destinée aux Français et aux étrangers disposant d'un titre de séjour et justifiant de trois mois de résidence ininterrompue en France, est gratuite sous condition de ressources. Au-delà d'un plafond, elle est participative à hauteur de 8 % de la somme dépassant ce plafond. Les personnes étrangères pauvres, sans titre de séjour, qui justifient de trois mois de résidence ininterrompue sur le territoire et dont les ressources sont inférieures à un plafond sont reléguées vers un système à part, qui est une prestation sociale, l'AME. En 2011, une franchise médicale de 30 euros est imposée, puis supprimée en 2012 à l'arrivée du nouveau gouvernement. Les conditions d'accès ainsi que les documents justificatifs pour démontrer qu'elles sont remplies sont fixés par la loi.

L'accès aux soins des plus démunis, par l'accès aux dispositifs de la CMU, la CMUc ou de l'AME, doit être défendu dans un objectif de santé publique. Or, si la réglementation en vigueur concernant l'accès à ces

(45) « Propositions pour améliorer la domiciliation administrative des demandeurs d'aide médicale d'État. »

dispositifs est complexe, les pratiques des CPAM qui se sont développées sur l'ensemble du territoire en marge de la réglementation et de manière hétérogène viennent compliquer encore plus l'accès effectif aux droits. Il est indispensable de dénoncer ces pratiques abusives, qui découragent les demandeurs et qui génèrent un retard, voire un renoncement à une prise en charge médicale, menaçant directement leur état de santé.

Les CPAM fonctionnent de façon totalement hétérogène, avec une application des règles variables d'une CPAM à l'autre et non systématiquement conformes à la réglementation dans le traitement des dossiers. Ces conclusions sont issues des constats des équipes de terrain de MdM et pour l'AME de deux enquêtes : l'une menée par la Délégation régionale Île-de-France de MdM⁴⁶ et l'autre menée dans le cadre d'un stage de master en santé publique de l'Ispe⁴⁷. Dans tous les cas, il apparaît une grande hétérogénéité des pratiques des CPAM et une augmentation des demandes de justificatifs supplémentaires et abusifs pour les demandeurs d'AME.

Au niveau des CPAM, les principaux abus mentionnés pour la constitution d'un dossier de demande de couverture maladie concernent les pièces légalement exigibles. En effet, que ce soit pour justifier de son identité, de sa résidence sur le territoire français de façon ininterrompue et stable depuis plus de trois mois ou de ses ressources, la réglementation précise les conditions d'éligibilité et la marche à suivre⁴⁸. Pourtant, et plus particulièrement pour l'obtention de l'AME, des pratiques non conformes à la réglementation sont relevées, comme le démontrent les constats ci-dessous :

- Pour déposer une demande d'AME, il suffit de déclarer une adresse. En effet, le principe déclaratif en matière de domicile, c'est-à-dire la possibilité de déclarer une adresse où recevoir son courrier sans fournir de justificatif, s'applique à tous les droits sociaux, y compris l'AME. En aucun cas la réglementation relative à l'AME ne requiert de justificatif concernant le domicile, partant du principe que si la personne déclare une adresse personnelle à une administration, qu'il s'agisse de son adresse personnelle ou de celle d'un tiers, c'est qu'elle y dispose d'une stabilité suffisante.

Le non-respect de ce principe déclaratif est une pratique abusive courante des CPAM. Ainsi, si le demandeur est hébergé à titre gratuit, de nombreuses CPAM réclament des justificatifs de domicile établis au nom de l'hébergeant et avec photocopie de la pièce d'identité de celui-ci.

Lorsque le demandeur est sans domicile stable, il doit obtenir une attestation de domiciliation auprès d'un organisme agréé ou d'un

CCAS⁴⁹. L'attestation de domiciliation est accordée pour un an.

Pourtant, aux pratiques non conformes des personnels des CPAM s'ajoutent celles des personnels administratifs des CCAS, dont les refus de domicilier non conformes à la réglementation empêchent le dépôt de demandes d'AME.

- Pour justifier de son identité dans le cadre d'une demande d'AME, il suffit de présenter un seul document de nature à attester cette identité (avec nom, prénom, date et lieu de naissance), sans nécessité de le traduire.

Un extrait d'acte de naissance est pourtant souvent réclamé en plus d'un autre document d'identité. De plus, bien que la condition de validité des documents d'identité ne soit pas mentionnée dans la réglementation relative à l'AME, certains agents des CPAM demandent que l'extrait d'acte de naissance soit daté de moins de six mois ou de moins d'un an.

La réclamation de ce document constitue un frein majeur au processus d'accès à l'AME. En effet, le délai et les démarches d'obtention sont longs et compliqués, nécessitant de se mettre en relation avec les autorités du pays d'origine.



Un des usagers interrogés lors de l'enquête, de nationalité gabonaise et en possession d'une AME, déclarait qu'il lui avait fallu près de deux mois pour obtenir ce papier." [Caso de Bordeaux]

À propos de la traduction des documents d'identité, il est rapporté que les usagers de langue arabe doivent fournir une traduction officielle de leur extrait d'acte de naissance.

- Pour remplir les conditions de stabilité et de régularité sur le territoire de manière ininterrompue depuis au moins trois mois, il faut fournir un justificatif de résidence, quel qu'il soit, prouvant que cette condition est remplie (bail de location datant de plus de trois mois, facture de gaz...). La réglementation précise qu'il n'y a pas lieu d'exiger un justificatif pour chaque mois de résidence et que la résidence ne doit pas être confondue avec le domicile et, pour les personnes sans domicile fixe, avec la domiciliation.

De nombreuses CPAM ont établi une liste exhaustive de documents permettant de prouver cette condition de résidence. Cette pratique n'est pas conforme à la loi car elle restreint les possibilités de justifi-

(46) « État des lieux des conditions d'accès à l'AME dans les différentes CPAM d'Île de France », janvier 2013.

(47) « Enquête sur les écarts entre la réglementation de l'aide médicale de l'État et la domiciliation, et les pratiques des acteurs de la communauté urbaine de Bordeaux intervenant dans le processus d'obtention de l'Aide Médicale de l'État et de la domiciliation », juin 2012.

(48) Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale d'État ; circulaire DGAS/DSS/DHOS 2005-407 du 27 septembre 2005, relative à l'aide médicale d'État.

(49) Article L. 252-2 du Code de l'action sociale et des familles : « Les personnes [...] qui ont droit à l'aide médicale de l'État et se trouvent sans domicile fixe doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'État dans le département soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale. ». Et circulaire DSS-2 A/DAS/DIRMI n° 2000-382 du 5 juillet 2000 : « Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS) sont tenus de recevoir et de traiter les déclarations d'élection de domicile des personnes sans domicile fixe qui demandent à bénéficier de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'État. Aucun agrément n'est nécessaire pour les CCAS. »

catifs à ceux mentionnés dans la liste alors que les textes réglementaires disposent que, outre les documents précités, peut être produit à l'appui de la demande : « *tout autre document prouvant que cette condition est remplie : par exemple, un document d'un organisme privé à vocation sanitaire ou sociale datant de plus de trois mois (notification de refus de demande d'asile, date d'inscription scolaire des enfants...)*. »

La demande d'un justificatif pour chacun des trois mois est une pratique courante, justifiée par le fait qu'un seul document ne garantit pas la continuité du séjour sur le territoire.

Alors que la loi ne mentionne pas de date de validité du justificatif de résidence, certaines CPAM demandent que ce justificatif soit antérieur de six à douze mois par rapport à la date de la demande.

- Pour justifier de ressources ne dépassant pas un certain plafond et variant selon la composition du foyer, il faut considérer celles perçues au cours des douze derniers mois, y compris celles provenant de l'étranger. D'une manière générale, peu d'écarts sont constatés sur la question des ressources, si ce n'est la demande d'une déclaration sur l'honneur pour toute pièce manquante. Le demandeur est souvent encouragé à ne pas mentionner de ressources nulles, cette mention n'étant généralement pas acceptée par le personnel traitant les dossiers.

Sur un plan réglementaire, le dossier est complet si « *les justificatifs d'identité, de présence ininterrompue sur le territoire et des ressources du foyer au cours des douze mois précédents ainsi que le cas échéant de domiciliation, sont réunis* ». La production d'un RIB n'est pas nécessaire à la constitution du dossier. Pour autant, certaines CPAM réclament ce document, prétextant que cela anticipe la procédure pour une future régularisation.

Un écart régulièrement constaté concerne les **délais d'instruction des dossiers**. Lorsque le dossier est complet, une décision explicite de la CPAM doit intervenir dans un délai de deux mois. Sans réponse au-delà de ce délai, il s'agit d'un refus implicite. Or d'après les expériences sur le terrain, les délais moyens sont plus proches de trois, voire de six mois. Ces délais de réponse posent un vrai problème d'efficacité en termes d'accès à la couverture maladie, car au-delà de deux mois sans réponse il s'avère difficile pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite ou d'un simple retard de procédure.

“ Une fois le dossier CMU déposé, il faudra encore un bon mois, voire deux, pour qu'il aboutisse et à condition que la CPAM soit relancée régulièrement, qu'elle ne le « perde » pas... ou qu'elle ne décide pas de demander une pièce non prévue... Nous arrivons donc à six mois minimum sans ouverture de droits à la santé. » [Caso de Besançon]

- Les **modalités de dépôt des dossiers** sont aussi sources de difficultés pour les demandeurs. Les CPAM doivent leur remettre un récépissé à la date de dépôt de la demande, cette date équivalant à la date d'effet de droit si la demande est acceptée. L'attestation de dépôt est indispensable pour que l'utilisateur puisse se prévaloir de droits potentiels, en particulier en cas de soins hospitaliers (rétroactivité des droits à la date du dépôt de la demande). Bien évidemment, l'envoi par courrier ne permet pas la délivrance de cette attestation, or certaines caisses favorisent le dépôt de dossier par voie postale.

Parmi les lieux d'intervention de MdM, la Guyane constitue un véritable territoire d'exception, concentrant les dysfonctionnements les plus importants. À Cayenne, les demandes de pièces abusives sont systématiques, les délais d'instruction dépassent souvent neuf mois et de nombreux dossiers en attente d'instruction ont été détruits en 2012 par le personnel administratif de la caisse générale de sécurité sociale.

Au-delà de ce cadre réglementaire, qui engendre d'importantes inégalités territoriales d'accès aux droits liées aux pratiques propres à chaque CPAM, la stigmatisation du public et la suspicion sur l'authenticité des preuves apportées sont de véritables obstacles aux devoirs de service public que les CPAM doivent assumer. Trop souvent, « la recherche de la fraude prévaut sur toute démarche et à toutes les étapes », d'où la multiplication des pièces demandées et des pièces réfutées, les nombreux allers-retours, les délais d'obtention des titres... Les questionnaires des agents des CPAM peuvent apparaître inquisiteurs, voire discriminants, dépassant largement le cadre de la demande (questions sur les parcours migratoires, les conditions matérielles de la migration, le lieu d'hébergement...).

L'accueil des demandeurs est aussi considéré comme un frein à l'obtention de l'AME ou de la CMU : pas d'aide au remplissage de dossiers, pas de recours à l'interprétariat, méconnaissance des dispositifs par certains personnels d'accueil, temps limité pour les entretiens. Cela en contradiction avec la mission de service public dont sont pourtant investies les CPAM.

En matière d'accès à la protection sociale, la complexité des dispositifs et des procédures est ressentie par l'ensemble des usagers et des professionnels de santé et d'action sociale. Cela engendre de nombreux dysfonctionnements et une non-application de la loi, qui contribuent au non-recours aux soins des plus démunis, phénomène de plus en plus élevé en France (selon le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) de 2012, il touche plus de 15 % de la population). L'ignorance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la complémentaire CMU ou à l'AME, alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits », en témoigne l'augmentation constante de la file

active des Caso de MdM depuis 2010 (passant de 28 160 personnes en 2010 à 30 560 en 2012).

Les procédures d'ouverture ou de renouvellement des droits ne sont pas appliquées selon les réglementations en vigueur, faute de maîtrise des dispositifs et en raison de procédures bureaucratiques non harmonisées entre les CPAM et d'une véritable volonté politique des CPAM.

À l'échelle européenne, les constats sont similaires. Selon l'Observatoire du réseau international de MdM, concernant le problème de l'accès aux soins, « *une majorité de patients continuent d'ignorer leurs droits et/ou sont perdus face aux procédures bureaucratiques de leur pays d'accueil. Ces résultats contredisent clairement l'idée commune qui veut que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des services sociaux* »⁵⁰.

Face à ces constats, MdM continue de réclamer l'intégration de l'AME dans le dispositif CMU afin d'en finir avec un régime « spécial sans-papiers ». La mise en place d'un dispositif unique, simplifié et sans risque de rupture est la seule garantie d'une politique de santé publique efficace et égalitaire et serait un outil de lutte contre les refus de soins dont les titulaires de l'AME sont encore plus victimes que ceux de la CMU-CMUc.

(50) Médecins du Monde, « *L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie* », avril 2013 : http://www.mdm-international.org/IMG/pdf/PDF_BD_FR_Rapport_crise_et_xenophobie.pdf

3. Le retard et le renoncement aux soins des consultants des Caso en 2012

LES POINTS ESSENTIELS

- **43 % des consultants recourent trop tardivement aux soins au regard de leur pathologie (ils étaient 38,5 % en 2011), et la majorité d'entre eux (67 %) souffrent de pathologies chroniques.**
- **34 % des patients nécessitent des soins urgents ou assez urgents.**
- **22 % des personnes ont renoncé à se soigner au cours des 12 derniers mois.**
- **Le retard et le renoncement aux soins sont associés au fait d'être une femme, à des conditions de logement dégradées, à l'absence de couverture maladie et à l'irrégularité de la situation administrative.**

Au fil des années, les dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble des populations, dont les plus pauvres, se sont multipliés et parfois superposés : les centres de PMI, les LHSS, les Pass, les maisons de santé, les centres d'accueil à bas seuil d'exigence... À de rares exceptions près, il n'est pas utile d'inventer de nouveaux dispositifs mais plutôt de respecter les missions spécifiques des structures déjà existantes, d'harmoniser leurs pratiques et d'assurer leur présence effective et opérationnelle sur l'ensemble du territoire. La réduction des inégalités sociales de santé doit passer par une remise à niveau de l'ensemble de ces dispositifs, par une révision des prestations de soins et des seuils de la CMUc et de l'AME, et surtout par une vigilance accrue de l'accès aux droits et à la santé pour tous.

Le retard et le non-recours aux soins sont certes liés aux difficultés financières, qui renvoient à l'impossibilité d'accéder aux soins, mais les déterminants sociaux, comme le logement, la trajectoire biographique, les conditions sociales, les représentations culturelles de la santé... ainsi que l'organisation du système de santé et de protection sociale sont autant d'éléments qui permettent de mieux comprendre les mécanismes de renoncement. Le facteur financier est rarement isolé et se combine souvent à d'autres motifs amenant les individus à retarder ou à renoncer à un soin.

En France, le phénomène de non-recours aux soins est très élevé (il touche plus de 15 % de la population)⁵¹. Sur les thématiques de non-recours, de retard ou de renoncement aux soins, il existe de nombreuses études, qui portent essentiellement sur les bénéficiaires des différentes prestations so-

ciales. Rares sont les données qui concernent les personnes sans aucune couverture maladie, population difficile à atteindre et ignorée par les statistiques officielles.

Selon une enquête de l'Assurance maladie, les bénéficiaires de la CMUc seraient 45,6 % à avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, essentiellement pour des raisons financières⁵². D'après une enquête réalisée auprès des bénéficiaires de l'AME en 2007, 25 % des immigrés déclaraient avoir renoncé aux soins⁵³.

Renoncement à des soins et non-recours à des soins

Lors du colloque sur le renoncement aux soins, en novembre 2011, Philippe Warin (directeur de recherche au CNRS (Pacte/Odenore - Sciences-Politiques Grenoble), a posé une définition du renoncement et du non-recours à des soins.

Le renoncement aux soins est établi sur une base déclarative : il s'agit d'un besoin de soins identifié mais non satisfait. Les personnes, qui ont donc conscience d'un besoin de soins, déclarent y avoir renoncé sur une période donnée.

La notion de non-recours à des soins renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. Il est établi comme un état de santé non traité médicalement.

Les deux notions ne se superposent pas nécessairement.

(51) Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, rapport 2011-2012 de l'Onpes.

(52) Enquête de l'Assurance maladie, « *Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C* », mars 2011 : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf

(53) Boisguerin B, Haury B, « *Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. Études et Résultats* », 2008;645:1-8

“ L., 13 ans, est arrivée en France avec ses parents en juillet 2012. La famille souhaite s’y installer. Le père est en recherche d’emploi et la famille vit de l’aide de ses proches. L. est atteinte d’asthme sévère et d’allergies et est suivie médicalement depuis l’âge de 4 ans. Si dans un premier temps les économies du couple suffisaient pour assurer l’avance des soins, très vite, le manque de ressources n’a plus permis l’achat des traitements de l’enfant. La demande de couverture médicale a bien été prise en compte par les services de la sécurité sociale, mais les délais d’immatriculation sont longs et rallongent d’autant l’ouverture des droits. Face à une nouvelle crise d’asthme et sans traitement depuis plusieurs semaines, ses parents l’emmènent à la consultation médicale de MdM pour un symptôme allergique accompagné d’une rhinite. La famille ne dispose alors d’aucunes ressources et les droits à la couverture médicale ne sont toujours pas effectifs. »

[Caso de Marseille]

Une nette augmentation du retard de recours aux soins

En 2012, les médecins estiment que 43,1 % des consultants (soit 3 577 personnes) présentent lors de leur première visite un problème de santé qui aurait dû être traité plus tôt (tableau 53). En 2011, ils étaient 38,5 % (soit 1 547 personnes) à accuser un retard de recours aux soins.

Les médecins constatent par ailleurs que 34 % des patients ont un état de santé qui nécessite des soins urgents ou assez urgents au moment de la consultation. Dans la quasi-totalité des cas (93 %), ces patients ne disposent d’aucune couverture maladie.

Au cours des douze derniers mois, 22 % des patients déclarent avoir renoncé à des soins.

Le retard de recours aux soins constaté par les médecins est

plus fréquent chez les personnes ayant renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (55 % vs 41 % pour les autres consultants). Ce sont elles qui nécessitent le plus souvent un suivi dans la durée : ainsi, 67 % d’entre elles sont affectées d’une pathologie chronique contre 46 % des autres patients.

De la même façon, le renoncement aux soins concerne plus fréquemment les personnes souffrant de pathologies chroniques (65 % vs 58 %). Ces pathologies chroniques sont diverses, il s’agit essentiellement d’affections du système digestif ou d’HTA (13 %) ou encore de diabète (8 %).

“ Les deux patients ont été rencontrés sur un camp vers Calais. Le premier, de nationalité irakienne, souffre depuis trois semaines : il a du sang dans les selles, du mal à marcher, des étourdissements et se sent très fatigué. Il a peur d’aller à l’hôpital. Le deuxième, de nationalité iranienne, parle de douleurs au dos l’empêchant de dormir. Nous les accompagnons à l’hôpital. Après l’inscription administrative, l’infirmière d’accueil s’enquiert du cas du patient irakien de 30 ans. Elle apprend que celui-ci a des symptômes depuis trois semaines, et demande pourquoi il n’est pas venu plus tôt. Considérant que le cas de ce patient ne relève pas de l’urgence, elle ne souhaite pas l’accepter à l’intérieur du service et ne comprend pas pourquoi les médecins de MdM n’ont pas déjà traité le patient depuis le temps. Du fait de notre GRANDE insistance, elle accepte finalement la prise en charge de ce patient. Concernant le deuxième patient, elle refuse catégoriquement son entrée, considérant que ce n’est pas de l’urgence et qu’il pourra être vu le lendemain par un médecin de MdM. Nous lui montrons la plaquette de l’hôpital expliquant le dispositif Pass. L’infirmière refuse d’accepter le patient, de même que tout accompagnant dans l’enceinte du service.”

[Infirmière bénévole accompagnante, Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

Tableau 53 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des patients reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Retard de recours aux soins	43,1	3 577
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	22,3	3 182
Soins urgents ou assez urgents	34,0	3 119

Taux de réponse : Retard aux soins : 35,8 % ; Renoncement aux soins : 58,8 % ; Soins urgents ou assez urgents : 39,6 %.

Des indicateurs de santé inquiétants

Le recours tardif est majoré chez les personnes considérées comme prioritaires du fait de leur vulnérabilité sociale ou médicale : les femmes, les étrangers en situation irrégulière, les sans-domicile fixe ainsi que les patients sans couverture maladie (tableau 54). Il augmente de façon très nette au-delà de l'âge de 20 ans.

De façon similaire, le renoncement aux soins est fortement associé au fait d'être une femme, d'avoir des conditions de logement précaires, d'avancer en âge et d'être sans droit ouvert à la couverture maladie.

La probabilité de renoncer à des soins est plus élevée chez les patients français (26,4 % vs 22,4 % des étrangers). On peut supposer que l'absence de complémentaire santé ainsi que la baisse constante des remboursements d'assurance maladie engendrent des restes à charge de plus en plus importants ; ainsi les patients français sont-ils de plus en plus nombreux à renoncer à se soigner (en 2011, ils étaient 13,5 % vs 22,4 % des étrangers).

Concernant les étrangers, le renoncement aux soins progresse de façon significative avec la durée de résidence en France, contrairement au retard de recours aux soins, qui ne varie pas en fonction du temps de présence sur le territoire.

Tableau 54 : Caractéristiques associées au retard de recours aux soins et au renoncement aux soins des patients consultant dans les Caso, 2012

	Retard de recours aux soins		Renoncement aux soins	
	%	p ¹	%	p ¹
Ensemble des patients	43,1		22,3	
Nationalité				
Français	41,2	réf	26,4	réf
Étrangers	43,3	ns	22,4	***
Sexe				
Hommes	42,4	réf	21,5	réf
Femmes	44,1	*	23,6	**
Âge				
Moins de 20 ans	33,4	réf	15,1	réf
20-39 ans	43,7	***	23,3	***
40-59 ans	48,3	***	22,7	***
60 ans et plus	43,2	**	22,5	***
Durée de résidence en France				
< 1 an	42,3	réf	20,5	réf
1 an à < 3 ans	42,9	ns	24,1	***
≥ 3 ans	44,1	ns	26,5	***
Situation administrative				
Séjour régulier	42,6	réf	21,8	réf
Situation irrégulière	43,6	*	23,2	ns
Logement				
Stable	44,2	réf	23,1	réf
Hébergés (organisme ou association)	42,4	ns	17,3	***
Précaire	42,4	ns	23,0	ns
Sans domicile fixe	49,2	*	23,3	ns
Droits à la couverture maladie				
Non ouverts	44,1	réf	23,4	réf
Ouverts	40,0	*	14,4	***

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

Lecture du tableau : 44,1 % des personnes sans couverture maladie présentent un retard de recours aux soins contre 40,0 % des personnes disposant d'une couverture maladie, différence significative au seuil de 0,05 %.

➔ L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS AU CASO DE CAYENNE EN 2012

Depuis quelques années, les politiques sociales en Guyane se sont radicalisées à l'encontre des populations vulnérables, creusant ainsi les inégalités sur le territoire. Les équipes de terrain de MdM constatent des dysfonctionnements alarmants et une véritable insuffisance des administrations du secteur social et sanitaire. Les délais d'instructions des dossiers AME/CMU dépassent les neuf mois. L'accès aux prestations est conditionné par la production de nombreux justificatifs abusifs. Il existe un guichet unique de la caisse générale de sécurité sociale, dont les pratiques ont abouti à la destruction ou à la perte de nombreux dossiers en attente. Les structures assurant le service de domiciliation sont parfois défaillantes et bien trop peu nombreuses face à la demande (la Guyane concentre 11 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AME du territoire français⁵⁴).

Cette accumulation de contraintes administratives complexes et discriminatoires entraîne des retards et des renoncements d'accès aux soins.

Près de 90 % des patients relèvent au regard de leur situation administrative d'un dispositif de couverture maladie, proportion nettement

plus élevée que pour les patients des autres Caso (76 %). Près de la moitié (48 %) relèvent de l'AME et 41 % environ de l'assurance maladie (tableau 55).

Dans la pratique, l'accès aux droits effectifs est extrêmement faible, avec moins de 5 % de personnes qui bénéficient effectivement de ces droits potentiels lors de leur première visite au Caso (vs 14 % des patients des autres Caso).

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins déclarés par les patients du Caso de Cayenne sont nombreux et exprimés de façon nettement plus soutenue que chez les autres consultants. Ainsi, 49 % citent leur méconnaissance de leurs droits et des structures de soins (vs 32 % des patients des autres Caso), 49 % l'obstacle linguistique (vs 18 %), 46 % les difficultés administratives (vs 21 %) et 43 % les difficultés en lien avec l'avance des frais et l'accès trop cher à une complémentaire santé (vs 4 %). Ils sont également significativement plus nombreux à faire état de discriminations et de mauvaises expériences dans le système de soins ou dans le système d'accès aux droits (14 % vs 2 % des consultants des autres Caso).

Ce cumul de difficultés se traduit par un retard de recours aux soins et un renoncement aux soins au cours des douze derniers mois très nettement majorés parmi les consultants de Cayenne (respectivement 51 % et 63 % vs 20 % et 40 % pour les patients des autres Caso).

Tableau 55 : Droits à la couverture maladie des patients de Cayenne reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Patients de Cayenne		Patients des autres Caso	
	%	n	%	n
Droits théoriques à la couverture maladie				
Assurance maladie	40,6	485	16,1	3 384
AME	48,0	573	56,6	11 874
Droits dans un autre pays européen	0,2	2	3,4	720
Droit à aucune couverture maladie	11,2	134	23,8	4 985
Droits effectifs (parmi les patients ayant des droits théoriques)				
Ouverts	4,6	41	14,2	2 064
Non ouverts	95,4	844	85,8	12 511

Taux de réponse : Droits théoriques : 91,2 % ; Précisions aucun droit possible : 96,5 %.

(54) Insee santé, « L'assurance maladie en Guyane : les ruptures de droits de base ».



© MDM

MAYOTTE :

UNE SITUATION D'EXCEPTION MALGRÉ DES AVANCÉES THÉORIQUES

Mayotte a rejoint les rangs des départements français en 2011 en devenant le 101^e département. Si étrangère aux yeux de bien des Français, nourrie de références historiques et culturelles comoriennes, malgaches, africaines et arabomusulmanes, cette île vit actuellement de nombreux changements sociaux et économiques, avec la nécessité d'un véritable rattrapage en termes de droits sociaux et d'accès à la santé. ■

LES POINTS ESSENTIELS

- > Seuls 18 % des enfants ayant consulté au centre pédiatrique de MdM sont affiliés à la sécurité sociale.
- > Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux, marqués par la barrière financière en l'absence d'un système clair de prise en charge et par la peur omniprésente des expulsions.
- > 38 % des enfants accueillis au centre pédiatrique et 58 % de ceux vus en consultation mobile ont été contraints de renoncer à des soins au cours des six derniers mois.
- > 5,1 % des enfants présentent une malnutrition aiguë.

Contexte

Petite île de l'océan Indien d'une superficie de 374 km² et de 212 000 habitants lors du recensement de 2012, située à l'entrée nord du canal du Mozambique, Mayotte fait partie de l'archipel géographique des Comores, composé également de Grande Comore, Anjouan et Mohéli. Elle fut successivement colonie (1841) puis territoire d'outre-mer (1946). En 1975, alors que les trois autres îles deviennent indépendantes et constituent l'État des Comores, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international. Jusqu'en 1995, la libre circulation était de mise entre les quatre îles. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche cette libre circulation, et ce qui constituait jusque-là une mobilité familiale et économique devient « immigration irrégulière ». C'est en 1995 que commencent les premières expulsions directes de Mayotte vers les Comores pour 565 personnes en cette première année.

Au fil des années, les parents, les frères, les cousins comoriens sont devenus à Mayotte des « immigrés clandestins ». La politique migratoire française s'est considérablement radicalisée depuis quelques années sur le territoire métropolitain comme à Mayotte. En 2011⁵⁵, 21 700 personnes auraient été expulsées, dont 5 389 mineurs, soit plus de 10 % de la population de Mayotte, ce qui représente à peu près autant d'expulsions que pour tout l'Hexagone... Ce chiffre serait en baisse en 2012 (de l'ordre de 17 000 selon les services du Défenseur des droits⁵⁶) ; cependant, sur le terrain, les associations ne constatent pas de changement concernant les expulsions et la rétention à Mayotte.

Le 31 mars 2011, Mayotte devient le 101^e département français et le cinquième département d'outre-mer. Mais tous les droits applicables aux départements n'y sont pas effectifs. Dans le cadre de ce que les autorités appellent la « départe-

mentalisation », un « rattrapage » est prévu en matière de santé, de droits sociaux, de développement économique... d'ici 20 à 30 ans. À l'automne 2011, le nouveau département connaît un mouvement social fort « contre la vie chère » qui durera quarante-six jours. Ainsi, l'année 2012 a été marquée par une forte désillusion face à une départementalisation qui reste encore à faire et à une situation économique et sociale dégradée, avec des mouvements sociaux réguliers et multiples. La population mahoraise est extrêmement jeune, les moins de 15 ans représentent quasiment la moitié de la population totale ; l'âge moyen est de 22 ans. Le taux de chômage général atteint 26 %. En matière de santé, Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport à la métropole de 84 %⁵⁷, surmortalité liée aux maladies infectieuses, au diabète et aux maladies de l'appareil respiratoire. Le taux de mortalité maternelle y est très important, six fois plus élevé qu'en métropole, souvent à la suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La mortalité infantile est quatre fois plus élevée qu'en métropole.

Jusqu'en 2005, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuits dans les structures publiques de soins (dispensaires et hôpital). En 2005, un système spécifique de sécurité sociale a été mis en place, sans CMU, CMUc ni AME, ouvert aux seuls Français et étrangers majeurs en situation régulière⁵⁸. Au total, selon les estimations au jugé (pas de chiffres officiels en la matière), l'introduction de ce système d'assurance maladie a conduit à l'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie, et donc souvent des soins⁵⁹. C'est le cas des étrangers en situation irrégulière, mais aussi d'une partie de la population mahoraise dans l'incapacité de justifier de son état civil ou de présenter d'autres documents exigés de façon abusive (justificatif de domicile, RIB...).

Les enfants ne peuvent être affiliés qu'en qualité d'ayants

(55) Chiffres annoncés par la préfecture de Mayotte en février 2012 : http://www.malango-actualite.fr/imprime_article.php?id_article=8815

(56) Mathieu Y., « Compte-rendu de la mission conduite par Mme Yvette Mathieu auprès du Défenseur des droits de l'enfant à Mayotte », mars 2013.

(57) Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé, ARS, « État de santé de la population de la Réunion et de Mayotte – Océan Indien », 2010, dossier n° 01, 18 pages.

(58) Selon l'ordonnance n° 96-1122, pour être considéré en situation régulière : il faut être « autorisé à séjourner sur le territoire de cette collectivité territoriale pour une durée supérieure à trois mois ou y résider effectivement depuis trois mois » et donc avoir un titre de séjour ou un récépissé. Dans ce dernier cas il faut apporter la preuve de la résidence à Mayotte depuis plus de trois mois.

(59) Math A., « Mayotte. La situation économique et sociale », Chronique internationales de l'Ires, 2012, p. 134.

droit : seuls peuvent être affiliés les enfants à charge d'un parent français ou d'un parent étranger en situation régulière, lequel doit résider à Mayotte. Les enfants de personnes sans papiers ou les mineurs isolés, nombreux en raison des expulsions systématiques et répétées des parents sans leurs enfants, n'ont ainsi accès à aucune forme de protection maladie. Il en est de même lorsque le parent français ou en situation régulière ne réside pas sur le sol de Mayotte. Selon les services du Défenseur des droits, 75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à la sécurité sociale.

Concernant l'accès aux soins, la Pass ne propose pas de consultations médicales et la circulaire relative à la création du FSUV n'est pas applicable à Mayotte. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait (de l'ordre de 10 euros pour une consultation de médecine générale à 300 euros pour un accouchement⁽⁶⁰⁾) souvent élevé au regard de leurs moyens financiers (un habitant sur cinq gagne moins de 100 euros par mois⁽⁶¹⁾). Un dispositif spécifique est prévu permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de nécessité de soins urgents, mais il fonctionne mal, et la définition des soins urgents est plus restrictive.

En août 2009, à la suite d'un rapport de la Défenseuse des enfants dénonçant les insuffisances de la prise en charge des enfants non affiliés à la sécurité sociale⁽⁶²⁾, un système de « **bons enfants** » ou « **bons roses** », toujours en vigueur, a été mis en place par le centre hospitalier de Mayotte⁽⁶³⁾. Ce dispositif, sans fondement légal, prévoit théoriquement que le bureau des entrées de l'hôpital ou du dispensaire délivre un « bon enfant » aux enfants non affiliés pour la gratuité des soins. Il ne permet pas une prise en charge des soins extra-hospitaliers parfois indispensables dans le cas d'enfants gravement malades nécessitant, par exemple, des soins infirmiers.

Ce système, « bricolé », peu clair⁽⁶⁴⁾, fonctionne en réalité assez mal : les bons sont méconnus et attribués de manière partielle et arbitraire. De plus, il aurait dû prendre fin en mai 2012. En effet, le 31 mai 2012, une ordonnance⁽⁶⁵⁾ concernant Mayotte dispose que les frais concernant les mineurs et les enfants à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures à

un certain montant. Cette modification constitue une avancée légale majeure puisqu'elle inscrit dans la loi le principe de la gratuité des soins pour les mineurs et les femmes enceintes et devrait de ce fait rendre le système des bons roses caduc.

Cependant, cette modification législative ne s'applique qu'au système public de santé. Les enfants non affiliés restent exclus des soins de la médecine de ville nécessaires pour la prise en charge notamment des enfants en situation de handicap. D'autre part, ce texte reste pour l'instant inappliqué, et aucune information sur son existence et son contenu n'a été transmise aux équipes de terrain (soignants et accueillants dans les dispensaires notamment) ou à la population. Par ailleurs, cette avancée légale notable – qui reste entièrement à appliquer – ne remplace pas d'autres réformes de fonds : la mise en place de la CMUc ainsi que celle d'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière du type AME, ou, en l'absence d'autre option, l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie. Ces demandes, faites de longue date par les associations, ont été recommandées par la Halde⁽⁶⁶⁾, la Défenseuse des enfants et récemment le Défenseur des droits dans son rapport de 2013⁽⁶⁷⁾.

À cette occasion, il faut souligner et saluer la naissance d'un début de jurisprudence permettant l'affiliation directe des enfants à la sécurité sociale. En 2010, à la suite d'une procédure mise en œuvre par MdM, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Mamoudzou a jugé que le droit de la santé en vigueur à Mayotte était contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et a reconnu un droit à l'assurance maladie à un enfant en son nom propre⁽⁶⁸⁾. La caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) a fait appel de la décision, appel qui a finalement été rejeté en 2012, cette décision faisant l'objet aujourd'hui d'un pourvoi en cassation. Mais c'est la première fois qu'un tribunal impose l'affiliation directe d'un mineur à la sécurité sociale et considère que le droit applicable à Mayotte dans le domaine de la santé est contraire à la CIDE. Cette décision est une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé.

(60) 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.

(61) Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé, ARS, *op. cit.*

(62) Défenseur des enfants, « *Regard de la Défenseuse des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte* », annexe au rapport, 2008, 23 pages. Ce rapport a fait suite à une saisine interassociative (Aides, Cimade, Gisti, Médecins du Monde et Collectif migrants outre-mer).

(63) Note d'information, « *Accès aux soins des mineurs non affiliés* », centre hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, 28 juillet 2009.

(64) Selon le texte de la note d'information, le dispositif mis en place maintient une ambiguïté entre soins urgents (« *affection grave et durable* ») et soins courants, seuls les premiers permettant une exonération de la provision.

(65) Ordonnance n° 2012-785 (cf. annexe 3 modifiant le Code de la santé publique dans son article L. 6416-5).

(66) Halde, délibération n° 2010-87 du 1^{er} mars 2010, in Roulhac C., « *La reconnaissance du caractère discriminatoire du dispositif d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à Mayotte : une illustration de l'applicabilité et de l'universalité des droits sociaux. Commentaire de la délibération de la Halde n° 2010-87 du 1^{er} mars 2010* », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010 : 4, 704-13.

(67) Décision du Défenseur des droits n° MDE/2013-87, « *Recommandations générales relatives à la situation très alarmante des mineurs étrangers isolés dans le Département de Mayotte* », 2013.

(68) Tass de Mamoudzou, jugement du 17 décembre 2010.

Les consultations médico-sociales de MdM

Afin d'améliorer l'accès à la santé des enfants en situation de précarité, MdM a ouvert en décembre 2009, dans le quartier de Majicavo Koropa, commune de Koungou, un centre pédiatrique de soins et d'orientation (CPSO) où se déroulent des consultations médicales et sociales. Depuis mars 2010, des consultations mobiles hebdomadaires sont également organisées dans d'autres quartiers de l'île auprès des populations précaires.

En 2012, la clinique mobile, devenue unité mobile de soins et d'orientation (UMSO) après l'acquisition d'un camion aménagé, s'est déplacée sur plusieurs sites : Vahibé, Miréréni-Combani, Dzoumogné et Bouyouni. Ces sites combinent une forte densité de population, un habitat indigne largement répandu, un accès à l'eau difficile et de fréquents contrôles de police.

En 2012, le programme a enregistré 3 177 consultations médicales pour 1 887 patients reçus. Parmi eux, 911 étaient des nouveaux enfants. Parmi ces derniers, 47 % ont été rencontrés au centre de santé de Majicavo Koropa et 53 % ont été vus lors des consultations mobiles hebdomadaires.

En 2012, parmi les enfants rencontrés, 67 % ont moins de 6 ans (très net rajeunissement de la file active), 16 % entre 6 et 9 ans, 13 % entre 10 et 14 ans. La quasi-totalité des enfants (92 %) sont nés à Mayotte. Les enfants non nés à Mayotte sont arrivés en bas âge (65 % des enfants de plus de 13 ans non nés à Mayotte sont arrivés sur le territoire depuis plus de 7 ans).

Parmi les enfants accueillis, 71 % ont leurs deux parents de nationalité étrangère, 28 % ont au moins un parent français, aucun n'a ses deux parents français.

Les parents étrangers sont presque exclusivement comoriens, avec 92 % de mères comoriennes et 74 % de pères comoriens. Enfin, 85 % des mères étrangères et 77 % des pères étrangers n'ont pas de titre de séjour.

Au jour de la première consultation, 8 % des enfants accueillis ont au moins un parent actuellement expulsé hors de l'île et 4 % des enfants ne vivent avec aucun de leurs parents. Il s'agit dans 46 % des cas de situations qui durent depuis plus de 6 mois. Durant la période d'expulsion des parents, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique. Les personnes qui accueillent ces enfants, en attendant le retour potentiel des parents, assurent leur quotidien mais reportent généralement, sauf urgence, le suivi

médical de ces enfants. Lorsque les accueillants amènent les enfants au centre de santé, il est probable qu'ils se présentent comme leurs parents, par peur de ne pas être reçus par le médecin ou par crainte d'attirer l'attention sur la situation. La reprise du suivi médical des enfants se fait généralement au retour d'un des parents.

En ce qui concerne les problèmes de santé, la grande majorité des enfants souffrent d'infections. Les viroses respiratoires et ORL, très fréquentes chez les enfants, restent le premier motif de consultation (79 %). Les pathologies de la peau sont au deuxième rang (48 %). En effet, les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence (manque d'hygiène lié aux difficultés d'accès à l'eau et au savon, promiscuité). Au moment de la saison des pluies, le taux d'humidité de l'air favorise les infections cutanées primaires telles que l'impétigo, les abcès et les surinfections des autres pathologies cutanées présentes toute l'année : gale, dermatophytose, teigne. Les conditions de vie des enfants à Mayotte génèrent fréquemment des plaies (habitat en tôle, non-ramassage des déchets dans des ruelles étroites et glissantes...) et des brûlures (cuisine à même le sol sur des réchauds à pétrole ou au feu de bois) avec des risques de surinfections liées aux conditions d'hygiène. Les problèmes d'ordre digestif concernent 32 % des consultations.

Lors des consultations, parmi les 970 enfants dont le périmètre brachial a été mesuré, 5,1 % présentent une malnutrition aiguë⁽⁶⁹⁾.

■ Une insuffisance globale de couverture vaccinale pour les vaccinations obligatoires et recommandées

Parmi les nombreux objectifs opérationnels de la mission figure une action de témoignage sur la situation médicale des enfants, en termes notamment de vaccinations. Ces informations sont collectées systématiquement pour les nouveaux patients à partir des carnets de santé afin d'estimer les taux de couverture pour les vaccinations obligatoires ou fortement recommandées à Mayotte (ROR, DTP, coqueluche, BCG et hépatite B).

Indépendamment de l'âge, la couverture vaccinale des enfants est insuffisante, elle se situe entre 72 % et 75 % pour une majorité de vaccins (ROR : 73 %, DTP : 72,4 %, Coqueluche : 74,1 %, BCG : 74,3 %). Elle est plus élevée pour l'hépatite B, avec 94,8 %.

Si l'on compare ces résultats aux objectifs de couverture vaccinale fixés dans le Plan de santé publique, on constate

(69) La **malnutrition aiguë** comprend la malnutrition modérée et la malnutrition sévère. Elle se caractérise par une nette insuffisance de poids par rapport à la taille. Pour évaluer rapidement le degré de malnutrition d'un enfant, on peut utiliser un bracelet, mais le rapport poids/taille est aussi utilisé. La malnutrition aiguë modérée se définit par un indice poids/taille compris entre 70 et 80 % du ratio normal ; la malnutrition sévère se définit par un indice poids/taille inférieur à 70 % du ratio normal, ou par un périmètre brachial < 115 mm, ou par des œdèmes bilatéraux (critères diagnostiques indépendants).

une insuffisance globale de couverture pour les vaccinations obligatoires et recommandées (tableau 56).

Quel que soit le vaccin, le taux de couverture vaccinale diminue de manière significative pour les enfants non affiliés à la sécurité sociale (tableau 57).

Afin d'estimer l'impact de la mise à disposition gratuite dans les centres de PMI des vaccins inscrits au calendrier vaccinal en vigueur, il est important de comparer les taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 6 ans en fonction de leur affiliation à la sécurité sociale. En effet, tous les enfants de moins de 6 ans sont censés pouvoir être vaccinés gratuitement et indépendamment de leur statut social dans les centres de PMI (tableau 58).

Quel que soit l'âge considéré, le fait de ne pas avoir de cou-

verture maladie est un facteur limitant pour être correctement vacciné.

Pour les enfants de moins de 6 ans, des difficultés supplémentaires s'ajoutent : d'une part, la présence fréquente des forces de l'ordre à proximité des routes qui empêchent les mères de se rendre au centre de PMI par peur d'être arrêtées ; d'autre part, la surcharge d'activité des PMI, les budgets insuffisants et le manque de personnel entraînant des délais de rendez-vous de plus de trois mois.

Ces dysfonctionnements sont rapportés par les services du Défenseur des droits sur la protection des droits de l'enfant à Mayotte en mars 2013 qui spécifie que « les livraisons de vaccins sont irrégulières, la PMI oriente alors de façon arbitraire vers le centre hospitalier de Mayotte ».

Tableau 56 : Comparaison entre les objectifs de couverture vaccinale spécifiques pour chaque vaccination fixés par le Plan de santé publique et les taux de couverture vaccinale des enfants suivis par la mission MdM en 2012 à Mayotte (indépendamment de l'âge)

Vaccination	Objectifs fixés par le PSP	Résultats cohorte MdM
ROR	95 %	73,0 %
DTP	95 %	72,4 %
Coqueluche	95 %	74,1 %
BCG	90 %	74,3 %
Hépatite B	75-80 %	94,8 %

Tableau 57 : Taux de couverture vaccinale par type de vaccin en fonction de l'affiliation à la sécurité sociale des enfants suivis par la mission MdM en 2012 à Mayotte

Maladie	Affiliés à la sécurité sociale (n = 337)	Non affiliés à la sécurité sociale (n = 1 526)
ROR	84,4 %	70,1 %
DTP	85,1 %	69,1 %
Coqueluche	87,0 %	70,9 %
BCG	77,1 %	69,0 %
Hépatite B	97,8 %	94,1 %

Tableau 58 : Taux de couverture vaccinale par type de vaccin en fonction de l'affiliation à la sécurité sociale des enfants de moins de 6 ans suivis par la mission MdM en 2012 à Mayotte

Maladie	Affiliés à la sécurité sociale (n = 221)	Non affiliés à la sécurité sociale (n = 1 112)
ROR	77,7 %	61,2 %
DTP	82,0 %	66,7 %
Coqueluche	82,3 %	66,3 %
BCG	71,1 %	63,5 %
Hépatite B	97,1 %	93,8 %

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Parmi les enfants nés à Mayotte, seuls 18 % sont affiliés à la sécurité sociale. Sur l'ensemble des enfants qui devraient être affiliés à la sécurité sociale, plus de la moitié (53 %) ne le sont pas. Une étude réalisée en 2008 montre qu'au moins 40 000 personnes, dont 18 000 enfants, n'accéderaient pas à l'assurance maladie à Mayotte, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient des étrangers. Ainsi, 78 % des Français seraient affiliés contre 47 % des étrangers⁷⁰.

Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins. Les obstacles les plus fréquents sont d'ordre financier (coût des consultations, des traitements mais aussi des transports). La peur des expulsions, la barrière linguistique et les difficultés administratives sont autant de difficultés qui amènent à des retards ou à des renoncements aux soins.

■ Le premier obstacle à l'accès aux soins des enfants : le coût des soins

L'ordonnance du 31 mai 2012, qui prévoit la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes dans le système public de santé (dispensaire et hôpital) à Mayotte, n'est toujours pas appliquée. Aucune information ou instruction n'a été faite par l'administration, qui se retranche derrière l'attente d'un décret d'application alors que le texte est directement applicable. Comme évoqué, le système des « bons roses » permettant l'accès à un professionnel de santé est, lui, totalement arbitraire, les bons étant accordés au bon vouloir des accueillants et des médecins, et très mal connus de la population.

Ainsi, le coût des soins est le premier obstacle invoqué à l'accès aux soins des enfants. Les difficultés financières pour la consultation ou le traitement sont citées dans respectivement 63,5 % et 78 % des cas lorsque les deux parents sont étrangers en situation irrégulière. Rappelons que la population de Mayotte est caractérisée par une grande pauvreté : un habitant sur cinq gagne moins de 100 euros par mois et le revenu annuel moyen est de 4 480 euros pour les Français de Mayotte et de 2 280 euros pour les étrangers vivant à Mayotte. Par ailleurs, le coût des transports, alors que les distances à parcourir sont relativement faibles, est cité comme un obstacle par plus de la moitié des accompagnants (53 %). Pour information, un aller-retour pour une personne en taxi collectif, principal moyen de transport, varie de 2,4 à 5 euros par personne, soit jusqu'à 10 euros pour deux personnes. En 2012, 66 % des parents des enfants nouvellement reçus au centre ne connaissent pas le dispositif des « bons roses ».

Les familles, persuadées d'avoir à payer pour la consultation et les soins de leurs enfants, tendent souvent à renoncer aux soins ou à les repousser.

“ Lors d'une consultation mobile en mai 2012, nous recevons en consultation un nourrisson de presque six semaines. Le médecin remarque qu'il n'a pas fait de test Guthrie à la naissance et questionne donc la mère à ce propos. La mère explique que son enfant est né le jeudi 12 avril. Elle a quitté l'hôpital le 13 et on lui a demandé de se rendre au dispensaire le 16 pour réaliser ce test. La mère s'est donc présentée avec son enfant au dispensaire le 16 avril. La personne à l'accueil lui a dit qu'il fallait qu'elle paie 10 euros pour la consultation étant donné que son enfant n'était pas affilié à la sécurité sociale. La mère a alors répondu qu'elle n'avait pas d'argent et qu'elle ne pouvait pas payer la consultation. La personne lui a dit que ce n'était pas la peine, qu'elle ne serait pas reçue. La mère nous explique être tout de même restée au dispensaire toute la matinée en insistant pour pouvoir être reçue mais elle est restée confrontée à un refus catégorique de la personne à l'accueil. La mère nous dit ensuite avoir déjà bénéficié d'un bon de circulation gratuit pour un autre de ses enfants à l'hôpital mais sans trop savoir ce que c'était et sans pouvoir expliquer cela à la personne de l'accueil. Nous lui avons donc réexpliqué le principe du « bon rose ».”

Dans le cadre des consultations au centre de santé de MdM, les équipes continuent d'informer, dès l'accueil, sur l'existence de ces bons dans les dispensaires et à l'hôpital. Mais il est indispensable que l'ordonnance de 2012 soit désormais appliquée.

■ La peur omniprésente et justifiée des expulsions

Parmi les adultes ayant consulté (n = 187)⁷¹, 39 % ont déjà été expulsés, et, parmi eux, 36 % l'ont été au moins à deux reprises. La quasi-totalité (90 %) des adultes est arrivée pour la première fois à Mayotte il y a plus de trois ans.

La peur de se déplacer et la crainte des contrôles de police sont citées par plus de la moitié (53 %) des consultants comme étant des obstacles à l'accès aux droits et aux soins. Cette proportion atteint 64 % lorsque les deux parents sont en situation irrégulière.

(70) Guyot D., « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte », rapport final, 2009, 10 pages.

(71) Il s'agit de parents d'enfants malades consultant à MdM et d'autres adultes suivis par la consultation sociale de MdM.

L'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales, aussi bien par les parents que par les enfants eux-mêmes. Il est alors essentiel de proposer un lieu de consultation de proximité à ces populations. Les expulsions sont si fréquentes qu'elles arrivent parfois sur le trajet vers MdM et visent aussi des parents d'enfants gravement malades. Les équipes de MdM sont alors amenées à intervenir auprès des autorités pour la libération du centre de rétention administrative. En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des consultations mobiles, MdM privilégie la proximité pour éliminer l'obstacle de la distance à parcourir.

« ARRESTATION SUR LE TRAJET VERS LA CONSULTATION MÉDICALE MdM »

“ Le 14 juin 2011, lors de la clinique mobile à Miréréni-Combani, MdM reçoit Mme R., mère de quatre enfants, dont trois sont nés à Mayotte. La mère est venue pour une consultation médicale pour son enfant de 4 ans. Durant le temps d'attente, elle en profite pour expliquer à l'intervenant social que la mairie refuse d'inscrire son enfant de 4 ans à l'école, sous prétexte que ce dernier n'est pas affilié à la sécurité sociale. La mère ne connaissant pas la date de naissance exacte de son enfant, l'intervenant social lui demande d'aller chercher chez elle l'extrait de naissance. Elle s'y rend, laissant l'enfant dans la salle d'attente, sous la surveillance de voisines. Sur le chemin du retour, des agents de la police aux frontières (PAF) interpellent la dame. Mme R. explique qu'elle retourne auprès de son enfant, qui attend pour une consultation médicale. Malgré les explications, les agents de la PAF ne veulent pas la relâcher. Ayant bruit de l'arrestation, l'intervenant social de MdM s'est rendu sur le lieu de l'arrestation et a expliqué l'importance de la présence de la maman pendant la consultation médicale de son enfant. C'est seulement grâce à cette intervention que la mère a finalement été relâchée.”

■ 42 % des personnes confrontées à des difficultés linguistiques

La barrière linguistique est un frein à l'accès aux droits et aux soins cité par 42 % des accompagnants, frein d'autant plus important quand les deux parents sont étrangers. Ces chiffres sont sans doute sous-estimés en raison de la banalisation de

cette difficulté largement répandue à Mayotte. Parmi les adultes ayant consulté, les accueillants de MdM estiment que 72 % ne maîtrisent pas la langue française.

Le Français est certes la langue officielle à Mayotte, utilisée dans les institutions, mais il ne s'agit pas pour autant de la langue parlée au sein des foyers. Ainsi, la majorité des Mahorais ne parlent pas le français. Le mahorais (ou shimaoré) est la langue parlée par plus de deux tiers de la population⁷², les autres parlant le shibushi⁷³. L'interprétariat apparaît alors comme un enjeu essentiel lors des consultations médicales. En effet, les médecins sont en majorité métropolitains et ne parlent pas la langue locale. Les aides-soignants assurent la traduction en fonction de leur disponibilité sans forcément avoir été formés à cette pratique. Des incompréhensions peuvent avoir lieu avec des conséquences sur le suivi médical. De plus, les patients peuvent craindre pour la confidentialité des informations les concernant du fait de la présence d'une tierce personne qui peut habiter le même village ou partager des connaissances communes.

■ De nombreux obstacles administratifs

Les difficultés administratives sont évoquées dans 25 % des situations. À Mayotte, il s'agit d'un système administratif en transition. La réforme de l'état civil, relativement récente, n'est pas finalisée pour l'ensemble des personnes nées à Mayotte, ce qui constitue un problème majeur et un véritable frein à la départementalisation soulignés par la chargée de mission du Défenseur des droits⁷⁴.

La CSSM exige fréquemment pour le dépôt d'un dossier des documents administratifs non obligatoires tels que les relevés d'identité bancaire. Cette exigence abusive de pièces constitue un obstacle très important, d'autant plus à Mayotte où l'accès au compte bancaire est particulièrement compliqué et où le droit au compte reste une fiction. Par ailleurs, le dépôt de dossier est parfois refusé lorsque les personnes sont titulaires d'un premier récépissé de demande de titre de séjour délivré par la préfecture alors même qu'une telle pièce atteste de la régularité du séjour. Depuis le début de l'année 2013, ces obstacles se sont renforcés et il est très difficile d'obtenir l'ouverture des droits à la sécurité sociale.

À Mayotte, les droits sont ouverts pour la durée de validité du titre de séjour présenté, entre trois et six mois. Cette pratique a des conséquences importantes étant donné le nombre de récépissés de trois mois accordés ainsi que les longs délais de traitement des dossiers. Il faut très fréquemment faire des demandes de renouvellement de couverture maladie, ce qui entraîne des ruptures de droits, et donc de soins.

(72) Langue comorienne parlée à Mayotte, dérivée du swahili.

(73) Langue austronésienne proche de celles parlées à Madagascar.

(74) Mathieu Y., *op. cit.*, p.25.

Enfin, il faut souligner l'impossibilité d'affilier à la CSSM des enfants français, vivant sur le territoire de Mayotte, à la charge d'un parent non régularisé et dont le parent français n'est pas résident à Mayotte. Non affiliés, ces enfants français consultent au centre pédiatrique de MdM. Pourtant, le parent ayant la charge de l'enfant est régularisable au titre de parent d'enfant français. À Mayotte, sont ainsi maintenus dans l'irrégularité de nombreuses personnes qui ne devraient pas s'y trouver.

Le mauvais accueil dans les structures de soins est décrit comme un obstacle à l'accès aux soins pour 6 % des consultants. Ce chiffre est sans doute sous-estimé car les personnes se plaignent souvent du mauvais accueil ou d'une mauvaise expérience à l'hôpital ou dans les dispensaires.

Des obstacles qui entraînent un retard ou un renoncement aux soins

Tous ces obstacles ont pour conséquence de réduire l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité et/ou en situation irrégulière. Ainsi, en 2012, 42 % des accompagnants disent avoir renoncé à des soins pour leur enfant : c'est le cas pour 38 % des enfants accueillis au centre pédiatrique et pour 58 % de ceux vus en consultation mobile. Au niveau national, dans l'ensemble des Caso, le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois concerne 22 % de l'ensemble des patients.

De nombreux parents expriment un renoncement de principe : la conviction de ne pas être reçus en consultation du fait de l'impossibilité de payer le forfait, conjuguée au risque d'être interpellés en chemin, les conduit à ne même plus tenter de se déplacer pour voir un médecin. Dans 11,5 % des cas, le médecin estime qu'au moins un des problèmes de santé diagnostiqués aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt.

Des enfants malades séparés de leurs parents

La régularisation pour raisons médicales est difficile à Mayotte, notamment pour les parents ou accompagnants d'enfants malades. Les délais de traitement des dossiers par la préfecture étaient jusqu'à la fin de 2012 très longs. Depuis, on constate une nette amélioration grâce à une réorganisation de l'accueil à la préfecture (accueil physique deux jours par semaine) et à un traitement spécifique pour les demandes de titre de séjour pour raison de santé. Sans régularisation de la situation administrative des parents, face aux refus d'affiliation directe des enfants et en l'absence d'AME à Mayotte, l'accès

aux soins des enfants est compliqué et chaque déplacement représente un risque d'arrestation, voire d'expulsion. Les expulsions de parents d'enfants malades sont fréquentes. Le suivi d'enfants de parents en situation irrégulière nous amène à effectuer des interventions en urgence dans les cas d'interpellation du parent à charge. Chaque année, notre équipe est amenée à intervenir au moins une dizaine de fois afin d'aider à faire sortir un parent d'enfants malades du centre de rétention administrative (CRA), le plus souvent en lien avec les associations partenaires (Cimade, Tama).



Le 11 janvier 2012 aux environs de 10 heures, le père d'une famille de quatre enfants nés à Mayotte, dont l'un est suivi au service pédiatrique de l'hôpital pour maladie grave, est interpellé à Majicavo. Arrêté une première fois en 2011, il avait été libéré parce qu'il avait une convocation de la préfecture. Mais en septembre 2011, lors de cette convocation, il lui a été dit que sa situation ne pouvait être traitée sans la possession d'un passeport. Or, cette exigence n'est pas fondée sur le plan légal. Lors de la dernière interpellation, le père a montré tous ses documents à la police aux frontières : l'annulation établie par la préfecture de Mayotte du premier arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF), sa carte d'identité, les certificats médicaux de l'enfant malade. La PAF n'a pas tenu compte de ces documents et a embarqué le père jusqu'au centre de rétention administrative. Le père a passé vingt-quatre heures en rétention et a été libéré à nouveau sur intervention du service de pédiatrie de l'hôpital. Sans régularisation de la situation du père en tant qu'accompagnant d'enfant malade, il risque à tout moment d'être de nouveau interpellé."

Par ailleurs, l'absence de possibilité d'affiliation à une assurance maladie (directe ou AME) rend également plus difficiles les évacuations sanitaires des enfants dont l'état de santé nécessite une prise en charge dans un centre hospitalier hors de Mayotte. Les refus de la part des hôpitaux en métropole semblent se développer. Lorsqu'elles sont possibles, les évacuations sanitaires d'un enfant vers La Réunion ou la métropole se font souvent sans présence d'un parent, même pour des enfants gravement malades, faute de délivrance d'un titre de séjour pour les accompagnants. Selon les services du Défenseur des droits, dans 10 % des cas d'évacuations sanitaires (ou qui passent en comité « Evasan »), les parents sont en situation irrégulière et un titre de séjour s'avère donc nécessaire.



© Benoît Guenot



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM



© Bertrand Gaudillère / Item



© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MDM

FOCUS

POPULATIONS

- Les mineurs
- Les femmes
- Les personnes sans domicile
- Les Français et les étrangers disposant d'un titre de séjour de 10 ans
- Les ressortissants de l'Union européenne
 - Les actions des missions mobiles auprès des Roms
- Les personnes en situation irrégulière
- Les demandeurs d'asile

1. Les mineurs

LES POINTS ESSENTIELS

- 12,5 % des patients sont mineurs, et leur nombre est en constante augmentation depuis 2007.
- Plus de la moitié des mineurs sont âgés de moins de 6 ans. Parmi eux, seuls 40 % sont suivis en PMI.
- 6 % des mineurs sont isolés, ils étaient 3 % en 2011.
- 95 % des mineurs sont étrangers, souvent originaires d'un pays européen et en particulier de Roumanie.
- 10 % des mineurs sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour le jour.
- Près de 90 % des mineurs n'ont aucune couverture maladie.
- Les mineurs souffrent majoritairement d'affections aiguës et 25 % de pathologies chroniques.

Au cours de l'année 2012, 12,5 % des patients reçus dans les Caso sont mineurs (soit 2 993 patients), poursuivant ainsi l'augmentation amorcée en 2007. Ainsi, l'évolution entre 2007 et 2012 du nombre de mineurs consultant dans les Caso est de 69 %. Cette hausse est beaucoup plus marquée que celle de l'ensemble des patients, qui est de 30 % sur la même période (figure 12).

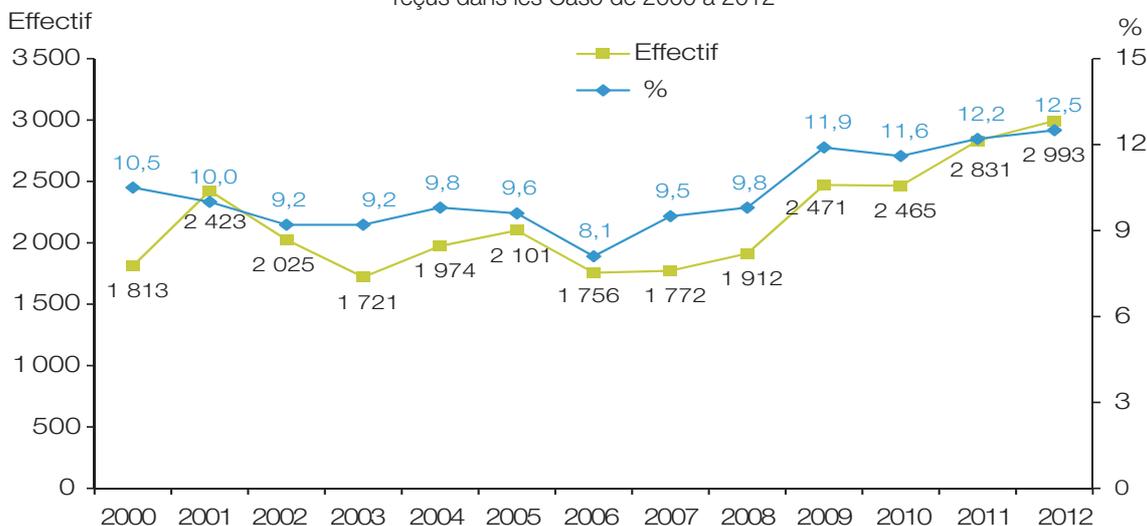
En 2012, plus de la moitié (52 %) des mineurs sont âgés de 6 ans et moins, 28 % ont entre 7 et 14 ans et 20 % entre 15 et 17 ans.

La proportion de jeunes enfants (moins de 6 ans) varie à la fois selon le sexe et la nationalité ; elle est plus importante chez les filles (54 % vs 51 % parmi les garçons) ainsi que chez les Français (57 % vs 52 % chez les étrangers). Seuls

40 % des enfants de 6 ans ou moins sont suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI), et ce de façon plus fréquente chez les Français (61 % vs 36 % chez les étrangers). Ce suivi en PMI est extrêmement lié à l'état des droits à la couverture maladie. Ainsi, les mineurs de 6 ans et moins ayant des droits ouverts sont 71 % à être suivis en PMI contre 29 % de ceux n'ayant pas de couverture maladie.

Il est important de rappeler que les centres de PMI assurent gratuitement des consultations et des actions de prévention médico-sociale pour tous les enfants de la naissance jusqu'à 6 ans, indépendamment de la présence d'une couverture maladie ou d'un titre de séjour. Certains centres de PMI dispensent des soins curatifs, en particulier quand l'offre de soins est réduite sur le territoire.

Figure 12 : Évolution du nombre et de la proportion de mineurs reçus dans les Caso de 2000 à 2012



Comme pour le reste des consultants, 95 % des mineurs sont de nationalité étrangère. On compte parmi eux une part nettement plus élevée de personnes originaires d'un pays européen, qu'il s'agisse de pays de l'UE (32 % vs 16 % des patients majeurs) ou hors UE (20 % vs 11 %). Cette forte représentation de ressortissants de l'UE se traduit par le fait que près d'un mineur sur quatre est roumain (tableau 59). Les nationalités les plus fréquemment rencontrées parmi les patients mineurs sont globalement identiques à celles de l'année précédente, avec cependant l'émergence de mineurs haïtiens, guinéens et albanais.

Les mineurs de nationalité étrangère résident majoritairement en France depuis peu de temps : 65 % depuis moins d'un an et, parmi eux, un tiers depuis moins de trois mois. Près de 70 % des jeunes originaires d'Europe hors UE vivent en France depuis moins de trois mois.

En majorité, les mineurs sont accompagnés de leurs parents ou d'un proche (tableau 60).

Environ 6 % sont isolés, soit 134 mineurs, chiffre en nette augmentation par rapport à 2011 (3 %, soit 64 jeunes). Ces mineurs isolés sont pour la plupart (90 %) des garçons, âgés majoritairement (92 %) de 15 ans et plus, et pour beaucoup (70 %) originaires d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Mali, Guinée, Congo-Brazzaville). Plus de la moitié (56,2 %) sont en hébergement social et plus d'un mineur isolé sur 4 est sans domicile fixe. En théorie, les mineurs isolés étrangers, qui sont dans une situation de grande vulnérabilité, relèvent de la protection de l'Aide sociale à l'enfance (Ase). À ce titre, ils ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure d'éloignement du territoire et peuvent donc se voir accorder un titre de séjour. Leur minorité est souvent contestée, conduisant ainsi à la pratique d'une expertise osseuse pour déterminer leur âge. L'utilisation de ces tests osseux est fortement critiquée par le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, les éthiciens et les associations militantes. Non seulement ces tests sont contestés par les scientifiques, mais en plus cette méthode est contraire à la convention relative aux droits de l'enfant, qui souligne l'importance de témoigner du respect et de la confiance envers l'enfant.



Un mineur isolé afghan ne parlant pas anglais a été hospitalisé pour des problèmes rénaux pendant cinq jours, sans qu'aucun interprète ne lui ait été proposé. Le numéro de téléphone d'un de nos bénévoles avait été laissé au cas où, personne n'a pris la peine de le contacter, ni même d'effectuer une traduction via ISM interprétariat, plateforme à laquelle l'hôpital est abonné."
[Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]



Après avoir traversé la Libye et l'Italie, le jeune C. est arrivé en France à 16 ans. Il a perdu ses parents suite au premier conflit armé en Côte d'Ivoire. Sans aucune attache en France, C. a été orienté vers la plateforme Enfants du Monde de la Croix-Rouge. Il a obtenu une prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance sur le département du Val-de-Marne. Dès le premier jour de sa prise en charge, C. a dû passer un examen osseux dont les résultats ont contesté sa minorité. L'Ase du Val-de-Marne a de ce fait mis fin à son accueil et ce dernier s'est retrouvé à la rue. Après avoir dormi quelques semaines dehors, il a été accueilli par un compatriote dans un foyer de migrants. Il souhaite déposer une demande d'asile mais il ne peut bénéficier de la désignation d'un administrateur ad hoc, indispensable pour le représenter légalement auprès de la préfecture, car pour le tribunal de grande instance il est considéré comme majeur alors qu'au regard de ses documents d'identité il est mineur. Au-delà de l'arrêt d'une prise en charge socio-éducative adaptée, la contestation de sa minorité est venue complexifier le dépôt de sa demande d'asile et par conséquent ses chances de régularisation en France." [Caso de St Denis]

Tableau 59 : Répartition par nationalité des mineurs accueillis dans les Caso, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	23,1	Haïti	2,4
Ex-Yougoslavie	9,1	Guinée	2,1
Algérie	7,1	Albanie	2,1
France	5,2	Cameroun	2,1
Russie-Tchéchénie	5,5	Comores	1,8
Bulgarie	4,8	Côte d'Ivoire	1,7
Maroc	3,3	Autres	29,7

Les mineurs à l'épreuve du mal-logement

Les mineurs connaissent, comme les adultes, d'importantes difficultés de logement : ils sont 37,4 % à vivre dans un logement précaire, 28,4 % à être hébergés par une association ou un organisme et 10,4 % à ne pas avoir de domicile fixe (tableau 60). Le mal-logement a des conséquences néfastes sur la santé, le développement et la réussite scolaire des enfants. Selon la Fondation Abbé-Pierre, en 2012, 600 000 enfants vivent dans des conditions de logement dégradées en France⁷⁵.

« RUE-HÔPITAL ... RUE ? »



À l'accueil du Caso se présentent des parents avec leur enfant de 1 an. La mère explique que son enfant a chaud, tousse, mange et dort peu depuis une semaine. Elle est déjà venue à MdM pour consulter un médecin, mais depuis l'état de l'enfant s'est aggravé car il vomit, présente du sang dans ses fèces et a toujours de la fièvre. Elle passe alors en priorité pour voir de nouveau le médecin, qui conclut que l'enfant doit être vu par un pédiatre à l'hôpital. Cette famille, d'origine roumaine, vit sous une tente dans la rue. La mère n'a pas fait les démarches pour avoir accès à la sécurité sociale pour elle ou son enfant. De plus, elle ne comprend pas bien le français.

15h30 : J'accompagne la famille à l'hôpital. Il faut d'abord passer par l'accueil afin que l'enfant soit évalué par l'infirmière qui va déterminer l'urgence ou non de sa prise en charge.

16h00 : Il faut de nouveau faire la queue afin de pouvoir faire les étiquettes d'admission à la consultation pédiatrique d'urgence. Là, l'agent administratif nous envoie vers l'assistante sociale.

16h30 : L'assistante sociale nous reçoit et remplit la demande d'AME pour la mère et l'enfant.

17h00 : le dossier est transmis aux urgences pédiatriques où l'on attend la venue d'un médecin. Il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente...

18h00 : Un médecin des urgences vient examiner l'enfant. Il nous rappelle qu'il faut bien aller au rendez-vous de la PMI en mars 2013 afin de mettre à jour les vaccins de l'enfant.

18h30 : Un nouveau médecin vient examiner l'enfant, avec de nouveau de nombreuses questions difficiles à comprendre du fait de la barrière de la langue. Ce médecin souhaite des examens complémentaires avant de pouvoir se prononcer. La famille me demande alors d'appeler le 115 pour avoir accès à un logement pour les nuits qui viennent. C'est leur premier signalement auprès du 115, les places d'hébergement sont saturées, notre interlocuteur du 115 est dans l'impossibilité de nous fournir une place pour cette nuit-là, nous encourageant à rappeler les jours suivants.

Tableau 60 : Conditions de logement et situation familiale des mineurs reçus dans les Caso, 2012

	%	n
Situation familiale. Vivent avec...		
Leurs parents (père et/ou mère)	90,5	2 188
Autre membre de la famille	3,0	72
Autre(s) personne(s)	1,0	24
Sont isolés	5,5	134
Logement		
Stable	23,8	618
Précaire	37,4	970
Hébergés (association ou organisme) au moins 15 jours	28,4	373
Sans domicile fixe ou hébergement d'urgence au jour le jour	10,4	271

(75) Fondation Abbé-Pierre, « Rapport 2012 sur l'état du mal-logement en France ».

19h30 : L'infirmière procède aux examens complémentaires. Cela s'avère difficile, car l'enfant a de nouveau 40 °C de fièvre. La mère est très secouée de voir son enfant se faire piquer par des aiguilles.

21h00 : Les premiers examens donnent des résultats qui indiquent un syndrome infectieux.

L'interne demande une radio pulmonaire.

22h00 : La radio révèle une pneumopathie, en lien avec les conditions de vie et d'habitat de l'enfant.

L'enfant et sa mère vont devoir rester à l'hôpital jusqu'au lendemain afin d'avoir un avis médical plus poussé, de faire des examens complémentaires et de démarrer une antibiothérapie.

22h30 : Nous arrivons dans l'unité d'hospitalisation de courte durée, où une puéricultrice et une infirmière nous accueillent. Elles expliquent au couple les conditions d'hospitalisation, les règles du service, et commence une antibiothérapie afin de stopper la progression de la pneumopathie. Tout cela n'est pas facile après une longue journée d'attente et de stress pour les parents.

23h15 : L'enfant et sa mère restent à l'hôpital.

Le compagnon retourne dormir sous sa tente dans la rue par 1 °C ou 2 °C dehors." [Caso de Lyon]

que ce droit « doit leur être ouvert immédiatement, même si leurs parents ne sont pas éligibles à l'AME ». Si les parents ont un titre de séjour, les enfants relèvent alors de la CMU.

Dans les faits, seuls 11 % des mineurs disposent d'une couverture maladie lors de leur première visite au Caso. Les freins à l'accès aux droits des patients mineurs sont du même ordre que ceux rencontrés par les adultes et concernent essentiellement les difficultés d'ordre administratif (38 %), la méconnaissance des droits et des structures de soins (32 %) ou encore l'impossibilité d'accéder à des droits sociaux (20 %). Concernant le retard de recours aux soins constaté par les médecins, près d'un tiers des mineurs en sont affectés (tableau 61). Ils sont tout de même 32,4 % à nécessiter des soins urgents ou assez urgents au moment de leur consultation au Caso. Le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois concerne 13,3 % des jeunes patients, situation moins fréquente que chez les patients majeurs (22,6 %).

En 2012, 3 134 mineurs ont bénéficié de 4 998 consultations médicales, soit 1,6 consultation par mineur, moyenne plus faible que dans la population adulte (1,8). Ils souffrent essentiellement de pathologies respiratoires (56 %), loin devant les problèmes digestifs et dermatologiques, qui touchent respectivement 21 % et 19 % des mineurs.

Les problèmes de santé diagnostiqués sont majoritairement des pathologies aiguës : en effet, elles touchent 80,5 % des mineurs. Les pathologies chroniques concernent un mineur sur quatre (tableau 62).

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé pour près de 900 mineurs, soit 25 % des mineurs reçus en 2012 (tableau 63). Les résultats, certes sur un faible échantillon, montrent que 13 % des mineurs sont en état de dénutrition et que les situations de dénutrition sont plus fréquentes parmi les plus jeunes enfants. Ces informations doivent être recueillies de façon plus systématique, en particulier chez les enfants en bas âge.

Près de 90 % des mineurs SANS couverture maladie

En France, l'accès aux droits des mineurs est en principe inconditionnel. Tous les mineurs étrangers sont éligibles à l'AME dès leur arrivée sur le territoire⁷⁶. La circulaire du 8 septembre 2011 relative à la réglementation de l'AME précise

Tableau 61 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des patients mineurs reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Mineurs		Majeurs	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	32,2 [*]	346	44,9	3 101
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	13,3 ^{**}	142	22,6	3 033
Soins urgents ou assez urgents	32,4 ^{ns}	408	34,2	2 600

Analyses ajustées sur le sexe, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie.

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

(76) Convention internationale des droits de l'enfant par arrêt du Conseil d'État du 7 juin 2006.

Tableau 62 : Principaux problèmes de santé repérés chez les patients reçus dans les Caso selon l'âge, 2012 (% en colonne)

	Mineurs	Adultes	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	38,3	10,7	***
Infections respiratoires inférieures	9,3	4,3	***
Symptômes et plaintes du système digestif	9,3	10,4	ns
Toux	8,4	2,7	***
Affections dents-gencives	6,4	6,7	ns
Infections de l'oreille	6,3	1,5	***
Parasitoses / candidoses	5,5	5,0	ns
Diagnostics non classés ailleurs	5,1	3,3	***
Autres pathologies cutanées	3,8	3,9	ns
Infections gastro-intestinales	3,7	0,9	***
Nature des pathologies présentées par les patients¹			
Aiguës	80,5	48,6	***
Chroniques	25,2	59,6	***

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

¹ Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

Tableau 63 : Fréquence de la dénutrition parmi les mineurs reçus dans les Caso, 2012

	%	n
<i>Dénutrition ensemble des mineurs</i>	13,0	112
0-2 ans	28,0	45
3-6 ans	18,7	46
7-17 ans	4,6	21

Taux de réponse : IMC parmi les mineurs : 25,0 %.

2. Les femmes

LES POINTS ESSENTIELS

- > 39 % des consultants sont des femmes, proportion en diminution constante depuis six ans.
- > 95 % des patientes sont étrangères, principalement d'Afrique subsaharienne (30 %) et d'UE (22 %).
- > 8 % des femmes sont sans domicile fixe et, parmi elles, 20 % sont accompagnées de mineurs.
- > 44 % des femmes recourent tardivement aux soins d'après les médecins.
- > 4 % des patientes sont enceintes : parmi elles, 9 % sont sans domicile et 46 % présentent un retard de suivi de grossesse.

En 2012, près de quatre patients sur dix reçus dans les Caso sont des femmes.

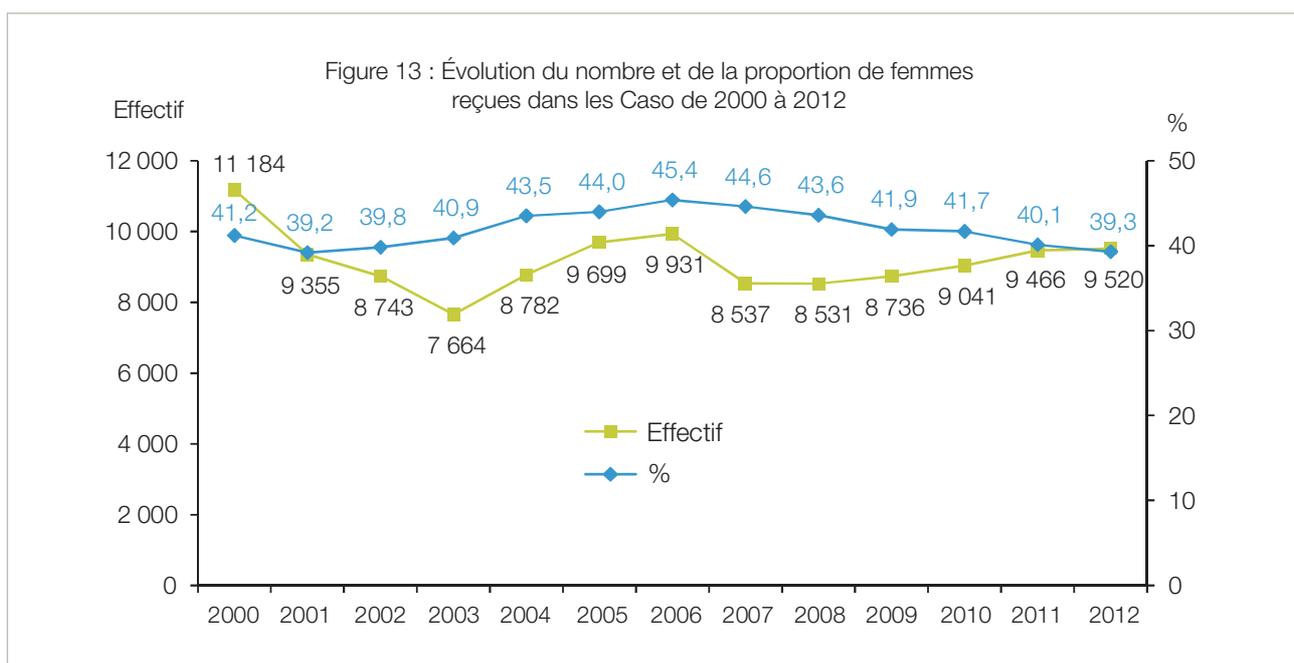
Depuis 2007, on observe une diminution lente mais régulière de la proportion de femmes parmi les consultants (44,6 % en 2007, 39,3 % en 2012), même si leur effectif tend à croître, suivant ainsi l'augmentation globale du nombre de patients au fil des années (8 537 femmes en 2007, 9 520 femmes en 2012) (figure 13).

Comme les années précédentes, les femmes sont légèrement plus âgées que les hommes (33,1 ans vs 32,6 ans). On compte plus de mineurs féminins (14,4 % vs 11,1 % de mineurs masculins) et de femmes âgées de 60 ans et plus (8 % vs 4 % d'hommes âgés de 60 ans et plus).

Près de 95 % des patientes sont de nationalité étrangère (contre 94 % des hommes), originaires majoritairement

d'Afrique subsaharienne (30 % vs 23 % des hommes), d'UE (22 % vs 15 %) et à parts égales du Maghreb et d'Europe hors UE (15 % vs respectivement 28 % et 10 %). Si l'on considère la répartition des femmes par nationalité (tableau 64), les femmes originaires de Roumanie sont les plus représentées, devant celles originaires d'Algérie, du Cameroun et de France. La hiérarchie des nationalités les plus représentées parmi les patientes est stable par rapport à 2011, à l'exception des femmes haïtiennes, absentes en 2011 et qui se situent au septième rang des nationalités en 2012.

Concernant la durée de résidence en France, plus de 70 % des femmes étrangères y séjournent depuis moins d'un an et, parmi elles, 40 % depuis moins de trois mois (contre respectivement 64 % et 33 % des hommes).



Si les conditions de logement des femmes apparaissent globalement moins précaires que celles des hommes, elles sont tout de même 64 % à vivre dans des situations dégradées : 15 % sont hébergées par un organisme ou une association (vs 13 % des hommes), 41 % vivent dans un logement précaire (vs 45 %) et 8 % sont sans domicile (vs 16 %). Elles ne sont que 36 % environ à déclarer un logement stable (vs 26 % des hommes).

Il est important de préciser que, parmi les 732 femmes indiquant vivre à la rue ou être hébergées au jour le jour, 90 % sont étrangères, près de la moitié sont en situation irrégulière, 12 % sont en procédure de demande d'asile, 89 % n'ont aucune couverture maladie et environ 20 % sont accompagnées d'enfants.

Des constats similaires sont rapportés dans l'enquête de l'Insee sur les sans-domicile en 2012⁷⁷ : près de deux sans-domicile sur cinq sont des femmes qui bénéficient de conditions d'hébergement plus stables que les hommes.

Au sujet de l'environnement familial, les deux tiers des femmes vivent seules. *A contrario*, la moitié d'entre elles indiquent avoir un ou plusieurs enfants mineurs, et, parmi elles, 65 % vivent avec au moins un enfant. Les femmes étrangères sont plus nombreuses à vivre en couple (77 % vs 66 % des femmes françaises) et à indiquer avoir des enfants mineurs (50 % vs 34 %).

Sur un plan administratif, 64 % des femmes étrangères ne disposent pas d'un titre de séjour (vs 75 % des hommes étrangers) et 8 % sont en cours de procédure de demande d'asile (vs 6 % des hommes).

L'analyse de la situation sociale des femmes révèle que 75 % d'entre elles relèvent d'un dispositif de couverture maladie (vs 78 % des hommes). Comme les hommes, elles sont peu nombreuses à disposer de droits effectivement ouverts lors de la première consultation (15 % vs 13 % des hommes) : 19 % relèvent de l'assurance maladie, 53 % de l'AME et 3 % d'un dispositif d'un autre pays européen. Les obstacles à l'accès aux droits évoqués par les femmes sont comparables à ceux exprimés par les hommes : il s'agit des difficultés administratives, de celles liées aux conditions d'accès à une couverture maladie, citées par 33 % des patientes, et de leur méconnaissance des droits et des dispositifs de soins (30 %).

Retard et renoncement aux soins plus marqué chez les femmes en situation précaire

Concernant la prise en charge médicale, le fait d'être une femme est un facteur défavorisant dans le retard et le renoncement aux soins. En effet, le retard de recours aux soins et la nécessité d'entreprendre des soins urgents ou assez urgents constatés par les médecins sont des situations plus fréquemment rencontrées parmi les patientes (respectivement 44,1 % et 37,6 % vs 42,4 % et 31,3 % pour les hommes) (*tableau 65*). Elles sont aussi significativement plus nombreuses à indiquer avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (23,6 % vs 21,5 % des hommes).

Tableau 64 : Répartition des femmes reçues dans les caso par nationalité, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	15,7	Comores	3,5
Algérie	8,4	Bulgarie	3,3
Cameroun	5,4	Côte d'Ivoire	3,3
France	5,4	Russie-Tchéchénie	3,1
Maroc	4,9	Moldavie	2,7
Ex-Yougoslavie	4,6	Congo-Brazzaville	2,0
Haïti	3,6	Autres	34,1

(77) Insee, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 » : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1455

En 2012, 16 628 consultations médicales ont concerné 9 201 femmes, soit 1,8 consultation par patiente (contre 1,7 pour les hommes).

La fréquence des principaux diagnostics analysés par grands appareils anatomiques montrent, comme pour les hommes, la prédominance des affections respiratoires, digestives et ostéoarticulaires. Quelques différences sensibles selon le sexe peuvent être mentionnées : une prévalence plus élevée des pathologies cardiovasculaires (14 % vs 10 % chez les

hommes) et des troubles métaboliques et endocriniens (9 % vs 6 %). La fréquence plus importante des affections cardiovasculaires se traduit notamment par des problèmes d'hypertension artérielle nettement majorés chez les femmes (tableau 66).

En 2012, les affections dentaires apparaissent dans la liste des principaux problèmes de santé repérés chez les femmes.

Tableau 65 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents selon le sexe des patients reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Femmes		Hommes	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	44,1 [*]	1 517	42,4	2 057
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	23,6 ^{***}	1 294	21,5	1 886
Soins urgents ou assez urgents	37,6 ^{***}	1 452	31,3	1 665

Analyses ajustées sur l'âge, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie.
 *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

Tableau 66 : Principaux problèmes de santé repérés selon le sexe, 2012 (% en colonne)

	Femmes	Hommes	p ¹
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	15,0	14,7	ns
Hypertension artérielle	9,4	4,9	***
Grossesse et couche non pathologique	8,4	----	----
Autres diagnostics du système digestif	7,1	7,9	ns
Angoisse / stress / troubles somatiques	6,7	7,5	ns
Autres diagnostics locomoteurs	5,9	5,2	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,3	7,6	***
Affections dents-gencives	5,0	7,7	***
Symptômes et plaintes neurologiques	4,8	3,6	***
Diabète (insulinodépendant et non insulinodépendant)	4,6	3,7	ns
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	54,4	51,9	**
Chroniques	55,6	54,4	ns

¹ Analyses ajustées sur l'âge.

² Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

Les femmes enceintes reçues dans les Caso

En 2012, 362 femmes enceintes ont consulté dans les Caso de MdM. Elles représentent 3,8 % de l'ensemble des femmes reçues dans les Caso en consultation médicale⁷⁸ et 1,5 % de l'ensemble des patients.

La quasi-totalité de ces femmes (98 %) sont de nationalité étrangère, originaires majoritairement d'Océanie et Amériques ou d'Afrique subsaharienne (31 %), puis du Maghreb (14 %). Les Haïtiennes représentent près de 20 % des femmes enceintes, devant les Roumaines (9,6 %) et les Algériennes (6,7 %) (*tableau 67*). Près des trois quarts des femmes en-

ceintes résident en France depuis moins d'un an et, parmi elles, 42 % depuis moins de trois mois.

L'âge moyen des femmes enceintes est de 27,3 ans, moins de 3 % sont mineures.

Les conditions de logement des femmes enceintes sont majoritairement dégradées : 38,1 % vivent dans un logement précaire, 9,4 % sont hébergées par un organisme ou une association et 8,5 % vivent à la rue ou sont en hébergement d'urgence au jour le jour (*tableau 68*). Elles sont 44 % à disposer d'un logement stable. Concernant la situation familiale, 58 % des femmes enceintes vivent seules et plus de la moitié indiquent avoir un ou plusieurs enfants mineurs.

L'analyse de leur situation administrative révèle que près de

Tableau 67 : Répartition des femmes enceintes reçues dans les Caso par nationalité, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Haïti	19,1	Brésil	3,4
Roumanie	9,6	Comores	3,1
Algérie	6,7	Congo-Brazzaville	2,8
Côte d'Ivoire	4,5	Tunisie	2,5
Maroc	4,5	Ex-Yougoslavie	2,5
Cameroun	3,7	Guinée	2,3
Nigéria	3,4	Autres	31,9

Tableau 68 : Situation sociale et administrative des femmes (de 18 ans et plus) enceintes reçues dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Femmes enceintes		Autres patientes	
	%	n	%	n
Logement				
Stable	44,0	150	35,4	3 098
Hébergées (organisme ou association)	9,4	32	12,8	1 119
Précaire	38,1	130	43,4	3 801
Sans domicile fixe	8,5	29	8,4	731
Situation familiale				
Seules (avec ou sans enfants)	58,0	200	65,9	5 792
En couple (avec ou sans enfants)	42,0	145	34,1	2 990
Ont d'autres enfants mineurs	56,0	181	50,0	3 872
Situation administrative				
Demande d'asile en cours	16,8	59	8,1	812
En situation irrégulière	47,2	166	48,7	4 897
Couverture maladie				
Devraient théoriquement bénéficier de la couverture maladie	73,3	244	71,1	5 994
Disposent de droits ouverts à la couverture maladie	6,7	16	15,8	913

Taux de réponse : Retard de suivi de grossesse : 51,7 % ; Accès aux soins prénataux : 53,6 %.

(78) Les critères de repérage des femmes enceintes dans les Caso ont changé en 2012, ce qui explique la différence importante relevée par rapport à 2011, où les femmes enceintes représentaient 10 % des femmes reçues dans l'année.

la moitié sont en situation irrégulière vis-à-vis du séjour, proportion identique à celle des autres femmes. Elles sont cependant deux fois plus nombreuses à être en procédure de demande d'asile (16,8 % vs 8,1 % des autres femmes).

Près de la moitié des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse et 70 % nécessitent des soins urgents

Concernant leur protection sociale, une minorité d'entre elles disposent de droits ouverts (7 % vs 16 % des autres femmes) même si elles sont plus des trois quarts à relever d'un dispositif de couverture maladie. De fait, 46 % présentent un retard de suivi de grossesse et 51 % n'ont pas bénéficié de suivi prénatal au moment de leur consultation dans les Casos. À l'échelle européenne, il semble que le problème de l'accès aux soins des femmes enceintes soit encore plus prononcé. En effet, l'Observatoire du réseau international de MdM rapporte que 59 % des femmes enceintes interrogées dans sept pays européens n'ont pas eu accès à un suivi prénatal⁷⁹. Selon les médecins, les femmes enceintes reçues en consultation sont 70 % à nécessiter une prise en charge urgente ou assez urgente (vs 36 % des autres femmes). Pour environ 7 % d'entre elles, une grossesse pathologique et donc à haut risque a été diagnostiquée. Notons que 16 femmes étaient en demande d'IVG.

→ PRÉVENTION DES CANCERS FÉMININS : MOINS DE RECOURS CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez près de 3 000 femmes, et environ 1 000 femmes décèdent, soit l'équivalent de 3 décès par jour⁸⁰. L'infection par le papillomavirus humain (HPV) est la première cause du cancer du col de l'utérus. Grâce au frottis de dépistage, l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus ont pratiquement diminué de moitié en vingt ans. La vaccination contre l'HPV constitue un moyen d'action complémentaire

face à ce cancer.

Pour le cancer du sein, cancer féminin le plus fréquent, on estime à plus de 50 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués et à 11 500 le nombre de décès annuels en 2011 en France⁸¹. Depuis 2004, le dépistage du cancer du sein, organisé par les pouvoirs publics, est généralisé sur l'ensemble du territoire à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficiant d'une couverture maladie, et ce sans avance de frais.

Concernant l'accès à la prévention de ces cancers, de fortes disparités sociales existent, en particulier chez les femmes en situation de précarité, qui semblent globalement y avoir moins recours.

Dans ce contexte, MdM a mené, au début de 2013 une étude sur l'accès à la prévention de ces cancers auprès de 203 femmes rencontrées dans cinq Casos. À cette occasion, un volet de l'étude a été consacré à l'accès à la contraception et au recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

En France, seules les femmes couvertes par l'assurance maladie ou l'AME bénéficient d'une prise en charge gratuite pour les examens de dépistage (frottis et mammographie).

Parmi les femmes interrogées dans le cadre de l'étude, seules 6 % disposent d'une couverture maladie effective au moment de la consultation.

Les résultats de l'enquête confirment que les femmes en situation de précarité ont un moindre recours à la prévention du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, mais aussi un accès restreint à l'information sur la prévention des cancers.

En effet, seul un tiers des femmes de 25 à 65 ans (n = 165) et moins de 30 % des femmes de 50-74 ans (n = 25) déclarent avoir réalisé respectivement un frottis cervico-vaginal et/ou une mammographie au cours de leur vie. Ces chiffres sont bien inférieurs à la part des femmes dépistées en population générale (94,9 % pour le frottis cervico-vaginal et 87,5 % pour le dépistage du cancer du sein)⁸² mais aussi aux femmes de la cohorte SIRS (83 % pour le frottis cervico-vaginal et 52,6 % pour le dépistage du cancer du sein)⁸³.

Par ailleurs, moins de 1 % des jeunes femmes de moins de 35 ans interrogées (n = 114) ont reçu une vaccination complète contre le HPV alors que la couverture vaccinale atteint, selon le « Baromètre Cancer », 27 % des femmes de moins de 25 ans en France en 2010. La raison principale avancée par les femmes pour le non-recours au frottis cervico-vaginal et à la vaccination contre le HPV est la méconnaissance des pratiques préventives. En effet, plus d'un tiers des femmes concernées ne connaissent pas le frottis cervico-vaginal et 72 % des moins de 35 ans ne connaissent pas le vaccin HPV. Concernant la mammographie, les femmes n'ayant pas réalisé cet

(79) Médecins du Monde, « L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie », avril 2013 : http://www.mdm-international.org/IMG/pdf/PDF_BD_FR_Rapport_crise_et_xenophobie.pdf

(80) Duport N., « Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances – Actualisation 2008 », InVS, 2008, 31 p.

(81) InVS, « Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 », rapport technique, 2011, 78 pages.

(82) Beck F et al., « Baromètre Cancer 2010 », Inpes, 268 pages.

(83) Chauvin P. et Parizot I., « Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'Île-de-France, une analyse de la cohorte SIRS », Paris, éditions de la DIV, 2009.

examen évoquent principalement l'absence de symptômes et le fait qu'aucun médecin ne le leur a proposé.

Ces résultats témoignent d'un besoin important d'informations et soulignent la nécessité de mener des actions ciblées et adaptées aux populations précaires, avec une implication déterminante des professionnels de santé dans l'orientation et dans l'adhésion des femmes aux pratiques préventives. Concernant l'usage de la contraception, cette étude montre que les femmes de 15-54 ans (n = 186) ont un moindre recours à la contraception (23,5 %) que les femmes de la population générale (72 %) ⁽⁸⁴⁾ et que les femmes de la cohorte SIRS (41,6 %).

Les méthodes traditionnelles (retrait, calendrier) sont le moyen de contraception le plus cité (32,8 % vs 2,8 % en population générale française et 5,4 % dans la cohorte SIRS). Le préservatif est utilisé par 31 % des femmes interrogées. Ainsi, les méthodes contraceptives non médicales sont les plus utilisées chez les femmes précaires.

Plus d'une femme sur trois a eu recours à une IVG au cours de sa vie et, parmi elles, 18,7 % ont eu recours à l'IVG à plusieurs reprises. Le recours à l'IVG s'avère donc plus important qu'en population générale (17,4 %). La majorité des IVG relèvent de l'absence de contraception. Les autres circonstances du recours à l'IVG sont l'échec de la contraception (oubli de pilule, mauvais usage de préservatif...) (14,7 %), l'IVG perçue comme un moyen de régulation des naissances (13,3 %), le refus de la grossesse par la famille (8 %) ou à la suite d'un viol (4 %). Pour les femmes vivant dans des conditions précaires, le recours aux soins, rare et souvent tardif, doit être systématiquement l'occasion de délivrer des informations sur la contraception et des soins de prévention des cancers féminins. Ce réel besoin d'éducation à la santé et de suivi gynécologique suppose de valoriser des pratiques de prévention par des professionnels de santé suffisamment sensibilisés à leurs besoins. La mise en place d'actions de prévention spécifiques constitue des facteurs favorisant un meilleur recours aux dépistages et aux soins, ainsi qu'à des méthodes contraceptives efficaces et adaptées. L'accès à une couverture maladie est un préalable indispensable et nécessite d'être simplifié pour permettre à ces femmes l'accès effectif à ces soins. Enfin, il serait pertinent de leur proposer un bilan de santé complet, incluant la prévention des pathologies spécifiques aux femmes, lors de l'ouverture des droits à l'AME.

(84) Beck et al., « Baromètre santé 2005 ». Inpes, 2007, 593 pages.

3. Les personnes sans domicile ou relevant du dispositif d'urgence

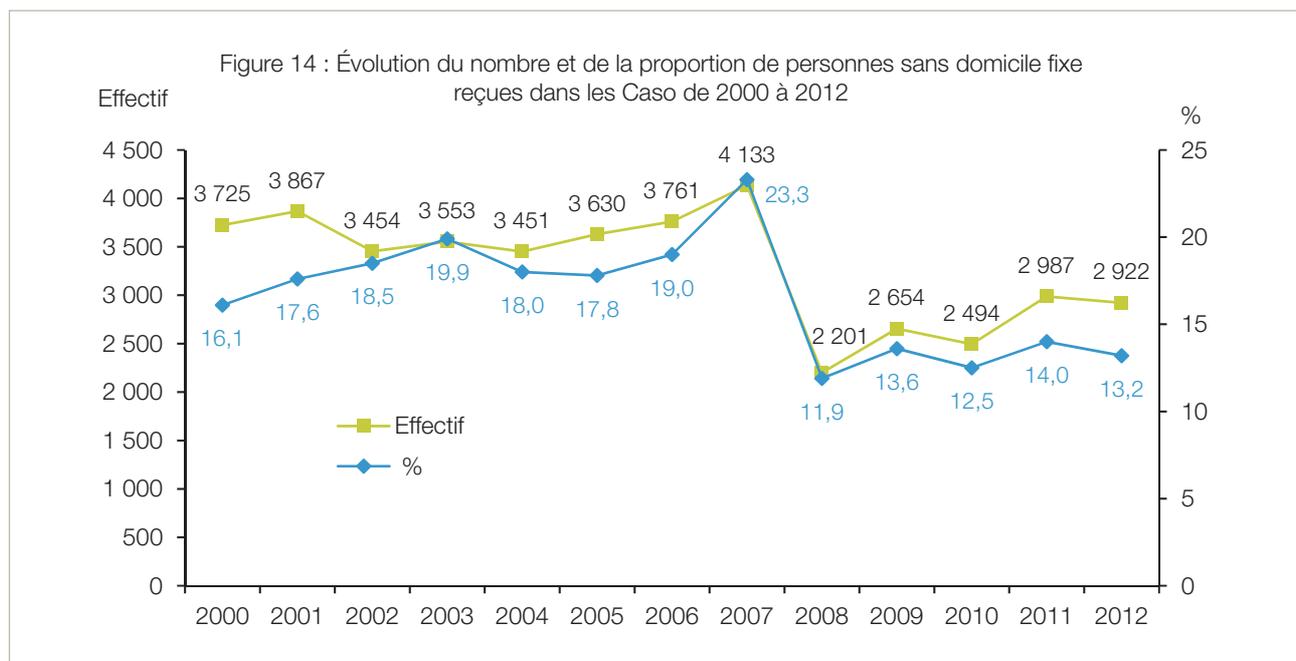
LES POINTS ESSENTIELS

- > **13,2 % des personnes sont sans domicile.**
- > **Les personnes sans domicile sont majoritairement : des hommes, d'origine étrangère, des demandeurs d'asile.**
- > **89 % des personnes sans domicile n'ont aucune couverture maladie.**
- > **Le recours tardif aux soins et la nécessité d'une prise en charge urgente ou assez urgente sont plus fréquents chez les personnes sans domicile.**
- > **Les personnes sans domicile présentent plus de troubles psychiques et de pathologies dermatologiques.**

Dans ce chapitre, le terme « personnes sans domicile » recouvre les personnes ayant répondu vivre à la rue et celles relevant du dispositif d'urgence, c'est-à-dire celles hébergées au jour le jour. En effet, ces personnes présentent des caractéristiques similaires⁸⁵.

En 2012, 13 % des personnes reçues dans les Caso sont

sans domicile, soit 2 922 personnes. Cette proportion reste relativement stable depuis cinq ans (*figure 14*). Certains Caso reçoivent une proportion particulièrement importante de sans-domicile : Ajaccio et Angers (38 à 41 %), Valenciennes (29 %) ou Besançon, Grenoble, Toulouse (20 à 25 %).



(85) Marpsat M., Quaglia M. et Razafindratsima N., 2003-2004. « Les sans-domicile et les services itinérants ». Les travaux de l'Observatoire national pauvreté et exclusion sociale : 225-290. Paris : la Documentation française.

Parmi les personnes sans domicile reçues dans les Caso, 75 % sont des hommes (*tableau 69*). L'âge moyen est de 33,3 ans. Les hommes sont plus âgés que les femmes (34 ans vs 31 ans). Toutes les classes d'âge sont concernées, avec une proportion de sans-domicile plus élevée entre 46 et 60 ans. Les mineurs ne sont pas épargnés puisque 10 % vivent à la rue. Ainsi, en 2012, 222 familles (un adulte accompagné d'au moins un enfant) sans domicile ont été reçues dans les Caso.

La majorité des personnes sans domicile sont d'origine étrangère (84 %). Cependant, les Français reçus dans les Caso sont proportionnellement environ deux fois plus nombreux à être privés de domicile que les étrangers.

Les demandeurs d'asile en cours de procédure, normalement hébergés en Cada, sont significativement plus nombreux à être sans domicile.

Parmi les 2 922 personnes sans domicile, 26 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, 20 % du Maghreb et 19 % de l'UE. Les Français sont les plus représentés (12,2 %) parmi les sans-domicile, avec les Roumains (10,3 %) et les Algériens (8,5 %) (*tableau 70*).

En 2012, l'Insee a mené une enquête auprès des personnes sans domicile en France⁸⁶ et estime leur nombre à 81 000 adultes sans domicile accompagnés de 30 000 enfants. Plus de la moitié sont d'origine étrangère (18 % de non francophones et 35 % de francophones) ; parmi ces sans-domicile étrangers, un cinquième sont nés en Europe. La part des étrangers est passée de 38 % en 2001 à 53 % en 2012. Les chercheurs de l'Insee expliquent cette hausse par l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile, qui faute de place dans les Cada se retrouvent sans domicile (les demandeurs d'asile font l'objet d'un chapitre spécifique page 144).



La famille J. est macédonienne. Les parents et leurs deux enfants sont venus en France pour demander l'asile. La Macédoine est un pays d'origine sûr donc ils n'ont pas été admis au séjour et il ne leur sera pas possible de bénéficier d'une place en Cada. Après avoir passé plusieurs semaines sous une tente, la famille a intégré un gymnase, dans le cadre du plan « grand froid ». [Caso Grenoble]

Tableau 69 : Caractéristiques des personnes sans domicile reçues dans les Caso, 2012

	%	n	p ¹
Ensemble des patients	13,2	2 922	
Sexe			
Femmes	8,4	732	
Hommes	16,3	2 183	***
Âge			
Moins de 18 ans	10,4	271	
18-29 ans	13,5	929	*
30-45 ans	14,1	1 141	*
46-60 ans	14,9	471	**
61 ans et plus	6,2	70	***
Nationalité			
Français	27,9	342	
Étrangers	12,3	2 467	***
Demandeur d'asile			
Non	13,0	2 656	
Oui	15,7	266	***
En situation irrégulière			
Non	13,8	1 175	
Oui	12,2	1 416	ns

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.

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

lecture du tableau : 16,3 % des hommes sont sans domicile contre 8,4 % des femmes, différence significative au seuil de 0,001 %.

(86) Insee, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 » : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1455

Au regard de la durée de résidence en France des étrangers sans domicile, trois quarts vivent en France depuis moins d'un an. Parmi eux, la moitié sont arrivés très récemment en France (depuis moins de trois mois). Par ailleurs, ils sont 10 % à résider en France depuis au moins trois ans.

Comme pour l'ensemble des patients des Caso, la situation sociale des personnes sans domicile est très dégradée : seules 11 % disposent de droits effectifs ouverts lors de leur première visite au Caso alors que plus de 70 % d'entre elles ont droit à une couverture maladie au regard de leur situation administrative (43 % relèvent de l'AME, 23 % de l'assurance maladie et 5 % d'un dispositif d'un autre pays européen).

Une attestation d'« élection de domicile » demandée aux sans domicile pour accéder à une protection sociale

Le principal obstacle à l'ouverture des droits rencontré par les personnes sans domicile est celui de la domiciliation administrative, qui concerne 49 % d'entre elles. Les autres obstacles évoqués spontanément se concentrent autour du critère de résidence en France (40 %), des obstacles administratifs (32 %) ou de la méconnaissance des droits et des structures de soins (30 %).

Il est important de spécifier qu'un tiers des étrangers sans domicile et sans titre de séjour limitent leurs déplacements par peur d'être arrêtés.

Près de la moitié des personnes sans domicile accusent un retard de recours aux soins

Les difficultés d'accès aux soins augmentent et touchent particulièrement les groupes vulnérables, comme les sans-domicile, ce qui conduit à un phénomène de recours tardif et/ou de renoncement aux soins. Pour faire face à ces inégalités, une offre de soins et des dispositifs spécifiques se sont développés (centres de soins gratuits, Pass...). Pour autant, près de 48 % des personnes sans domicile accusent un retard de recours aux soins (vs 43 % pour les autres patients) et près de 40 % nécessitent des soins urgents ou assez urgents le jour de leur visite au Caso (vs 32,7 %) (tableau 71). Comme indiqué dans le rapport sur la santé des personnes sans chez-soi publié par le ministère de la Santé et des Sports en 2009, il est important, pour mieux comprendre le phénomène du non-recours, d'intégrer les déterminants sociaux de la santé et notamment les caractéristiques comportementales des personnes, leurs représentations de la santé et de la maladie, l'attention portée à leur santé, la hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux et la méconnaissance du système de soins. Le retard à consulter est souvent attribué aux personnes elles-mêmes : moindre souci porté à la santé, moindre priorité accordée aux soins de santé par rapport aux autres besoins (comme se nourrir ou trouver un endroit pour

Tableau 70 : Répartition des patients sans domicile fixe par nationalité, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
France	12,2	Côte d'Ivoire	2,8
Roumanie	10,3	Guinée	2,6
Algérie	8,5	Bulgarie	2,4
Ex-Yougoslavie	6,6	République démocratique du Congo	2,4
Tunisie	5,8	Congo-Brazzaville	2,2
Maroc	4,8	Russie-Tchéchénie	2,2
Cameroun	3,3	Autres	33,9

Tableau 71 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des patients sans domicile reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Sans domicile		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	47,9*	445	43,0	2 864
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	22,6 ^{ns}	350	22,2	2 769
Soins urgents ou assez urgents	39,9***	417	32,7	2 432

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, la nationalité, la situation administrative et les droits à la couverture maladie.
 *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

dormir). Ces explications sont toujours mises en avant dans une vision stéréotypée du « sans-abri », sans jamais interroger l'attitude parfois péjorative des soignants des structures de droit commun envers ces personnes.

En 2012, les personnes sans domicile ont bénéficié de 5 506 consultations, soit 1,8 consultation par personne (vs 1,7 pour les autres patients).

Les personnes sans domicile ne souffrent pas de pathologies spécifiques à leur situation. Ainsi, comme on le relève chez les autres patients, elles souffrent plus fréquemment de pathologies respiratoires (28 %) suivies des troubles digestifs (24 %), dermatologiques (20 %) et ostéoarticulaires (20 %). Deux éléments cependant témoignent des conditions de vie

particulièrement difficiles de ces personnes : la fréquence plus importante des problèmes dermatologiques, essentiellement parasitoses et candidoses (20 % vs 16 % des autres patients), ainsi que des troubles psychologiques (16 % vs 10 %) (tableau 72). Les affections chroniques touchent 47,1 % des sans domicile.

Outre ces problèmes de santé, les personnes sans domicile sont plus fréquemment exposées à des situations de violence. Ce constat est similaire à celui de l'étude Samenta⁸⁷, qui rapporte une fréquence de violences déclarées chez les personnes sans logement plus élevée que dans d'autres études en population générale.

Tableau 72 : Principaux problèmes de santé repérés chez les patients sans domicile reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Sans domicile	Autres patients	p ¹
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	14,0	14,5	ns
Symptômes et plaintes du système digestif	10,2	10,3	ns
Angoisse / stress / troubles somatiques	10,1	6,8	***
Affections dents-gencives	7,5	6,7	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,8	6,8	ns
Parasitoses / candidoses	6,3	4,9	**
Symptômes et plaintes généraux	5,8	3,8	***
Autres diagnostics du système digestif	5,6	8,1	***
Infections respiratoires inférieures	5,6	4,8	*
Hypertension artérielle	5,4	6,9	**
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	45,4	47,5	ns
Chroniques	47,1	44,3	***

¹ Analyses ajustées sur l'âge.

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

² Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

(87) Enquête Samenta 2009 sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France (Observatoire du Samu social).

→ RECHERCHE-ACTION DANS LES SQUATS

Fin 2008, une équipe de chercheurs en sociologie de l'Institut de travail social et de recherches sociales (ITSRS) et du Centre d'études sur l'actuel et le quotidien (CEAQ) de l'université Paris-Descartes a mené en partenariat avec les intervenants de la mission Squats de Médecins du Monde (MdM) et les squatteurs de l'association Intersquat une recherche-action autour du dispositif de la mission Squats de MdM. La mission Squats permet aux personnes en situation de vulnérabilité socio-sanitaire vivant dans des lieux non prévus pour l'habitat d'accéder aux soins, aux droits et à la réduction des risques. Dans cet objectif, la mission favorise le partage des connaissances et des compétences avec les personnes concernées, renforçant ainsi l'action communautaire.

La recherche-action implique la participation de chacun des partenaires et vise à analyser la pertinence des pratiques et de l'offre publique. Elle poursuit deux objectifs : d'une part, le renforcement des connaissances sur le milieu des squats et sur les rapports à la santé et les problématiques d'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en squats « ouverts » ; d'autre part, la conduite d'une étude évaluative de la mission Squats afin de produire des recommandations et préconisations pour l'amélioration du dispositif.

Pour cette enquête, des entretiens individuels et collectifs avec des squatteurs et des intervenants de la mission Squats ont été réalisés et complétés par une démarche d'observation directe. Ces entretiens ont été analysés de manière thématique.

Le premier axe d'analyse est celui des trajectoires sociales des squatteurs, durant lesquelles les confrontations antérieures aux institutions peuvent en partie expliquer un évitement des dispositifs d'assistance. En effet, les squatteurs ne constituent pas un groupe homogène, tant du point de vue de leurs origines sociales et de leurs situations socio-économiques que de leurs parcours et de leurs aspirations. Cependant, la majorité de la population des squats rapporte des difficultés dans l'enfance (conflits familiaux, violences, placements) ainsi que des ruptures de logement (consécutives à des expulsions, des sorties de prison, des périodes de dépendance aux drogues, des problèmes psychiatriques).

Pour certains, le squat est vécu comme un mode de vie alternatif, autonome, marginal et non conventionnel, répondant à une nécessité et à un droit au logement et aux lieux de création par l'occupation d'espaces vacants. Les squats « ouverts » sont alors perçus comme des moyens de vivre autrement dans la ville, avec un affranchissement

de la perception du temps et du travail salarié. Pour d'autres, c'est un moyen de limiter les difficultés liées à la pauvreté, ou à des problématiques d'ordres familial et social, quitte à employer des moyens réprouvés.

L'étude de ces parcours met en évidence deux tendances chez les squatteurs : un mode de vie alternatif et/ou une solution de survie. Le deuxième axe d'analyse porte sur le rapport à la santé et les relations aux institutions. Au préalable, il est indispensable de placer la santé sous l'angle de la vie collective au sein des squats et d'intégrer une hypothèse d'inadaptation des structures médico-sociales face aux squatteurs.

Les risques sanitaires spécifiques à la vie en squat peuvent se diviser en deux catégories : les risques environnementaux liés à l'absence d'eau, d'électricité et de sanitaires ; et les risques comportementaux et socioculturels que sont les usages de produits psychoactifs, les IST et les violences.

Les squatteurs sont « sous-consommateurs » des services de santé et ont un seuil de perception de bonne santé extrêmement bas. Au nom d'un idéal d'autonomie, ils ont rarement recours aux institutions sociales et médico-sociales. Bénéficier d'une aide est une épreuve identitaire très forte qui renvoie à un statut d'assisté contraire à cet idéal. Ils revendiquent le droit de vivre leurs comportements à risque et de trouver leurs solutions dans un cadre de vie collectif, en veillant mutuellement sur l'état de santé de chacun.

Les dispositifs médico-sociaux spécialisés, vers lesquels ils sont orientés en cas de besoin⁸⁸, provoquent aussi des sentiments de stigmatisation et de disqualification liés à l'impossibilité de recourir à la médecine classique de droit commun.

La complexité des démarches et plus largement les difficultés des personnes face au système de protection sociale sont identifiées comme des motifs supplémentaires de non-recours aux droits sociaux.

Le squat constitue une problématique d'ordre public qui est condamnée par la loi. On comprend alors que ces interventions soient réalisées par des acteurs associatifs mais restent rares, la mission Squats de MdM faisant figure d'exception. Les intervenants de MdM font surtout de la prévention et s'appuient sur le principe de modification des comportements par l'acquisition de connaissances en intégrant le milieu de vie et les croyances de chacun. Imaginer des discours de prévention efficaces oblige le système de santé actuel à ne pas se positionner comme le seul juge légitime de la bonne marche des comportements dans le domaine de la santé et à viser des actions de prévention efficaces et adaptées aux pratiques des personnes, à leurs conditions de vie et à partir de leurs savoir et expertise.

(88) Pass, Caso, Caarud, Csapa.

4. Les Français et les étrangers disposant d'un titre de séjour de 10 ans

LES POINTS ESSENTIELS

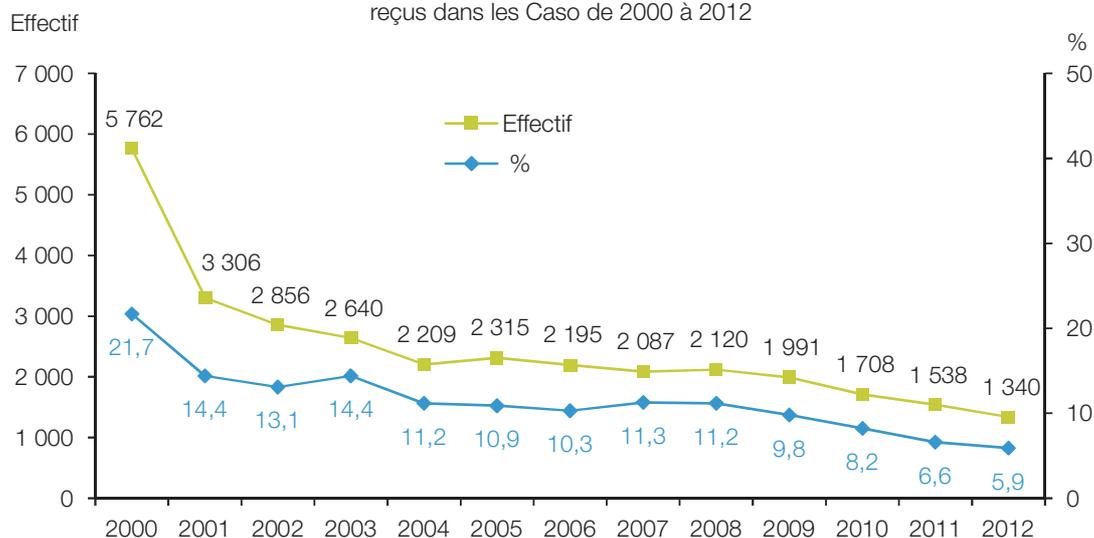
- Les patients de nationalité française et les étrangers disposant d'un titre de séjour de 10 ans représentent 7,8 % des consultants des Caso (respectivement 6 % et 1,8 %).
- Les Français et les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans sont en moyenne plus âgés et plus fréquemment des hommes.
- Près de 28 % des Français sont sans domicile.
- Seuls 42 % des Français et 38 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans ont une couverture maladie.
- 26 % des Français et 31 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans ont renoncé à des soins au cours de 12 derniers mois.
- Les problèmes de santé de ces patients sont le plus souvent respiratoires, dermatologiques et digestifs.

Les patients étrangers disposant d'un titre de séjour valide d'une durée de 10 ans ont une situation administrative comparable à celle des Français. Ainsi, pour mieux comprendre les raisons qui motivent ces personnes à consulter dans les Caso, alors qu'elles relèvent théoriquement du droit commun, une analyse conjointe de ces deux groupes est menée.

■ **En 2012, les Caso ont accueilli 1 340 personnes de nationalité française**, ce qui représente un peu moins de 6 % de l'ensemble des patients.

C'est à partir de 2001, au moment de la mise en place de la CMU, que la proportion de Français parmi les consultants a diminué dans les Caso. Cette tendance s'est poursuivie au fil du temps avec cette année encore une baisse de la part des Français par rapport à 2011 (*figure 15*). Si les Français sont présents dans l'ensemble des Caso de MdM, certains centres en comptent une proportion particulièrement élevée, comme ceux de Valenciennes (41 % des patients), Pau (32 %), Ajaccio (22 %) Besançon (20 %) et Nancy (17 %).

Figure 15 : Évolution du nombre et de la proportion de patients français reçus dans les Caso de 2000 à 2012



■ **En 2012, les Caso ont accueilli 411 personnes étrangères disposant d'un titre de séjour pour 10 ans, soit 1,8 % de l'ensemble des patients.** Comme le montre la figure 16, leur proportion a assez peu varié depuis 10 ans. Plus de la moitié des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans sont originaires du Maghreb (53 %) et en particulier d'Algérie. Viennent ensuite les personnes originaires de Russie-Tchéchénie (3,7 %), d'Haïti (3,4 %) et des Comores (2,9 %) (tableau 73). Près d'une personne sur quatre est originaire d'Afrique subsaharienne. Si l'on considère les principales caractéristiques sociodémo-

graphiques (tableau 74), les Français et les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans se distinguent des autres patients étrangers par une proportion d'hommes sensiblement plus importante ainsi qu'un âge moyen plus élevé, en particulier dans le second groupe. La part des patients âgés de plus de 60 ans est autour de 6 % parmi l'ensemble des consultants, elle s'élève à 23 % chez les étrangers disposant d'un titre de séjour de 10 ans.

Les Français se démarquent sur le plan familial : ils vivent plus fréquemment seuls et sans enfants que l'ensemble des patients étrangers.

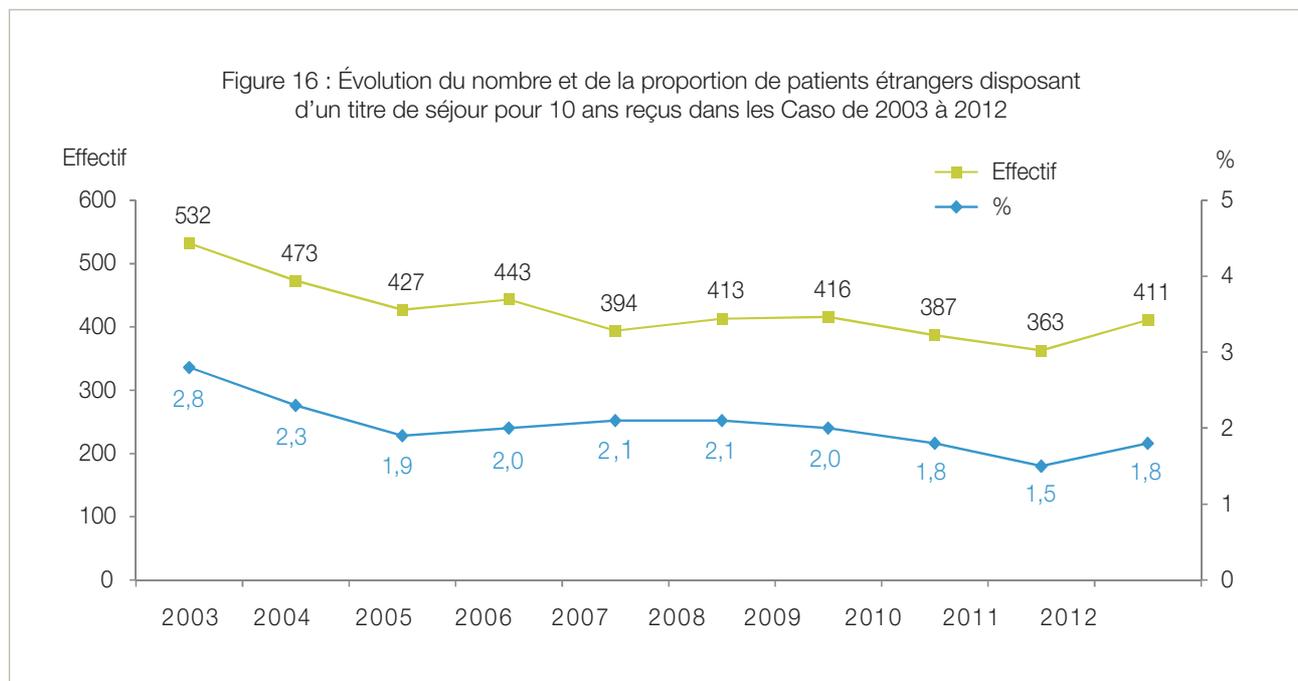


Tableau 73 : Répartition par nationalité des patients étrangers titulaires d'un titre de séjour pour 10 ans reçus dans les Caso, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Algérie	30,9	Inde	2,4
Maroc	11,7	Angola	2,2
Tunisie	8,5	Cameroun	2,2
Russie-Tchéchénie	3,7	Mali	2,2
Haïti	3,4	Sénégal	2,2
Comores	2,9	Mauritanie	2,2
Pakistan	2,7	Autres	22,8

Concernant le logement (*tableau 75*), la proportion de personnes sans domicile est particulièrement élevée chez les Français (27,9 % vs 10,6 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans et 12,4 % des autres étrangers). Près de la moitié des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans déclarent vivre dans un logement stable (48,8 % vs 38,2 % des Français et 29,5 % des autres étrangers).

Il faut toutefois relativiser la notion de logement stable, qu'il s'agisse de patients français ou d'étrangers avec titre de séjour pour 10 ans, car dans près de 40 % des situations il ne s'agit pas à proprement parler d'un logement personnel mais d'un hébergement durable par de la famille ou des amis.



Je suis à la rue depuis deux ans. Le premier hiver, je pensais que j'allais vite m'en sortir, jamais je n'aurais pensé aller avec les autres SDF. J'évitais les autres coins à SDF. Je me disais vraiment que j'allais m'en sortir mais les mois ont passé puis le premier hiver. J'ai évité tous les restos sociaux, les trucs comme ça. J'ai utilisé toutes les économies que j'avais, j'allais à l'hôtel et j'ai vite été ruiné. Par la suite j'ai été forcé d'aller aux Restos du cœur et dans les autres lieux comme ça, je n'avais pas le choix." [Homme isolé, français. Bus de Lyon]

95 % des Français et des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans vivent en dessous du seuil de pauvreté

Concernant l'activité et les ressources, 12 % environ des patients français exercent une activité pour gagner leur vie et 27 % ne disposent d'aucunes ressources. Les patients étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans exercent plus fréquemment une activité (25 %) et sont en contrepartie un peu moins nombreux à être totalement privés de ressources (14 %). Qu'il s'agisse des patients français ou étrangers, 95 % d'entre eux se situent en dessous du seuil de pauvreté et les ressources officielles sont issues le plus souvent du RSA, de salaires ou indemnités journalières ou quelquefois de l'allocation adulte handicapé (AAH).

Les Français ou les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans relèvent du dispositif d'assurance maladie.

Lors de leur première visite au Caso, seuls 42 % des Français et 38 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans disposent effectivement de droits ouverts (les autres patients étrangers sont 11 % à être dans cette situation). Les principaux freins à l'accès aux droits et aux soins cités par ces deux groupes de personnes sont les difficultés admi-

nistratives liées à la complexité des démarches (24 % des Français et 25 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans), les délais d'instruction des dossiers trop longs (24 % des Français et 14 % des étrangers), l'accès trop cher à une couverture complémentaire (20 % des Français et 22 % des étrangers) et la méconnaissance des droits et des structures proposant des soins (14 % des Français et 18 % des étrangers). Le besoin d'une domiciliation administrative, moins prégnant que pour l'ensemble des patients, concerne 13 % des Français et 15 % des étrangers ayant un titre de séjour 10 ans (vs 26 % des autres patients étrangers).

Les patients français ou étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans sont plus d'un sur quatre à avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois

Si la grande majorité des patients consultent dans un Caso pour une question en lien avec la santé, cette tendance est encore plus marquée chez les Français, qui sont 92 % à s'adresser à MdM pour un problème médical (vs 77 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans et 80 % des autres patients étrangers). Le fait de se rendre dans un Caso pour un motif lié aux droits sociaux, et en particulier l'accès à une couverture maladie, est plus fréquent parmi les patients étrangers (20 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans et 22 % des autres étrangers vs 10 % des Français). En cohérence avec des besoins de santé plus importants, les Français et les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans sont significativement plus nombreux à déclarer avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (respectivement 26,4 % et 30,9 % vs 22,3 % des autres patients étrangers) (*tableau 76*). Il n'y a pas de différence significative selon la nationalité concernant le retard de recours aux soins.

Au sujet de la nécessité de recourir à des soins urgents ou assez urgents, les patients français se distinguent avec une fréquence plus importante de situations nécessitant ce type de soins (42 % vs 33,8 % des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans et 33,2 % des autres étrangers).

En 2012, le nombre moyen de consultations dans les Caso est de 1,6 pour les Français et de 1,8 pour les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans (vs 1,8 pour l'ensemble des autres patients étrangers). Cette différence est probablement à relier à l'âge moyen plus élevé chez les étrangers, ce qui majore les besoins de santé.

La hiérarchie des principaux problèmes de santé recensés dans ces deux groupes est globalement identique à celle

Tableau 74 : Caractéristiques et environnement social des patients français, des patients étrangers avec titre de séjour pour 10 ans et des autres patients étrangers reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Français		Étrangers avec titre de séjour 10 ans		Autres patients étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Sexe						
- Hommes	64,2	857	68,9	283	60,5	12 715
- Femmes	35,9	479	31,1	128	39,5	8 317
Âge moyen	34,2		45,1		32,5	
Patients mineurs	11,0	144	----	0	12,7	2 636
Vivent seuls	85,3	936	78,5	317	76,3	13 265
Ont des enfants mineurs	30,2	266	40,2	138	42,2	6 270

Tableau 75 : Situation du logement des patients français, des patients étrangers avec titre de séjour pour 10 ans et des autres patients étrangers reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Français		Étrangers avec titre de séjour 10 ans		Autres patients étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Sans domicile ou hébergement au jour le jour	27,9	342	10,6	43	12,4	2 424
Hébergé par un organisme pour une durée de 15 jours	18,1	222	11,8	48	13,2	2 579
Logement précaire	15,8	193	28,8	117	44,9	8 801
Logement stable	38,2	468	48,8	198	29,5	5 774

Tableau 76 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des patients français, des patients étrangers avec titre de séjour de 10 ans et des autres patients étrangers reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Français		Étrangers avec titre de séjour 10 ans		Autres patients étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	41,2 ^{ns}	160	40,6 ^{ns}	52	43,3	3 207
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	26,4 ^{***}	165	30,9 ^{***}	83	22,3	2 832
Soins urgents ou assez urgents	42,0 ^{**}	188	33,8 ^{ns}	47	33,2	2 702

Analyses ajustées sur l'âge, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie.
 *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

des autres patients. Les pathologies respiratoires, dermatologiques et digestives prédominent.

Les Français souffrent plus de problèmes psychiques, notamment d'angoisses et de troubles anxieux (*tableau 77*). On peut également noter des fréquences plus élevées de traumatismes et de candidoses, en lien probablement avec la part plus élevée de personnes sans domicile chez les Français.

Les affections des étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans apparaissent beaucoup moins spécifiques et rejoignent les problèmes de santé de l'ensemble des autres patients étrangers. Les différences constatées sont probablement attribuables à l'âge plus élevé. En effet, ils présentent plus fréquemment des pathologies cardiovasculaires, en particulier l'hypertension artérielle (9 % vs 7 % des autres étrangers). Les troubles psychiques sont également majorés chez les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans avec des syndromes dépressifs plus fréquents (5 % vs 3 % des Français et 2 % des autres étrangers).

Concernant la nature des pathologies diagnostiquées, les patients français souffrent plus souvent d'affections aiguës et les patients étrangers d'affections chroniques, en particulier les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans, qui sont en moyenne plus âgés.



Mme V., 53 ans, est française. Elle dispose d'une couverture maladie, d'une mutuelle, de 743 euros d'AAH et de 264 euros d'aide personnalisée au logement (APL) par mois qui lui permettent de payer son loyer. Mme V. est totalement édentée et a besoin d'une prothèse dentaire. Elle a pris rendez-vous auprès d'un centre dentaire mutualiste mais le reste à charge demeure bien trop élevé. Elle est reçue au Caso pour un accompagnement dans une demande d'aide exceptionnelle auprès du service social de la caisse de sécurité sociale dont elle dépend pour une participation exceptionnelle." [Caso de Marseille]

➔ PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS EN ZONES RURALES : UN PROJET PILOTE EN AUVERGNE

En Auvergne, l'Agence régionale de santé a réalisé en 2011 un diagnostic de santé (état, besoins et offre de soins) de la population auvergnate. Ce diagnostic fait remonter des indicateurs de santé préoccupants marqués par de fortes inégalités sociales et territoriales. Des difficultés d'accès aux soins en milieu rural et de nouvelles formes de précarité dans des zones d'habitation isolées géographiquement et socialement sont rapportées.

Après avoir effectué ces constats et fort de son expérience dans la coordination d'appui et dans l'orientation vers les dispositifs de droit commun, MdM a démarré en avril 2012 une mission exploratoire sur le territoire des Combrailles, dans le canton de Montaigut, zone rurale défavorisée dans le Puy-de-Dôme. Les résultats de cette mission ont confirmé un niveau de précarité préoccupant et ont permis d'appréhender les difficultés et freins pour l'accès aux soins et aux droits des personnes dans ce milieu à caractère rural. Il s'agit essentiellement de difficultés financières, de mobilité réduite et d'éloignement géographique des dispositifs de soins, d'inefficience de l'offre de soins, de complexité du système de protection sociale et de démarches administratives. Les populations les plus touchées sont : les personnes âgées, les jeunes actifs, les familles monoparentales, les agriculteurs et les néoruraux.

D'ici à trois ans, il s'agit d'améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité en promouvant la mise en place d'une coordination d'appui médico-sociale fixe et mobile. Cette coordination d'appui permettra l'établissement d'une passerelle entre les dispositifs sociaux, les structures de soins et les professionnels de santé, au profit des personnes en situation de précarité.

Cette mission n'a pas vocation à pallier les manques médicaux en milieu rural. Son rôle est d'appuyer les acteurs locaux dans le repérage des personnes exclues de tout parcours de soins, leur intégration et leur accompagnement vers le droit commun.

La mission a ouvert au public, à la fin d'avril 2013, ayant au préalable rencontré et mobilisé les différents partenaires institutionnels et associatifs locaux. La majorité des acteurs rencontrés ont adhéré à l'action de MdM dans les Combrailles pour la prise en charge de personnes en situation de précarité.

Tableau 77 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les patients français, les patients étrangers avec titre de séjour pour 10 ans et les autres patients étrangers reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Français	Étrangers avec titre de séjour 10 ans	Autres patients étrangers
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	14,6 ^{ns}	12,8 ^{ns}	14,8
Parasitoses / candidoses	8,5 ^{***}	4,6 ^{ns}	4,8
Angoisse / stress / troubles somatiques	7,9 [*]	7,6 ^{ns}	7,1
Affections dents-gencives	7,7 ^{**}	5,6 ^{ns}	6,7
Infections respiratoires inférieures	7,3 ^{***}	7,9 ^{**}	4,9
Symptômes et plaintes du système digestif	6,7 ^{***}	10,2 ^{ns}	10,4
Traumatismes	6,2 ^{***}	4,3 ^{ns}	3,5
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,5 ^{ns}	4,9 [*]	6,8
Diagnostics non classés ailleurs	5,2 ^{***}	3,6 ^{ns}	3,5
Autres pathologies cutanées	4,8 ^{**}	3,6 ^{ns}	3,8
Nature des pathologies présentées par les patients¹			
Aiguës	66,3 ^{***}	43,5 ^{ns}	52,3
Chroniques	41,6 ^{***}	67,1 ^{ns}	55,7

Analyses ajustées sur l'âge.

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

¹ Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

5. Les ressortissants de l'Union européenne (hors France)

LES POINTS ESSENTIELS

- **18 % des patients sont des étrangers originaires de l'UE, proportion en baisse par rapport à 2011 et en lien avec la diminution du nombre de Roumains et de Bulgares.**
- **La part des Italiens, Espagnols et Portugais parmi les ressortissants de l'UE est plus élevée qu'en 2011 (10,7 % en 2012 vs 6,7 % en 2011).**
- **Les étrangers originaires de l'UE sont en moyenne : plus jeunes, plus fréquemment de sexe féminin, plus souvent en couple avec des enfants.**
- **Leurs conditions de logement sont encore plus dégradées que celles des autres patients : 15 % sont sans domicile et 59 % vivent dans un logement précaire.**
- **Seuls 12 % des ressortissants de l'UE disposent d'une couverture maladie.**

En 2012, la part des étrangers originaires de l'UE hors France s'établit à près de 18 %, en baisse sensible de 2,5 points par rapport à l'année précédente (*figure 17*). Depuis 2007, année de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'espace communautaire, le nombre et la proportion de ressortissants de l'UE étaient relativement stables. La répartition par nationalité des ressortissants de l'UE montre une prédominance des Roumains et des Bulgares (82,1 % des ressortissants de l'UE), loin devant les Portugais, les Espagnols et les Italiens (*tableau 78*).

Entre 2011 et 2012, on observe une diminution sensible de la proportion de Roumains et de Bulgares parmi les ressortissants communautaires : 14,7 % vs 17,6 %. À l'inverse, une progression sensible de la part des Portugais, Espagnols et Italiens est constatée : 10,7 % vs 6,7 % en 2011, certainement en lien avec la situation économique de ces pays. Ces patients d'Europe du Sud sont particulièrement présents dans les Caso du sud de la France (Ajaccio, Montpellier, Nice, Pau et Toulouse).



En mars 2012, Mme T. et sa fille sont venues consulter à MdM car elles ne savaient pas où se rendre sans avoir à faire d'avance d'argent. Mme T. ne sait pas comment fonctionne leur couverture sociale via l'Italie/la France. Sa fille a un problème de vue. M. et Mme T. sont arrivés en France en décembre 2011. Auparavant, ils vivaient en Italie. Monsieur et les enfants sont de nationalité italienne,

madame est marocaine. Les difficultés économiques rencontrées en Italie les ont amenés à migrer en France pour trouver du travail. M. T. a trouvé un emploi à durée indéterminée. Début 2012, ils sont allés s'inscrire aux services des relations internationales à la CPAM. Ils vivent sur leurs économies. Grâce à l'emploi de M. T., des droits de base ont pu être ouverts pour lui et les enfants. Mme T. n'a pu être affiliée « car elle n'est pas italienne ». Un dossier de CMUc a aussi été monté compte tenu du montant de leurs ressources, inférieur au plafond (soit 16 662 euros par an).

Mme T. se présente à la CPAM en octobre 2012, le service de l'AME ne veut pas considérer sa demande tant qu'elle n'a pas un document de résiliation de ses droits en Italie (document impossible à obtenir). Elle écrit alors une lettre à la caisse italienne en l'informant qu'elle souhaite résilier ses droits. S'ensuit une longue période d'attente durant laquelle Mme T. vient consulter à MdM. L'assistante sociale a interpellé le service des relations internationales (courrier à l'appui) car Mme T. est non seulement une ayant droit de son mari, mais depuis novembre 2012 elle a une attestation de demande de séjour comme conjoint européen. Silence du service... En janvier 2013, une demande d'AME est effectuée. Sans nouvelles de la CPAM au bout de deux mois, nous les appelons. Ils nous informent que Mme T. est déjà inscrite comme ayant droit de son mari au titre des

migrants et que la demande de CMUc est en cours (déposée depuis dix mois, le dossier est revenu au moins deux fois avec des demandes différentes chaque fois). Cette fois-ci, il semble que le dossier soit complet, il sera traité dans la semaine !
 Quatre jours plus tard : Mme T. reçoit une autre demande de justificatif (revenus). Nous téléphonons à la CPAM : pas de trace de cet envoi, sûrement une erreur, la CMUc est bien ouverte. La famille devrait recevoir l'attestation..." [Caso de Grenoble]

Les patients étrangers de l'UE, avec 48 % de femmes, constituent un groupe beaucoup plus féminisé que l'ensemble des autres patients (37 % de femmes). Ils sont également en moyenne sensiblement plus jeunes (30 ans vs 33 ans). On compte en effet deux fois plus de mineurs que parmi les autres consultants (22 % vs 10 %). Ces différences sont attribuables aux patients roumains et bulgares : plus de la moitié d'entre eux sont des femmes (51 % vs 36 % des autres ressortissants de l'UE) et près d'un patient sur quatre est mineur (24 % vs 18 %).

La majorité des étrangers de l'UE, sans différence notable avec les autres patients étrangers, résident en France depuis peu : 67 % depuis moins d'un an et parmi eux 35 % depuis moins de trois mois. La durée de résidence est calculée par rapport à la dernière date d'entrée en France indiquée par les personnes. Dans les faits, un tiers des étrangers de l'UE indiquent avoir déjà séjourné antérieurement en France

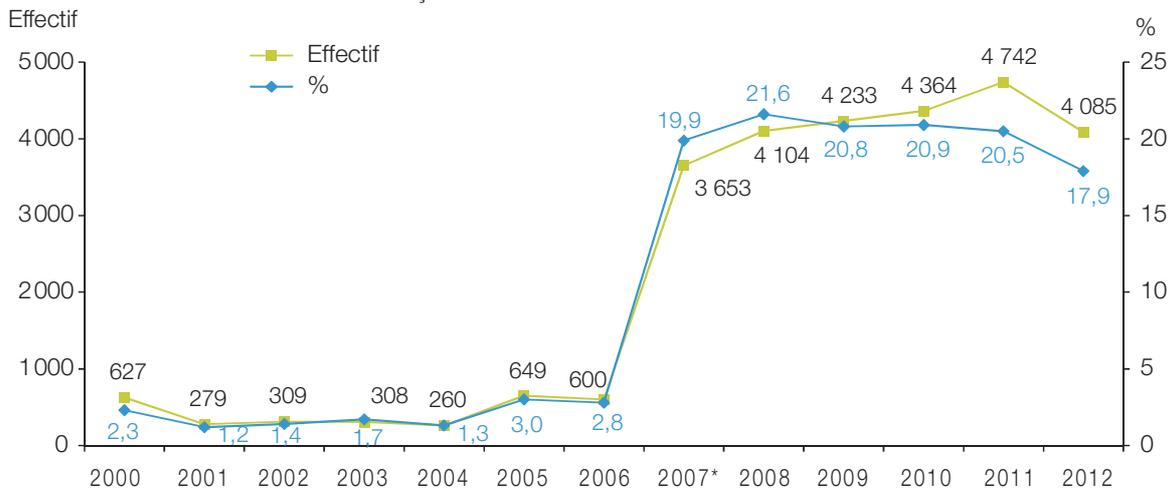
(vs 16 % des autres étrangers) et tout particulièrement les Roumains et les Bulgares. Ainsi, si l'on comptabilise la durée totale vécue en France avec la prise en compte des allers-retours dans le pays d'origine, ce ne sont plus 35 % des ressortissants de l'UE qui séjournent en France depuis moins de trois mois, mais seulement 7 %.

En ce qui concerne leur environnement familial, les ressortissants de l'UE vivent plus fréquemment en couple (48 % vs 18 % des autres consultants) et avec des enfants.

Des conditions de logement déplorables... qui touchent aussi les enfants

La situation de logement des étrangers de l'UE est encore plus détériorée que celle des autres consultants : 59 % vivent dans un logement précaire (vs 40 %), 8 % sont hébergés par un organisme ou une association (vs 15 %) et 15 % sont sans domicile (vs 13 %). Les mineurs ne sont pas épargnés par ces conditions dégradées de logement. Seuls 18 % d'entre eux déclarent un logement stable (vs 33 %). Les Roumains et les Bulgares connaissent des conditions d'habitat encore plus dégradées : ils vivent majoritairement dans un logement précaire (66 % vs 28 % des autres patients communautaires) et 7 % sont hébergés par un organisme ou une association (vs 13 %). Ils sont également moins nombreux à résider dans un lieu stable (15 % vs 31 %).

Figure 17 : Évolution du nombre et de la proportion de patients originaires de l'Union européenne reçus dans les Caso de 2000 à 2012



* Entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE.

Du point de vue administratif, près de 67 % des étrangers majeurs de l'UE sont considérés comme en situation irrégulière et donc susceptibles d'être renvoyés dans leur pays d'origine. Ce constat concerne particulièrement les Roumains et les Bulgares (71 % vs 48 % des autres étrangers d'UE).

Seuls 12 % des ressortissants de l'UE disposent d'une couverture maladie

Au terme du bilan social réalisé par les équipes de MdM, 81 % des ressortissants de l'UE (vs 76 % des autres patients) ont droit à une couverture maladie au regard de leur situation administrative (dont 69 % à l'AME). Ces droits ne sont que théoriques car, dans les faits, seuls 12 % disposent d'une couverture maladie effective le jour de leur consultation (vs 14 % des autres patients).

Les obstacles à l'accès aux droits cités spontanément par ces patients ne sont pas spécifiques et recouvrent globalement les mêmes difficultés que la majorité des consultants : l'impossibilité d'obtenir des droits en lien avec le critère de résidence non rempli ou la difficulté de fournir une preuve de résidence (cités par 33 % des étrangers de l'UE), les difficultés administratives et la méconnaissance des droits et des structures (31 %), l'obstacle linguistique (26 %). Les patients

roumains et bulgares connaissent des difficultés encore plus soutenues s'agissant du critère de résidence et de la barrière linguistique. Près de 42 % des étrangers de l'UE nécessitent une domiciliation administrative pour l'ouverture de leurs droits (vs 22 % des autres patients).

Concernant le recours aux soins, 38,6 % des étrangers originaires de l'UE accusent un recours tardif aux soins et 19,4 % déclarent avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois. La nécessité d'une prise en charge urgente ou assez urgente concerne 40 % des ressortissants de l'UE, contre 32,2 % des autres patients (*tableau 79*).

En 2012, les étrangers originaires de l'UE ont bénéficié de 7 906 consultations médicales pour 4 242 patients, soit 1,9 consultation par personne (vs 1,7 pour l'ensemble des autres consultants).

Les affections diagnostiquées chez ces patients ne sont pas spécifiques. Les diagnostics portés concernent, comme pour l'ensemble des consultants des Caso, les pathologies respiratoires (36 %), suivies des pathologies digestives (25 %), ostéoarticulaires (19 %) et dermatologiques (16 %). Ces affections sont aiguës dans six cas sur dix et chroniques dans environ 47 % des cas, ce qui pose la question de leur prise en charge et de leur suivi dans un contexte de quasi-absence de couverture maladie (*tableau 80*).

Tableau 78 : Répartition des ressortissants de l'UE (hors France) par nationalité, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	68,1	Allemagne	0,7
Bulgarie	14,0	Slovaquie	0,4
Portugal	4,6	Royaume-Uni	0,4
Espagne	3,3	Pays-Bas	0,3
Italie	2,8	Belgique	0,3
Pologne	2,6	Lituanie	0,3
Hongrie	1,3	Autres	0,9

Tableau 79 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des étrangers originaires d'Union européenne reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Étrangers d'UE		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	38,6**	551	44,2	2 868
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	19,4**	397	23,2	2 683
Soins urgents ou assez urgents	40,0***	667	32,2	2 270

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie.
 *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

Tableau 80 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les étrangers originaires de l'Union européenne, 2012 (% en colonne)

	Étrangers d'UE (hors France)	Autres patients étrangers	p ¹
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	22,1	13,0	***
Symptômes et plaintes du système digestif	9,1	10,4	ns
Affections dents-gencives	8,1	6,5	***
Infections respiratoires inférieures	7,7	4,5	***
Autres diagnostics du système digestif	7,6	7,6	ns
Hypertension artérielle	6,0	6,9	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,6	6,9	ns
Syndrome dorsolombaire	5,1	4,9	**
Toux	4,9	3,2	*
Symptômes et plaintes du rachis	4,8	4,6	ns
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	60,6	51,0	***
Chroniques	46,5	57,3	***

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

¹ Analyses ajustées sur l'âge.

² Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

→ LES ACTIONS DES ÉQUIPES MOBILES AUPRÈS DES ROMS (VIVANT EN SQUATS ET BIDONVILLES)

Discriminés, expulsés de leurs lieux de vie sans proposition de relogement, les personnes vivant en bidonvilles, et en particulier les Roms, servent de bouc émissaire en période de crise. Pourtant, la circulaire interministérielle publiée le 26 août 2012 impose avant tout démantèlement de proposer des solutions d'hébergement et d'insertion. La faible application de ce texte et l'hostilité croissante dont sont victimes ces personnes ont pour conséquence une précarisation alarmante.

LES POINTS ESSENTIELS

- 3 186 consultations médicales ont été réalisées auprès de 2 171 patients.
- Près de 60 % des personnes rencontrées sont des femmes.
- L'âge moyen des personnes est de 23 ans et 44 % sont des mineurs.
- La quasi-totalité des personnes sont de nationalité roumaine.
- 40 % des patients ont un retard de recours aux soins selon les médecins.
- Seuls 16,2 % des adultes ont des droits ouverts à la couverture maladie.

En 2012, on estime qu'environ 15 000 Roms vivent en France⁽⁸⁹⁾. Le Conseil national consultatif des droits de l'homme (CNCDDH) désigne par Roms migrants « les personnes vivant sur le territoire national, venant essentiellement des pays d'Europe centrale et orientale et se reconnaissant comme Roms ».

Les Roms vivant en France sont en grande majorité ressortissants de Roumanie et de façon très minoritaire de Bulgarie et des pays d'ex-Yougoslavie. Leurs caractéristiques sociales, démographiques, linguistiques et leurs modes de vie varient selon les pays et les régions d'origine, malgré le vécu commun de discriminations et d'exclusion qui pousse les familles à émigrer. Il convient de souligner que tous les Roms ne sont pas en situation de précarité. La migration n'est pas une caractéristique culturelle de cette population, contrairement aux idées reçues sur une tradition de nomadisme. Leur arrivée en France relève d'une dynamique de migration économique, pour fuir la pauvreté et l'exclusion des pays d'origine et rechercher une situation meilleure pour les enfants. Ce courant migratoire concerne l'ensemble des familles sur plusieurs générations et plus rarement des individus seuls. Comme tous les citoyens européens, les Roumains et Bulgares ont le droit d'entrer librement sur le territoire français et d'y séjourner pendant trois mois. Cependant, pour s'installer durablement en France, ils doivent prouver qu'ils ne constituent pas « une charge déraisonnable pour le système d'assistance sociale »⁽⁹⁰⁾. Jusqu'au 31 décembre 2013,

ils sont soumis à des restrictions spécifiques limitant l'accès au marché du travail (liste de 292 métiers) et l'installation sur le territoire. Ces mesures transitoires imposent alors l'acquisition d'une autorisation de travail, le paiement d'une taxe par l'employeur et l'obtention d'un titre de séjour. Ces mesures entravent de fait l'accès des Roms à des emplois salariés formels et à la protection sociale. Ils se retrouvent alors en situation de grande précarité, exerçant des activités dans le secteur informel et vivant dans des lieux inadéquats et indignes avec des conséquences avérées sur leur santé et leur sécurité.



Le terrain sera rapidement expulsé. Le travail auprès de ce groupe nous permet de déceler plusieurs problèmes de santé, dont une intoxication au monoxyde de carbone. Lors d'une consultation, le patient est orienté en urgence à l'hôpital, où l'intoxication est confirmée et inquiète le personnel médical, qui fait un signalement au centre antipoison et de toxicovigilance de Paris. La mission a été contactée très rapidement par le centre antipoison, qui cherchait à recueillir plus d'informations sur le patient. Nous avons donné l'adresse exacte du terrain en proposant même un accompagnement par le

(89) Amnesty International « Chassés de toutes parts – Les expulsions forcées de Roms en Île-de-France ».

(90) Loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

médiateur sanitaire de MdM, pour faciliter l'enquête et le bon suivi médical du patient, ainsi qu'une évaluation des risques liés à son habitat, comme le suggère le protocole de l'ARS. À notre grande surprise, aucune suite n'a été donnée à notre proposition et aucune enquête n'a été menée auprès du patient. Les équipes de soignants bénévoles se sont vues assurer une fois de plus le rôle de suivi médical et de prévention sans aucun appui de la part des structures habilitées." [Mission Banlieue, Île-de-France]

Ces conditions de vie alarmantes ne font pas l'objet de politiques de relogement ou à défaut d'aménagement *a minima* par les communes. Au contraire, du fait de l'occupation souvent illégale des terrains et du risque sanitaire des terrains, les habitants sont régulièrement expulsés, souvent sans préavis officiel ni délais de recours. Les expulsions à répétition sans solution de relogement et sans prise en compte des situations individuelles ont continué cette année, malgré la circulaire du 26 août 2012, renforçant la précarité et l'exclusion subies par les Roms.

La circulaire du 26 août 2012 : un affichage interministériel fort mais qui reste théorique

La circulaire interministérielle du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites est supposée guider l'action de l'État dans le cas d'évacuations de campements illicites. Elle s'adresse aux préfets de région et définit les conditions d'évacuation des populations en insistant sur les solutions d'accompagnement à proposer en mobilisant prioritairement les moyens de droit commun. Si l'on peut regretter que ces instructions aient été émises sous la forme d'une simple circulaire, non invocable devant un juge, il est important de souligner qu'elle se borne en fait à rappeler aux préfets l'obligation qu'ils ont de respecter les exigences posées par les textes internationaux dont la France est signataire.

La circulaire prévoit la mise en place d'un « diagnostic de la situation de chacune des familles ou personnes isolées » habitant un campement et menacées d'expulsion. Il s'agit de chercher des solutions d'accompagnement dans les principaux domaines favorisant l'insertion des personnes, à savoir la scolarisation, l'hébergement, l'emploi et la santé. Les problématiques doivent être traitées de façon globale et individuelle afin de prendre en compte les spécificités de chacune des personnes, notamment les familles, et de leur projet. Cette connaissance, indispensable à la mise en place de solutions adaptées et pérennes, doit être alimentée par la maîtrise de l'environnement local, associatif et institutionnel.

Malgré l'existence d'un vade-mecum mis à disposition des préfets pour préciser la marche à suivre, les recommandations restent assez vagues ainsi que les moyens pour les mettre en œuvre en termes de délai, de ressources et de financement.

Concernant le **diagnostic**, la circulaire spécifie qu'il pourra « être plus ou moins complet en fonction du temps et des ressources disponibles ». Dans un contexte de crise, on peut s'interroger sur les moyens alloués par les préfets à ce diagnostic et sur le travail de fond qui sera mené.

De plus, ce diagnostic, contrairement à certains constats de terrain, ne doit pas être un prétexte à exclure certaines situations qui ne répondraient pas à des critères d'intégration.

À propos de l'**accès à l'éducation**, la circulaire rappelle le principe de l'obligation scolaire jusqu'à l'âge de 16 ans. Cependant, de nombreux obstacles persistent, notamment au moment de l'inscription.

Il est indispensable de rappeler que les communes n'ont aucun pouvoir d'appréciation sur la scolarisation des enfants.

En matière **d'hébergement et d'accueil**, il est question dans la circulaire de recours à l'hébergement d'urgence « en fonction des disponibilités de places », or le système d'accueil d'urgence est saturé. Et ce genre de solution est loin de respecter les normes juridiques internationales en matière de solutions de relogement satisfaisantes : quelques nuitées, des familles souvent séparées, des lieux délabrés, pas de possibilité de cuisiner...

Au sujet de l'**insertion professionnelle**, un allègement des mesures transitoires relatives aux conditions d'accès au marché de l'emploi pour les Roumains et les Bulgares est mis en avant dans la circulaire. Cependant, l'absence de levée totale de ces mesures transitoires, applicables jusqu'au 31 décembre 2013, laisse perdurer le caractère restrictif de l'accès au marché du travail français de ces ressortissants, qui doivent être en possession d'un titre de séjour et d'une autorisation de travail, à la différence des citoyens des autres pays de l'Union européenne.

Sur le thème de la **santé**, la circulaire précise le rôle central des agences régionales de santé, en lien avec les collectivités territoriales, en particulier les PMI, car la vaccination des enfants et la santé materno-infantile sont mis en avant. En pratique, l'accès aux soins de santé n'est pas assuré, ne serait-ce qu'en raison de l'absence de mesures concernant les conditions de vie insalubres dans les campements. L'accès à la couverture maladie reste toujours très problématique.

Il est important de noter que les lignes directrices de la circulaire précisent que les décisions de justice doivent être exécutées de manière immédiate lorsque la sécurité des personnes est mise en cause, appréciation laissée à l'entière discrétion des préfets.

Dans sa lettre au Premier ministre du 4 octobre 2012, le Défenseur des droits indique que, malgré la publication de la circulaire, les expulsions se poursuivent de façon soutenue et que plus d'une trentaine de campements ont été évacués en quarante jours. Cet état de fait reste vrai, il s'est même aggravé sur la première moitié de l'année 2012. Le constat fait par les associations sur le terrain est très amer : depuis la mise en œuvre de ce texte, très rares ont été les territoires où des solutions ont été mises en œuvre en application de la circulaire. Les conditions de vie des Roms en bidonvilles ou en squats restent alarmantes, les expulsions se multiplient, et la précarité s'aggrave.

La France, pays des droits de l'homme, condamnée par le Comité européen des droits sociaux pour violation manifeste de droits fondamentaux des populations roms

Le Comité européen des droits sociaux (CEDS), organe du Conseil de l'Europe, a pour mission de juger la conformité du droit et de la pratique des États parties à la Charte sociale européenne.

À la suite à la saisine de MdM en avril 2011, ce comité a, dans sa décision rendue publique le 21 janvier 2013, condamné fermement la France pour violation manifeste de droits fondamentaux et d'accès aux droits des populations roms vivant en France dans un état de grande pauvreté. Le Comité épingle la France pour le non-respect des droits au logement, à l'hébergement, à l'éducation des enfants, à l'assistance sociale et médicale et à la protection de la santé des populations roms. Il pointe les insuffisances de la politique française, qui doit prendre des mesures concrètes et effectives pour lutter contre l'exclusion sociale des populations roms et ne pas faire preuve de mesures discriminatoires à leur égard.

Concernant **les expulsions forcées** de bidonvilles, le CEDS constate que la protection juridique des populations roms n'est pas suffisante et que, de fait, leur dignité est entravée.

Sur **le logement**, le comité dénonce le non-accès à un logement d'un niveau suffisant et des conditions de logement dégradantes et relève un accès trop limité à un hébergement convenable adapté à la situation des personnes.

Sur l'accès à l'**éducation**, aucune mesure n'est prise par le gouvernement pour assurer le principe de l'obligation scolaire pour tous les enfants, quelle que soit leur situation. De nombreux obstacles persistent, notamment au moment de l'inscription, très ciblés contre ces enfants roms.

Au sujet de l'accès aux **soins de santé**, le Comité considère que la politique du gouvernement français est insuffisante à l'égard des populations roms vivant dans un état de grande pauvreté : difficultés d'accès aux soins de santé, défaut d'information et de sensibilisation, manque de consultations et de dépistages des maladies, défaut de prévention des maladies et des accidents. Cette condamnation s'ajoute à d'autres plus anciennes pour non-respect du droit au logement des populations roms. Cette réitération souligne la nécessité et l'urgence pour le gouvernement français d'agir en faveur de ces populations particulièrement vulnérables. La stricte application de la circulaire du 26 août 2012 sur l'ensemble du territoire permettrait d'ores et déjà de se rapprocher des exigences de la Charte sociale européenne.



Depuis le printemps 2011, l'adjoint au maire en charge des solidarités participe aux réunions du comité de suivi du programme de médiation sanitaire. Des poubelles individuelles ont été mises en place, le terrain a été viabilisé, les familles ont même obtenu un accès à la laverie sociale de la commune. La mairie a ainsi marqué sa volonté d'améliorer la dignité de l'accueil des familles roms sur son territoire. Dans ce contexte plus favorable, la médiatrice a remarqué une plus grande autonomie du groupe autour de la santé (certaines familles ont renouvelé de manière autonome leur AME, ont recours à un médecin traitant...). La santé trouve une place importante dans leurs préoccupations. Seulement, à partir du printemps 2012, la municipalité a retiré les poubelles individuelles, arrêté l'entretien des toilettes chimiques, pour finalement faire pression sur le propriétaire du terrain afin de procéder à l'expulsion au mois de juillet, malgré la médiation judiciaire en cours. Depuis, les familles se sont déplacées sur un autre terrain, et ne bénéficient cette fois plus d'aucun soutien en matière de viabilisation de la part de la municipalité. Leurs conditions de vies se sont dégradées de façon spectaculaire, et la médiatrice constate un net recul de leur intérêt pour les questions de santé.”
[Mission Pays de Loire]

À toutes ces difficultés s'ajoutent les obstacles dans l'accès aux services de santé et de scolarité. Dans les deux cas, l'accès à ces dispositifs est entravé d'une part par les expulsions, qui obligent à changer de commune et impliquent une perte des repères spatiaux et temporels, et d'autre part par des pratiques abusives de la part des préfetures, CPAM ou mairies (demandes de pièces abusives pour obtention de l'AME, refus d'inscription dans les écoles). De plus, les expulsions à répétition éparpillent les populations, rendant plus difficile le suivi par les associations et les actions de plaidoyer à l'échelle locale. De nombreuses associations et instances de l'État partagent ces constats, comme le montrent la condamnation récente de la France par le Comité européen des droits sociaux⁹¹, le rapport du Défenseur des droits sur l'application de la circulaire du 26 août 2012⁹² et le rapport d'Amnesty International en France intitulé « *Chassés de toutes parts, les expulsions forcées de Roms en Île-de-France* »⁹³. Dans ce rapport, issu d'une enquête de terrain menée en 2012 auprès de communautés roms migrants vivant dans des campements informels, de

- (91) Conseil de l'Europe, Comité des ministres, Résolution CM /ResChS (2013) 6, Médecins du Monde – International c. France, Réclamation n°67/2011, adoptée le 27 mars 2013, disponible sur : [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/ResChS\(2013\)6&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=FDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/ResChS(2013)6&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=FDB021&BackColorLogged=F5D383)
- (92) Défenseur des droits, « *Bilan d'application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012, août 2012* », mai 2013, 59p, disponible sur : <http://www.romeurope.org/IMG/pdf/rapport-ddd-2013-06-25.pdf>
- (93) Amnesty international, « *Chassés de toutes parts. Les expulsions forcées de Roms en Île-de-France* », 2012, 68 p, disponible sur : <http://www.amnesty.org/en/library/asset/EUR21/012/2012/en/48531f20-663b-4c82-b0ae-0ff1362b901d/eur210122012fr.pdf>

membres d'associations, dont MdM, de comités de soutien, d'avocats, de représentants des pouvoirs publics locaux et de responsables du gouvernement, Amnesty international appelle le gouvernement et les préfets de France à stopper les expulsions forcées de Roms migrants. L'ONG dénonce les discriminations et les lacunes du cadre juridique national dont sont victimes les Roms en France, tout en rappelant l'existence de textes internationaux interdisant les expulsions forcées. Le rapport alerte sur les conséquences désastreuses de ces expulsions à répétition, en matière de santé ou encore de scolarisation des enfants, qui sont un véritable frein au processus d'intégration.

Le récent rapport de l'Observatoire du collectif national droits de l'homme Romeurope⁹⁴ rend compte de façon plus précise des situations de précarité dans plusieurs domaines de la vie courante (habitat, emploi, scolarisation...) et des écarts faits à la loi depuis l'année dernière. Dans son dernier rapport sur les manifestations du racisme en France⁹⁵, la Commission nationale consultative des droits de l'homme recommande la levée des mesures transitoires concernant l'accès au travail et l'ouverture des droits aux prestations sociales et médicales pour tous les citoyens de l'Union européenne résidant en France. Elle recommande également une adaptation des structures de santé publique aux besoins et conditions spécifiques des populations vivant en grande précarité en se basant sur les expériences de médiation et les constats de diverses associations, y compris celles de MdM.

■ Les habitants des squats et des bidonvilles : des conditions de vie inhumaines, des expulsions à répétition qui entravent les suivis médico-sociaux

En France, MdM a six missions auprès de Roms vivant dans des squats et des bidonvilles (Marseille, Lyon, Nantes, Bordeaux, Strasbourg, Saint-Denis) et des actions spécifiques envers ces mêmes populations à Toulouse, Grenoble et Nancy. L'objectif principal de ces missions est d'agir pour l'accès effectif aux dispositifs de prévention et de soins pour des populations migrantes vivant en bidonville.

Les actions sont menées sur les lieux de vie, suivant une démarche « d'aller vers » pour pouvoir atteindre les populations les plus isolées. Les modalités d'action peuvent varier selon les missions, mais toutes œuvrent à faire de la veille sanitaire sur les lieux de vie par le biais de consultations médicales et sociales et d'actions de prévention. Certaines missions disposent de bénévoles pédiatres et sages-femmes permettant de proposer des consultations et des orientations spécialisées aux enfants et aux femmes enceintes. La présence régulière d'interprètes et de médiateurs permet un meilleur accueil et une compréhension par les médecins des plaintes concernant la santé et des prescriptions et orientations par les patients.

Cependant, MdM n'ayant pas vocation à se substituer au droit commun, il est indispensable d'orienter et d'accompagner, si besoin, vers

Atteintes au droit à la santé et au logement pour la population rom migrante

Exemple du démantèlement d'un bidonville de Noisy-le-Grand

Dans un grand nombre de départements français, la non-application de la circulaire du 26 août 2012 est flagrante et entraîne de fait la poursuite des expulsions sans solution de relogement ni d'accompagnement. L'évacuation en octobre 2012 d'un bidonville de Noisy-le-Grand, en Seine-Saint-Denis, est un triste exemple de l'inertie institutionnelle quant à l'application du volet « prévention » de ladite circulaire et des conséquences néfastes des expulsions de lieux de vie sans proposition alternative pour les populations concernées.

Durant l'année 2012, l'équipe « bidonvilles » de la mission Banlieue de MdM est intervenue par le biais de consultations médico-sociales pendant plusieurs mois auprès d'un groupe de personnes installées à Noisy-Le-Grand. Un travail de médiation sanitaire a en outre été mis en place et a permis aux personnes malades d'avoir accès aux structures sanitaires locales de droit commun. Des diagnostics de pathologies graves ou fortement contagieuses ont été établis puis pris en charge, des liens avec les PMI de la ville ont été créés, des suivis médicaux et des actions de prévention ont été menés. Toutes ces actions, en coordination avec des acteurs socio-sanitaires locaux, ont permis une amélioration notable de la prise en charge des habitants du terrain. Elles n'ont été possibles qu'en raison de l'absence apparente de menaces d'expulsion du terrain. Mais malgré un courrier adressé au préfet alertant sur les risques socio-sanitaires d'une éventuelle expulsion, et malgré une rencontre plutôt consensuelle organisée par la préfecture avec des représentants de ses services et des institutions publiques (santé, logement, sécurité), de la mairie et des associations, le bidonville a finalement été démantelé. Aucun diagnostic n'a été réalisé, aucune proposition de relogement convenable n'a été émise et aucun dispositif d'accompagnement des personnes n'a été mis en œuvre.

Les interpellations de la préfecture, des collectivités territoriales, du conseil général, de l'Agence régionale de santé et des autorités politiques à un niveau national, en appelant à respecter les dispositions de la circulaire du 26 août 2012, ont été vaines. Le Défenseur des droits (DDD) et la Défenseure des enfants (DDE), alertés de ce démantèlement non conforme à ladite circulaire, n'ont pu que constater cette inertie.

Cette évacuation de bidonville, tout comme de nombreuses autres expulsions, a eu un impact direct sur les populations concernées : détérioration des conditions de vie, rupture des processus d'intégration et de soins. Les groupes éclatent, les lieux de vie se multiplient et se dispersent dans la ville. Les expulsions contraignent les familles à se cacher, les rendant inaccessibles. En outre, les expulsions sans solution alternative peuvent entraîner des ruptures de soins et de suivi médical et la perte de traitements et de documents médicaux. Enfin, les pressions exercées à l'encontre des familles roms et leurs conditions de vie alimentent le retard aux soins et ont un impact direct sur la santé des personnes.

Ces expulsions, aggravant la situation d'extrême vulnérabilité dans laquelle se trouvent les populations concernées, sont souvent rapportées par les missions MdM, en particulier à Marseille et en Seine-Saint-Denis.

(94) Collectif national droits de l'homme Romeurope, Rapport d'Observatoire 2013, juin 2013, 112 p, disponible sur : www.romeurope.org

(95) Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), « Situation des 'gens du voyage' et des Roms migrants » dans le Rapport « Les manifestations du racisme en France en 2012 », pp. 157-188.

les dispositifs de droit commun, notamment pour l'acquisition de l'AME, les PMI et les Pass. Depuis quelques années, un travail important de médiation sanitaire a été intégré dans les missions avec des résultats probants, permettant d'améliorer l'autonomie des personnes et de les sensibiliser aux actions de prévention.

De par leur présence régulière et depuis de nombreuses années sur le terrain (depuis vingt ans notamment pour la mission Banlieue), les missions

Saisine du Défenseur des droits pour violation de droits fondamentaux, discrimination et violence à l'égard des populations roms à Marseille

Depuis 2007, MdM mène à Marseille des actions de proximité auprès des populations roms vivant en habitat précaire. Cette action mobile est justifiée par des conditions de vie détériorées (habitats insalubres et dangereux), des expulsions à répétition, des discriminations et des violences multiples, des difficultés d'accès aux soins et des dénis de droits.

Depuis 2011, cette population, estimée à environ 2 000 personnes à Marseille, est régulièrement expulsée, dispersée, avec une nette dégradation des conditions de vie. Lors de ces expulsions, les habitats sont démolis ; les biens personnels, dont les papiers administratifs, sont détruits. Les expulsions massives se sont intensifiées, sans solution de logement satisfaisante, dans un climat d'intimidation et de pression policière forte, appuyées par des discours politiques publics discriminatoires. Ce climat délétère a entraîné une multiplication des violences physiques et/ou verbales de la population marseillaise à l'égard des Roms migrants. Leurs déplacements sont alors devenus de plus en plus anxiogènes, avec pour effet principal un moindre recours aux soins.

Les équipes de terrain de MdM dénoncent la violation de droits fondamentaux de cette population concernant notamment le logement et l'hébergement d'urgence. En effet, à Marseille, aucune solution d'hébergement ou de logement acceptable n'accompagne les expulsions des populations de leur lieu de vie. Devant la maltraitance institutionnelle et privée, et après avoir maintes fois alerté les autorités compétentes, MdM a saisi le Défenseur des droits, Dominique Baudis, estimant que les Roms de Marseille étaient, plus qu'ailleurs sur l'ensemble du territoire français, harcelés et privés de soins. Dans son bilan d'application de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 publié en juin 2013, le Défenseur des droits pointe les insuffisances à Marseille, comme ailleurs, sur l'ensemble du territoire, quant à l'application de ladite circulaire. L'instruction des violences policières à l'égard de personnes roms était toujours en cours au moment de l'écriture de ce rapport.

Roms ont une connaissance approfondie des problématiques rencontrées par ces populations. La mise en place d'un recueil de données adapté et la remontée de situations concrètes permettent de témoigner des conditions de vie des Roms en France ainsi que des dysfonctionnements administratifs et institutionnels auxquels ils sont confrontés.

■ Une majorité de femmes et de mineurs

En 2012, 3 186 consultations médicales ont été réalisées auprès de 2 171 patients dans les missions de Nantes, Saint-Denis, Marseille et Strasbourg⁹⁶. Près de 60 % des personnes rencontrées sont des femmes (*tableau 81*). L'âge moyen des personnes est de 23 ans et il est légèrement plus élevé chez les femmes (24,3 ans vs 21 ans pour les hommes), en raison d'une proportion plus élevée de jeunes femmes dans les classes d'âges de plus de 15 ans. La part des mineurs s'élève à 44,2 %, dont 11 % d'enfants de moins de 2 ans. La présence plus importante de femmes et de mineurs est une des caractéristiques des populations roms. La quasi-totalité des personnes sont de nationalité roumaine (96,5 %). Plus de 77 % des personnes comptent une durée de résidence en France supérieure à trois mois.

■ 40 % des patients présentent un retard d'accès aux soins

En 2012, les Roms ont bénéficié en moyenne de 1,8 consultation par personne. Leurs conditions de vie insalubres ont des effets délétères sur la santé. En effet, on observe une prédominance des problèmes respiratoires (30,8 %), digestifs (22,5 %), ostéoarticulaires (15,1 %) et dermatologiques (11,3 %). Les pathologies chroniques sont difficiles à documenter sans confirmation des hypothèses diagnostiques après référencement vers les hôpitaux.

Toutefois, on constate que les conditions de vie précaires et l'éloignement des dispositifs de soins aggravent leur état de santé, en témoigne le retard de recours aux soins, qui concerne 40 % des personnes selon les médecins.

■ Moins de 20 % des Roms ont des droits ouverts à la couverture maladie

En 2012, seuls 16,2 % des adultes rencontrés dans les missions ont des droits ouverts à la couverture maladie (*tableau 82*). Les obstacles pour l'accès aux droits et aux soins sont nombreux. La procédure administrative pour l'ouverture des droits requiert la justification d'un domicile. Or, près de 70 % des Roms ne disposent pas d'adresse postale. La faible maîtrise de la langue est une entrave supplémentaire pour remplir les dossiers, à laquelle s'ajoutent des obstacles comme les demandes croissantes de pièces abusives de la part de certaines préfectures ou CPAM.

Par ailleurs, les évacuations répétées des lieux de vie sans alternative au logement entraînent des ruptures de soins et constituent de véritables obstacles à l'accès aux droits et aux soins.

(96) Seules les données de quatre missions (Nantes, Saint-Denis, Marseille et Strasbourg) sont analysées par la suite.

La médiation : une action pour un accès à la santé des populations roms

Le recours à la médiation est une mesure qui contribue à lutter contre les discriminations, l'exclusion sociale et les inégalités auxquelles est confrontée la population rom migrante en France, notamment en matière d'accès aux droits et à la santé.

L'état de santé des Roms, globalement très préoccupant, a conduit à définir les modalités de mise en place d'un projet pilote de médiation sanitaire, pour lever les difficultés d'accès au système de santé en France. Ce projet est conduit par plusieurs structures associatives membres du collectif Romeurope, piloté par l'Asav, et bénéficie du soutien de la DGS. Son objectif principal est d'évaluer la pertinence de la médiation sanitaire auprès des femmes et enfants roms.

Ce programme, reposant sur des médiatrices, a été mis en œuvre sur quatre sites (Lille, Bobigny, Fréjus et Nantes). En deux ans, 107 femmes et enfants de moins de 6 ans dans 44 foyers ont été inclus. En moyenne, chaque médiatrice a suivi une quinzaine de foyers pour lesquels ont été relevés des indicateurs élaborés au préalable avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) (situation sociale et administrative, suivi de grossesse, état des vaccinations...). Ces informations sont recueillies sur la base d'entretiens individuels à partir des carnets de santé des enfants et du relevé des accompagnements.

Pour les médiatrices, l'enjeu est d'accompagner ces femmes vers un accès effectif et autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun.

Les femmes suivies par les médiatrices sont jeunes (âge médian de 31 ans), très peu diplômées et ne maîtrisant pas la langue française pour les trois quarts d'entre elles. Elles ont en moyenne trois enfants et un quart des mères ont eu leur premier enfant alors qu'elles étaient mineures.

Au moment de la mise en place du programme, aucun foyer n'est domicilié dans un CCAS, la domiciliation étant la première étape indispensable vers l'accès aux soins dans des structures de droit commun. Seules quelques familles sont domiciliées dans des associations. Près de 60 % des femmes rencontrées n'ont pas de couverture maladie.

Après 18 mois d'action de médiation, **tous les foyers de l'étude bénéficient d'une domiciliation administrative et 93 % des femmes obtiennent ou sont en cours de renouvellement de l'AME.**

Concernant l'impact de l'intervention des médiatrices sur l'accès aux soins, **une nette progression dans la fréquence des consultations médicales est observée (de 22 % à 57 %), engendrant de fait une baisse du renoncement aux soins.** Cette implication dans le soin est facilitée grâce à la levée de la majorité des freins (l'appréhension de ne pas être compris, les difficultés de transport et de repérage des lieux, le manque de ressources en l'absence d'AME, la crainte de la stigmatisation).

Il est également important de souligner que la quasi-totalité des consultations se sont déroulées dans des structures de droit commun avec 40 % des consultations obtenues de manière autonome (augmentation des consultations chez les médecins libéraux et des suivis par des médecins traitants).

Une diminution de 23 % de recours aux urgences est constatée, et aucun cas n'engendré par un manque de ressources ou de places dans le service adapté, contrairement aux phases d'évaluation initiales.

Dans le champ de la prévention (suivi prénatal, contraception, dépistages des cancers féminins, vaccinations et suivi des jeunes enfants), **la médiation sanitaire facilite de manière importante l'amélioration de l'accès à la prévention**, tant dans les échanges entre les professionnels de santé et les Roms que dans l'aide à l'appropriation par ces dernières du fonctionnement du système de soins français.

Le suivi médical des femmes enceintes connaît une nette progression, la prise en charge débutant entre le deuxième et le troisième mois de grossesse (vs à plus de six mois avant l'intervention des médiatrices), avec des consultations régulières. Grâce aux médiatrices, la majorité des femmes ont identifié une structure publique où s'adresser pour bénéficier d'une contraception et 43 % d'entre elles ont adopté un moyen de contraception.

Au cours de ces 18 mois, 42 % des femmes déclarent avoir effectué un frottis, alors qu'elles ne sont que 23 % au début du programme.

Les enfants de moins de 6 ans profitent aussi des effets de la médiation sanitaire. Ils bénéficient désormais d'un meilleur suivi médical et d'une meilleure couverture vaccinale pour tous les vaccins inscrits au calendrier vaccinal en vigueur.

De telles améliorations ne sont effectives et durables que si elles s'accompagnent d'une mobilisation et d'une sensibilisation des acteurs de santé locaux aux difficultés rencontrées par ce public en grande précarité. Une démarche d'accompagnement de certains professionnels de santé par les médiatrices pour « aller vers » ces populations sur leurs lieux de vie permet de diminuer les appréhensions des uns et des autres.

A contrario, la médiation sanitaire n'a aucun impact sur les expulsions et très peu sur l'amélioration des conditions de vie des familles (ramassage des ordures, présence de sanitaires, accès à l'eau et à l'électricité). L'instabilité provoquée par les expulsions nuit considérablement au développement des missions des médiateurs, complexifiant le suivi individualisé et donc l'accès aux soins et l'amélioration des conditions d'habitat des populations.

Au regard de ces résultats, on peut affirmer que la médiation sanitaire facilite l'accès aux droits et aux soins de façon autonome de la population rom dans le système de santé de droit commun. Étant donné l'importance des impacts que les actions locales de médiation engendrent, la transférabilité du programme à destination d'autres publics précaires semble tout à fait pertinente.

■ La situation des mineurs roms : seuls 22 % sont suivis en PMI, et 20 % scolarisés



Au cours d'une consultation sur site, trois jeunes enfants d'une même fratrie sont identifiés comme atteints de tuberculose latente et d'intoxication au plomb. Pour l'une des fillettes, un traitement nécessitant des hospitalisations répétées doit être mis en place en urgence. MdM alerte les autorités de santé sur l'impossibilité d'initier un tel parcours de soins pour ces enfants sans mise à l'abri de la famille, d'autant que l'expulsion du lieu de vie est imminente. Début avril, en l'absence de toute solution et devant la gravité de la situation, MdM saisit la Défenseure des enfants. Les services sociaux du conseil général et le Service urgence enfance maltraitée sont alors sollicités mais le montage de la prise en charge financière nécessaire à l'hébergement de la famille est complexe... Fin avril, l'expulsion a lieu. MdM parvient à mettre en place dans l'urgence un hébergement hôtelier en sollicitant le 115. Avec l'appui de la Défenseure des enfants, le relais de cet hébergement est alors pris par les services compétents du conseil général. Il est enfin possible d'initier le traitement de la fratrie et les séquences d'hospitalisation de l'enfant le plus gravement atteint, avec l'accompagnement des équipes MdM. En juillet 2012, l'appartement thérapeutique est financé pour sept mois, ce qui permettra aux parents de s'investir enfin plus sereinement dans le traitement de leurs enfants." [Mission Marseille]

En 2012, seuls 19,6 % des mineurs roms ont des droits ouverts à l'assurance maladie, alors qu'ils sont éligibles à l'AME dès leur arrivée sur le territoire en application de la Convention internationale des droits de l'enfant par l'arrêt du Conseil d'État du 7 juin 2006.

La couverture vaccinale des enfants roms, pour les principaux vaccins recommandés et inscrits au calendrier vaccinal en vigueur, est bien en deçà des objectifs de couverture vaccinale du Plan de santé publique (95 % pour le DTP, le ROR et la coqueluche, 90 % pour le BCG et entre 75 et 80 % pour l'hépatite B). En effet, le taux de couverture vaccinale DTP des enfants âgés de 6 ans est de 56,2 %. Seuls la moitié des enfants de 6 ans sont à jour de leur vaccination BCG, vaccination pourtant fortement recommandée en raison des conditions de vie très précaires. Pour la coqueluche et le ROR, les taux sont respectivement de 47,6 % et 45,8 %.

Concernant le suivi des enfants, seuls 22 % des moins de 6 ans sont suivis en PMI. Parmi les enfants non pris en charge en PMI, 77 % sont en France depuis plus de trois mois. Le fait de ne pas être suivi en PMI diminue la probabilité qu'un enfant soit à jour pour les principaux vaccins recommandés.

Concernant l'accès à l'éducation, 80 % des enfants roms entre 6 et 16 ans ne sont pas scolarisés au moment de la consultation, échappant ainsi à l'accès à la médecine scolaire et à l'éducation à la santé, au repérage précoce des troubles du développement et aux dépistages des handicaps ou défauts mineurs (comme les troubles du langage, les problèmes visuels, auditifs...).

Tableau 81 : Données sociodémographiques des personnes reçues par les missions Roms en 2012

Données sociodémographiques (2 271 patients)	%	n
Sexe (taux de réponse : 98,4 %)		
Homme	40,8	911
Femme	59,2	1 323
Répartition par âge (taux de réponse : 96,8 %)		
< 2 ans	11,0	241
3-5 ans	11,0	241
6-17 ans	22,2	487
18-24 ans	11,0	242
25-34 ans	18,2	401
35-44 ans	14,1	309
45 ans et plus	12,6	277
Répartition des nationalités/régions (1 944 patients) (taux de réponse : 85,6 %)		
Roumanie	96,5	1 876
Hongrie	1,3	25
Bosnie-Herzégovine	1,0	20
Autres	1,2	23
Temps de présence en France (taux de réponse : 66,5 %)		
Moins de 3 mois	22,7	343
Plus de 3 mois	77,3	1 167

Tableau 82 : Couverture maladie des personnes reçues par les missions Roms en 2012

Données sociodémographiques (2 271 patients)	%	n
Droits à la couverture maladie ouverts parmi les adultes (taux de réponse : 82,0 %)		
Oui	16,2	163
Non (en cours d'instruction)	68,1	686
Non, car ne peut pas payer le droit d'entrée à l'AME	15,8	159
Droits à la couverture maladie ouverts parmi les adultes (Janvier-Juillet)		
(avant suspension du droit d'entrée AME de 30 euros, taux de réponse : 77,1 %)		
Non, car ne peut pas payer le droit d'entrée à l'AME	26,8	113
Domiciliation (taux de réponse : 58,4 %)		
Non, n'a pas fait les démarches	68,9	914
Non, car a rencontré un problème ou un refus	0,8	11
Oui, dans une association	19,2	255
Oui, dans un CCAS	7,8	103
Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis	3,2	43

6. Les personnes en situation irrégulière

LES POINTS ESSENTIELS

- 71 % des étrangers majeurs sont en situation irrégulière, soit 11 884 personnes.
- Deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes, âgés en moyenne de 35 ans.
- Les étrangers en situation irrégulière sont surtout originaires d'Afrique subsaharienne (30 %) ou du Maghreb (28 %) ; les nationalités les plus présentes sont l'Algérie, la Roumanie et la Tunisie.
- La moitié d'entre eux vivent dans un logement précaire, environ 12 % sont sans domicile.
- Seuls 9 % des étrangers en situation irrégulière disposent d'une couverture maladie.

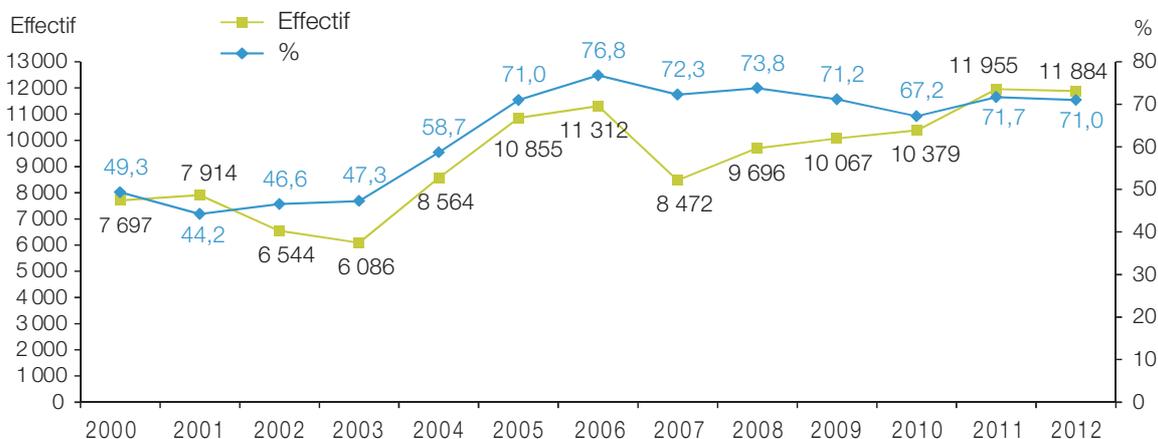
À l'exception des patients mineurs, tous les étrangers originaires d'un pays hors UE doivent posséder un titre de séjour pour résider en France. Les ressortissants de l'UE sont soumis à des dispositions spécifiques : au titre de la libre circulation, ils peuvent séjourner en France durant trois mois mais, au-delà de cette période, ils doivent justifier de ressources suffisantes et d'une couverture maladie. Ainsi, les ressortissants (majeurs) de l'UE présents en France depuis plus de trois mois et sans ressources sont considérés comme en situation irrégulière. Ils relèvent par conséquent du dispositif de l'AME et non de la CMU.

En 2012, 71 % des étrangers majeurs reçus dans les Caso se trouvent en situation irrégulière.

Comme on peut le constater sur la figure 18, cette proportion a considérablement varié au cours du temps. Après une augmentation constante entre 2001 et 2006, la part des étrangers en situation irrégulière oscille depuis entre 67 % et 74 %. Pour les analyses, le groupe d'intérêt concerne les personnes majeures étrangères en situation irrégulière, qui sont comparées à l'ensemble des autres patients, indépendamment de leur nationalité et de leur âge.

Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes (vs 55 % des autres patients), âgés en moyenne de 35 ans (vs 29 ans). La classe d'âge la plus présente est celle des 20-39 ans, qui regroupe 67 % des personnes en situation irrégulière.

Figure 18 : Évolution du nombre et de la proportion de patients étrangers* sans autorisation de séjour reçus dans les Caso de 2000 à 2012



* Parmi les étrangers de plus de 18 ans.

Les étrangers en situation irrégulière sont surtout originaires d'Afrique subsaharienne (29,8 %) et du Maghreb (27,5 %). L'UE et l'Europe hors UE regroupent respectivement 14,4 % et 11,4 % des étrangers sans titre de séjour. La majorité des étrangers de l'UE en situation irrégulière sont soit roumains soit bulgares (86 %). Sur le plan des nationalités, les Algériens, les Roumains et les Tunisiens sont les plus représentés, sans changement notable par rapport à l'année précédente (*tableau 83*).

La durée de résidence en France est calculée par rapport à la dernière date d'entrée sur le territoire. Pour les étrangers sans titre de séjour, cette durée est relativement contrastée. Ainsi, 59 % vivent en France depuis moins d'un an (vs 78 % des autres étrangers) et 21 % depuis au moins trois ans (vs 12 %).

Dans les faits, près de 20 % indiquent avoir déjà vécu antérieurement en France et particulièrement les personnes originaires de l'UE (34 %), ce qui témoigne de nombreux allers-retours dans le pays d'origine.

Un isolement social et familial et une très grande précarité

Près de 80 % des étrangers sans titre de séjour vivent seuls (vs 75 % des autres patients). Moins d'un adulte sur dix indique avoir des enfants, qui, dans la majorité des cas, ne vivent pas avec lui.

Comme l'ensemble des patients fréquentant les Caso, les étrangers en situation irrégulière sont confrontés à des conditions de logement extrêmement difficiles : la moitié vivent dans un logement précaire (vs 35 %), 9 % sont hébergés par un organisme ou une association (vs 19 %) et 12 % environ vivent à la rue (vs 14 %). Seuls 29 % indiquent vivre dans un logement stable (vs 33 % des autres patients).

Interrogés sur leur activité et leurs niveaux de ressources, 34 % des étrangers sans titre de séjour indiquent exercer une activité pour gagner leur vie (vs 12 % des autres patients). La quasi-totalité (99 %) déclarent des ressources en dessous du seuil de pauvreté (vs 97 %) et 34 % sont complètement dépourvus de ressources (vs 38 %).

De nombreux obstacles pour l'accès à la couverture maladie, et notamment la peur d'être arrêté

Les étrangers majeurs en situation irrégulière justifiant de trois mois de résidence ininterrompue en France relèvent tous théoriquement du dispositif AME. Cependant en 2012, parmi les 80 % d'étrangers en situation irrégulière remplissant cette

condition de résidence, seuls 9 % disposent de droits ouverts lors de leur première visite au Caso. Cette proportion de personnes dont les droits d'accès aux soins sont respectés est encore plus faible que chez les autres patients (21 %). Les obstacles d'accès aux soins et aux droits auxquels se heurtent les étrangers sans titre de séjour sont nombreux : 39 % indiquent ne pas connaître leurs droits et l'organisation du système sanitaire et social français (vs 24 %), 32 % rencontrent des difficultés administratives (vs 35 %) et 21 % se heurtent à l'obstacle linguistique (vs 16 %). Ils sont 30 % à ne pouvoir accéder à une couverture maladie, soit parce qu'ils ne remplissent pas le critère de résidence (18 %), soit parce qu'ils ne peuvent fournir la preuve de leur présence en France (13 %). La nécessité d'une domiciliation administrative, qui concerne 30 % des patients étrangers sans titre de séjour, est une difficulté supplémentaire à l'ouverture de droits.

Il faut également noter qu'un étranger sans titre de séjour sur trois indique limiter ses déplacements et ses activités par peur d'être arrêté, ce qui constitue un véritable frein dans l'accès aux soins et le suivi médical. En témoigne le retard de recours aux soins qui a été constaté pour 43,6 % d'entre eux, de façon légèrement plus fréquente que pour l'ensemble des autres consultants (*tableau 84*).

Les étrangers en situation irrégulière sont également affectés par le fait d'avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (23,2 %) et par la nécessité d'une prise en charge médicale urgente ou assez urgente (32,3 %).

→ LA PROTECTION DES ÉTRANGERS MALADES : LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME URGENTE

La loi du 16 juin 2011 sur l'immigration, dite loi Besson, a modifié les conditions et les procédures d'admission au séjour et la protection contre l'expulsion des étrangers gravement malades résidant en France. Elle conditionne désormais le droit au séjour à l'« absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine », en lieu et place de la notion d'« accès effectif » à ce traitement, consacrée par la loi du 11 mai 1998. Le préfet est seul juge pour apprécier d'éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles ».

Pourtant, les termes équilibrés de la loi votée en 1998 avaient été le résultat d'une longue réflexion dans les années 1990, afin d'éviter qu'un refus d'admission au séjour en France n'amène à l'expulsion d'une personne gravement malade vers un pays où elle serait privée de soins.

Certaines équipes de MdM ont mis en place depuis quelques années des actions spécifiques pour accompagner les étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de titre de séjour pour

raison médicale, en s'appuyant sur des compétences médicales, juridiques et/ou sociales. C'est le cas notamment à Bordeaux, Cayenne, Mayotte, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, Toulouse et Poitiers. À titre d'exemple, à Marseille, en partenariat avec le Comede, l'équipe composée d'un médecin, d'un juriste et d'un assistant social reçoit – après évaluation médicale et juridique de la situation de l'étranger malade – les personnes en demande de régularisation. Elle leur apporte une assistance pour la constitution du dossier auprès de la préfecture et pour l'établissement d'un rapport médical par un médecin agréé ou un praticien hospitalier. Cette permanence hebdomadaire a permis en 2012 d'examiner la situation de 152 personnes.

Depuis l'été 2012, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, dont MdM est membre, constate de graves dysfonctionnements conduisant à des renvois abusifs de patients présentant des maladies graves ne pouvant correctement être traitées dans leur pays ou leur région d'origine. Cela en contradiction notamment avec l'instruction du ministère de la Santé du 10 novembre 2011, selon laquelle le législateur a voté la loi du 16 juin 2011 en réaffirmant sa volonté de préserver l'esprit de la loi antérieure, c'est-à-dire de ne pas renvoyer des personnes gravement malades dans leur pays si elles ne peuvent y obtenir le traitement approprié.

En mars 2013, le rapport commandé par les ministères de l'Intérieur et de la Santé à l'Inspection générale de l'administration (IGA) et à l'IGAS sur l'admission au séjour des étrangers malades a été rendu public. Si MdM partage certains de ses constats quant à l'illégalité de certaines pratiques préfectorales et à la défaillance dans le pilotage du système actuel, nous refusons en revanche la dangereuse proposition de confier à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) le dispositif d'évaluation médicale des étrangers malades.

Il est plus qu'urgent et nécessaire que la protection des étrangers gravement malades soit restaurée dans ses deux volets : non-expulsion du territoire et droit au séjour des personnes lorsque le traitement nécessaire à leur pathologie n'est pas effectivement accessible dans leur pays d'origine, en revenant à la rédaction de la loi de 1998.

En 2012, 10 690 étrangers en situation irrégulière ont bénéficié de 18 917 consultations médicales, soit 1,8 consultation par personne, moyenne nettement plus élevée que pour l'ensemble des autres consultants (1,2 consultation par personne).

Les diagnostics mentionnés pour les étrangers en situation irrégulière font état avant tout de pathologies digestives (27 %), ostéoarticulaires (24 %), respiratoires (24 %) et dermatologiques (17 %), sans différence dans la hiérarchie des diagnostics avec les autres patients. Il faut cependant noter

que les fréquences sont nettement majorées pour les troubles digestifs et ostéoarticulaires.

Avec l'analyse plus détaillée proposée dans le tableau 85, on trouve au quatrième rang des problèmes de santé les plus fréquents les troubles anxieux, et au sixième rang l'hypertension artérielle.

Ces patients souffrent plus fréquemment de pathologies chroniques (60 %), nécessitant donc une prise en charge et un suivi médical régulier. Pour cela, il est indispensable qu'ils aient accès à une couverture maladie.



Dans le cabinet de consultation, un jeune adulte est assis entre son père mutique, replié sur lui-même, et sa mère, au visage mobile, cherchant à capter des bribes de conversation. Ce fils est le porte-parole du couple.

Ils sont d'origine arménienne, mais les documents qu'ils présentent qualifient leur nationalité d'indéterminée. Des violences familiales majeures liées à la transgression par le couple des règles coutumières régissant l'union entre deux personnes de religions différentes ont conduit le trio à migrer vers la Géorgie. Pourchassé par la famille, et à nouveau agressé, le trio poursuit sa route via la Russie vers la France pour la somme de 3 000 euros. Refus de droit d'asile. Refus du droit au séjour des étrangers malades (Dasem) ; décision cassée pour vice de forme. Autorisation d'une nouvelle demande de Dasem, raison pour laquelle ils se trouvent au Caso. Nouvelle étape dans une histoire dramatique de plus de six ans. La famille est hébergée dans un foyer. Le fils, maintenant âgé de 23 ans, est titulaire d'un diplôme de boulanger. Il avait 17 ans à l'arrivée de la famille en France. Il a un contrat de travail... mais il est toujours en attente d'un titre de séjour. Il sourit, il espère... et nous avec." [Médecin, Caso de Lyon]

Tableau 83 : Répartition des patients sans autorisation de séjour selon leur nationalité, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Algérie	11,7	Inde	3,8
Roumanie	11,0	Moldavie	3,7
Tunisie	8,9	Comores	3,4
Maroc	6,4	Mali	2,7
Pakistan	5,0	Sénégal	2,6
Cameroun	4,9	Ex-Yougoslavie	2,3
Côte d'Ivoire	4,1	Autres	29,5

Tableau 84 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des étrangers en situation irrégulière reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Étrangers en situation irrégulière		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	43,6*	1 717	42,6	1 860
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	23,2 ^{ns}	1 949	21,8	1 037
Soins urgents ou assez urgents	32,3 ^{ns}	1 392	35,4	1 727

Analyses ajustées sur l'âge, le sexe, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie.

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

Tableau 85 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les étrangers en situation irrégulière, 2012 (% en colonne)

	Étrangers en situation irrégulière	Autres patients	p ¹
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	10,9	18,3	**
Symptômes et plaintes du système digestif	10,7	9,9	ns
Autres diagnostics du système digestif	8,6	6,7	ns
Angoisse / stress / troubles somatiques	8,2	6,3	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,9	5,6	***
Hypertension artérielle	7,2	6,3	*
Affections dents-gencives	7,0	6,3	ns
Autres diagnostics locomoteurs	6,1	5,0	ns
Syndrome dorsolombaire	6,0	4,0	*
Symptômes et plaintes du rachis	5,7	3,7	**
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	48,0	57,3	***
Chroniques	59,6	50,8	**

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

¹ Analyses ajustées sur l'âge.

² Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

→ MIGRANTS EN TRANSIT VERS L'ANGLETERRE : DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES, AGGRAVÉES PAR UN HARCÈLEMENT POLICIER RECONNU

Depuis les années 1990, des migrants arrivent à Calais pour rejoindre le Royaume-Uni, fuyant leur pays en raison de persécutions, conflits armés, trafics, non-respect de leurs droits fondamentaux ou situations économiques difficiles. Ne bénéficiant d'aucun hébergement à Calais, ils occupent essentiellement les terminaux portuaires ou vivent dans des campements dans des conditions de vie extrêmement précaires, dans l'attente de trouver un moyen de traverser la Manche pour rejoindre l'Angleterre.

Ces populations vivent en France dans un climat d'insécurité permanent, craignant les contrôles de police et les expulsions à tout moment. En novembre 2002, la fermeture du centre d'hébergement et d'accueil humanitaire, dit camp de Sangatte, a laissé la ville de Calais dépourvue de structures offrant une aide alimentaire, sanitaire ou médicale aux personnes en transit. Les personnes migrantes ont cependant continué et continuent aujourd'hui encore d'affluer à Calais. Elles sont reléguées vers des campements informels, les jungles, ou vers des bâtiments en ruine dans la crainte permanente d'une destruction.

En raison du rythme soutenu des destructions des jungles, les migrants s'éparpillent dans le Nord-Pas-de-Calais. Calais, Dunkerque, Norrent-Fontes, Steenvoorde, Angres, Saint-Omer, etc. : les migrants organisent leur survie autour des aires d'autoroutes de la région en attendant le passage vers l'Angleterre. Recherchant l'invisibilité, les migrants privilégient des sites discrets et de petite taille.

Dès 2003, MdM a mobilisé des médecins bénévoles pour assurer des consultations médicales auprès des personnes migrantes. La mission Calais de MdM a officiellement débuté en mars 2005. Son objectif principal est de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes en transit à Calais, en tenant compte de leur présence transitoire sur le territoire français et de l'absence de droits sociaux qui en résulte. Les activités de la mission visent à offrir un accès aux soins (infirmiers et médicaux) sur les lieux de vie des personnes migrantes, mais également à mobiliser les partenaires associatifs et institutionnels afin d'assurer leur prise en charge sanitaire. L'ouverture d'une Pass à l'hôpital de Calais en 2006 a permis à MdM de réorienter ses activités de terrain dans le Dunkerquois, sous forme de clinique mobile auprès des personnes migrantes. Depuis 2010, le champ d'action de la mission s'est renforcé avec l'ouverture d'un volet « eau et assainissement » destiné à améliorer les conditions de vie et les conditions sanitaires dans les campements du Dunkerquois.

En 2012, l'équipe de la clinique mobile a effectué 1 595 consultations médicales lors de 153 interventions dans le Dunkerquois (sites de

Grande-Synthe et Tétéghem) et 163 accompagnements vers la Pass du centre hospitalier de Dunkerque. Les populations les plus représentées viennent d'Iran (40 %), d'Afghanistan (24 %) et d'Irak (17 %). La moyenne d'âge des patients reçus en consultation est de 26 ans. Il est fréquent de voir de jeunes mineurs de moins de 16 ans seuls dans les camps, et en 2012 une augmentation importante du nombre de familles a été constatée.

Étant le plus souvent en situation irrégulière et de passage, ces personnes n'ont aucun droit à une couverture maladie. Les Pass, lorsqu'elles existent, et le dispositif « Fonds soins urgents et vitaux » constituent leur seule possibilité d'accès aux soins.

Malgré une amélioration indéniable des conditions de vie en 2012 dans le Dunkerquois (mise en place d'abris, installation d'un groupe électrogène en période hivernale), les conditions dans lesquelles vivent les migrants restent très précaires. En effet, les abris mis à disposition ne sont pas suffisants et obligent encore certaines personnes à dormir dehors sous des bâches, tentes ou abris de fortune. Pendant la période hivernale, les migrants tentent de ne pas laisser des personnes dormir dehors et « s'entassent » parfois à plus de dix personnes dans un abri de 10 m². Cette promiscuité favorise les contaminations. Maintenir une hygiène décente est aussi contraignant dans la mesure où les infrastructures mises en place sont limitées et difficiles d'entretien. En période hivernale, la pluie, la boue, l'humidité, les eaux stagnantes sont autant de vecteurs de maladies.

Les principales pathologies diagnostiquées sont des troubles ORL (28,5 %), des affections dermatologiques (24,1 %), des traumatismes (10,2 %), des affections ostéoarticulaires (10,1 %) et gastroentérologiques (8,6 %), et des problèmes dentaires et stomatologiques (8,5 %). Elles sont principalement liées aux conditions de vie et aux risques liés aux tentatives de passage en Angleterre.

En juin 2011, MdM a saisi le Défenseur des droits, en parallèle d'autres associations, pour dénoncer le comportement des services de police vis-à-vis des migrants et les obstacles rencontrés par les associations de soutien, le harcèlement policier et la destruction systématique des lieux de vie des personnes, compliquant l'intervention humanitaire dans le Calais.

Après une enquête ayant duré plus d'une année, de nombreuses auditions et des visites sur place, le Défenseur des droits a confirmé en novembre 2012 les constats de MdM, rendant une décision dénonçant le harcèlement des forces de police à l'égard des migrants, notamment par « *des visites répétées sur des lieux de vie, à toute heure du jour et de la nuit* ».

Cette décision rappelle également très justement la vulnérabilité des migrants indépendamment de leur statut administratif et appelle au respect de la dignité humaine par les forces de l'ordre. Elle dénonce en outre les entraves faites à l'aide humanitaire : dégradations, destruction des biens et effets personnels des migrants et des biens

humanitaires, interpellations sur les lieux de distribution de repas et de soins.

Ce constat fait écho à la plainte portée sans succès par MdM en octobre 2012 auprès du procureur de la République, à la suite de la dégradation de matériel lors d'évacuations à Calais en septembre 2012. En effet, lors de ces évacuations, du matériel humanitaire de première nécessité distribué quelques jours auparavant par l'association avait été soustrait aux migrants et rendu inutilisable par l'action des forces de police, obligeant les équipes à aller récupérer ces biens auprès des services techniques municipaux.

“ D'abord à Grande-Synthe, puis à Tétéghem, R., iranien, est mal à l'aise dans le camp. Il ne supporte pas le manque d'hygiène, en veut à ceux qui ne font pas attention à la gestion du camp. Il se livre souvent aux bénévoles, fait part de son ressenti et de son état d'esprit. Il dit que la plupart des Iraniens présents dans la « jungle » vivaient bien en Iran. Tout était facile, ils mangeaient à leur faim et pratiquaient des loisirs. Il explique qu'il a fui la politique menée par Ahmadinejad. Il était observateur lors des élections et a vu à quel point les partisans de ce dernier truquaient les votes. Il a contesté les résultats et s'est trouvé menacé. Il explique ne pas supporter l'attitude du gouvernement envers les minorités ethniques et religieuses, conteste la radicalisation de l'islam. Les prisons iraniennes sont pleines de gens innocents et ouverts d'esprit. R. explique que, si les Iraniens sont plus nombreux dans les camps, c'est pour fuir l'endoctrinement des cerveaux commencé récemment, ou en tout cas de façon plus signifiante, par le régime, en ce qui concerne la religion notamment. ” [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

“ Lors d'un accompagnement à la Pass pour traitement contre la gale, P., pakistanais de 33 ans, me raconte quelques anecdotes de sa vie. Parti il y a dix-huit mois à pied du Pakistan pour échapper au régime, il est déterminé à rejoindre l'Angleterre. Il explique que, là-bas, il a ses frères et sœurs, et qu'il pourra ainsi facilement trouver du travail. Il laisse au Pakistan sa femme et sa fille de 4 ans. Il ne regrette pas. Il est convaincu qu'au Pakistan il n'a aucun avenir. Dès qu'il aura ses papiers au Royaume-Uni, il essaiera de les faire venir. Il explique que le moment le plus difficile de ce

périple a été la traversée de la Grèce vers l'Italie à bord d'un petit bateau contenant 66 personnes. Le bateau a fait naufrage et il ne sait pas nager. Il a pu bénéficier de l'un des 11 gilets de sauvetage présents sur le bateau et a sauvé sa peau. Il est resté quatre jours en mer. Les autorités croates ont fini par le trouver, lui et les quatre autres survivants. Après une semaine d'hospitalisation en Croatie, il reprend la route à pied ou en camion vers l'Italie. Il explique que ce triste épisode n'a fait que renforcer sa détermination à rejoindre l'Angleterre. En mer, il a perdu son meilleur ami, parti avec lui du Pakistan. ” [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

“ K., 28 ans, migrant d'origine pakistanaise, souffre d'une fracture au doigt. Il explique que tout s'est produit lors du passage en Angleterre : caché dans un camion, la porte du moteur s'est refermée sur ses doigts. Le chauffeur a alors appelé la police, qui l'a emmené à l'hôpital. ” [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

7. Les demandeurs d'asile

LES POINTS ESSENTIELS

- **7,3 % des patients ont une procédure de demande d'asile en cours (demande en cours ou recours).**
- **Malgré leur droit d'accéder à un Cada, 28 % vivent dans un logement précaire et 16 % sont sans domicile.**
- **Seuls 11 % des demandeurs d'asile disposent d'une couverture maladie.**
- **Les demandeurs d'asile accusent un retard et un renoncement aux soins plus fréquent que les autres patients.**
- **Les demandeurs d'asile souffrent beaucoup plus fréquemment de troubles psychologiques.**

La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés définit les conditions 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. Un demandeur d'asile est considéré comme « toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». L'interdiction de renvoyer un réfugié dans un pays dans lequel il craint d'être persécuté est un principe fondamental de la Convention.

Pour demander l'asile en France, la première démarche est de solliciter son admission au séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence ou de domiciliation. La préfecture décide d'admettre ou non au séjour le demandeur : si elle l'admet au séjour, le demandeur suit la procédure normale de demande d'asile auprès de l'Ofpra. Sinon, soit le demandeur est placé en procédure « prioritaire » (notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays appartenant à la liste des pays dits « sûrs » ou sur le motif d'une fraude), soit il relève selon la préfecture du règlement dit « Dublin II »⁹⁷ et un autre État de l'espace Schengen est alors responsable de sa demande d'asile. Pour ces demandeurs, il n'y a pas de possibilité d'obtention du statut de réfugié en France.

Pour les deux autres types de procédure (normale ou « prioritaire »), l'Ofpra accorde le statut de réfugié (carte de résident de 10 ans) ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire (statut accordé pour un an renouvelable) ou rejette la

demande. Durant l'instruction de leur dossier, les demandeurs d'asile peuvent être hébergés en Cada.

En cas de décision expresse de rejet par l'Ofpra de la demande d'asile, l'intéressé peut saisir la CNDA, qui a une compétence nationale pour statuer en premier et dernier ressort sur les recours formés contre les décisions de l'Ofpra. En cas de rejet du recours, la personne est déboutée du droit d'asile.

En 2012, l'Ofpra constate une augmentation des demandes d'asile avec 61 468 dossiers enregistrés, soit une progression de 7,2 % par rapport à 2011⁹⁸. Les demandes des mineurs accompagnants et les demandes de réexamen augmentent de façon significative (+ 20 %). Au niveau européen, la France passe au deuxième rang des pays destinataires de demandeurs d'asile derrière l'Allemagne. À l'inverse, en 2012, le nombre total de décisions d'admission prises par l'Ofpra est en baisse de près de deux points par rapport à l'année précédente, avec un taux d'accord de 9,4 %, qui correspond à 4 348 décisions favorables.

En 2012, dans les Caso, 7,3 % de l'ensemble des patients sont en procédure de demande d'asile. Il s'agit des étrangers originaires d'un pays hors UE dont la demande auprès de l'Ofpra est en cours d'instruction ainsi que de ceux qui ont déposé un recours ou sont placés en procédure prioritaire. Après une baisse marquée entre 2004 et 2007, la part des demandeurs d'asile connaît une relative stabilité. Leur effectif continue de croître de façon similaire à l'ensemble des consultants (*figure 19*).

(97) Le règlement Dublin II est un règlement européen qui détermine l'État membre de l'UE responsable d'examiner une demande d'asile en vertu de la Convention de Genève (art. 51) dans l'UE

(98) Ofpra, « Rapport d'activité 2012 », 2012, 62 pages : <http://www.ofpra.gouv.fr/documents/OfpraRA2012.pdf>

Parmi les demandeurs d'asile dont la procédure est en cours, on compte 45 % de femmes, proportion significativement plus importante que parmi l'ensemble des autres patients (39 %). Ils sont en moyenne plus jeunes (31 ans vs 33 ans), même si la part des mineurs est sensiblement plus faible (9 % vs 13 %).

Trois groupes continentaux sont particulièrement représentés parmi les étrangers en procédure de demande d'asile : l'Europe hors UE (37 %), l'Afrique subsaharienne (27 %) et l'Océanie et Amériques (20 %).

Du point de vue des nationalités (tableau 86), la part des ressortissants d'Haïti est la plus élevée (14 %), avec des demandes à caractère politique consécutives à l'élection présidentielle et des demandes liées aux conséquences du

séisme de janvier 2010. Viennent ensuite les étrangers originaires de Russie/Tchéquie (11,3 %) et des pays de l'ex-Yougoslavie (11,1 %). Plusieurs nouveaux pays apparaissent parmi les pays les plus représentés : l'Albanie, le Pakistan et l'Algérie. L'Ofpra constate une forte progression des demandeurs d'asile en provenance d'Albanie (+ 44,6 %) et du Pakistan (+ 35 %). D'après l'Ofpra, la forte hausse de la demande albanaise semble due à l'annulation en mars 2012 de la décision de placement de l'Albanie sur la liste des pays « sûrs ». Concernant le Pakistan, la référence aux conflits entre les militants des grands partis de pouvoir et les tentatives de recrutement forcé par les mouvances talibanes restent d'actualité.

Figure 19 : Évolution du nombre et de la proportion de patients demandeurs d'asile (en cours de procédure) reçus dans les Caso de 2004 à 2012

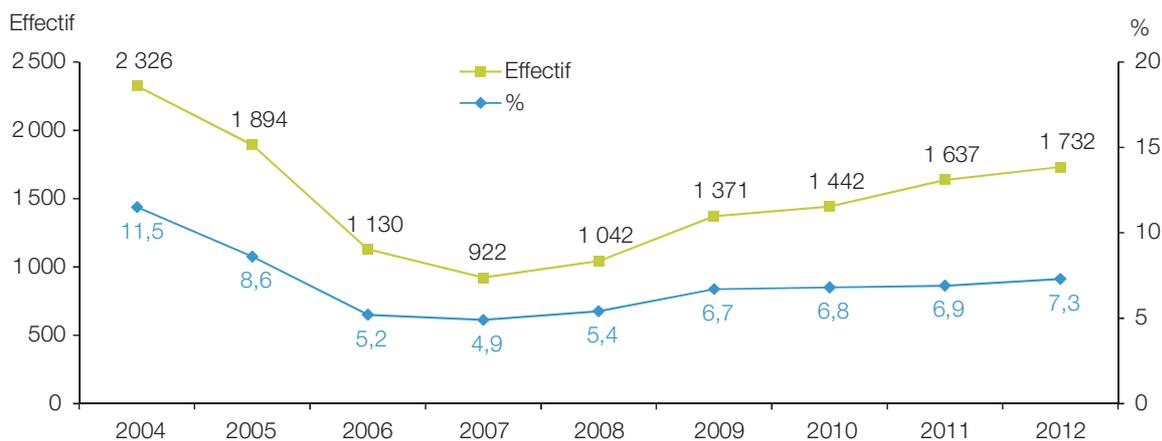


Tableau 86 : Répartition par nationalité des demandeurs d'asile reçus dans les Caso, 2012

Nationalités	%	Nationalités	%
Haïti	14,0	Guinée	3,2
Russie-Tchéquie	11,3	Albanie	3,0
Ex-Yougoslavie	11,1	Pakistan	2,7
Arménie	5,7	Algérie	2,6
République démocratique du Congo	4,6	Soudan	2,4
Géorgie	4,3	Pérou	2,4
Congo-Brazzaville	3,6	Autres	29,1

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

Dans les Caso, la grande majorité des étrangers en demande d'asile résident en France depuis peu : 81 % sont arrivés depuis moins d'1 an et, parmi eux, 45 % depuis moins de trois mois (contre respectivement 65 % et 34 % des autres patients étrangers). Ils vivent plus fréquemment en couple (30 % vs 22 % des autres patients étrangers) et ont plus d'enfants mineurs (56 % vs 39 %).

Les Cada sont saturés et les demandeurs d'asile se retrouvent dans le circuit de l'urgence sociale

Concernant leurs conditions de logement, les demandeurs d'asile sont 36 % à être hébergés par un organisme ou une association, 28 % à vivre dans un logement précaire et 16 % à ne pas avoir de domicile fixe. Seuls 20 % déclarent un logement stable. Les Cada sont saturés et les demandeurs d'asile s'orientent vers les services d'aide aux sans-domicile⁹⁹.

Outre le droit à un hébergement en Cada, les demandeurs d'asile ont droit à une couverture maladie de base ou à la CMUc (sous condition de ressources) sans durée préalable de séjour. Dans les faits, l'accès à une couverture maladie est problématique dans la mesure où seuls 11 % d'entre eux ont des droits ouverts, proportion encore plus faible que celle relevée en 2011 (18 %). Interrogés sur les principaux obstacles rencontrés dans l'accès aux droits, les demandeurs d'asile citent massivement les obstacles administratifs liés à la complexité des démarches à accomplir ou aux documents exigés (44 %), la méconnaissance de leurs droits et des structures de soins (39 %) et l'obstacle de la langue (34 %). Cette situation n'est pas sans conséquence sur le recours aux soins. Ainsi, les demandeurs d'asile sont en proportion plus nombreux que l'ensemble des autres patients à indiquer avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (28 % vs 21,9 %). Ils sont également, selon les médecins, près de 58 % à recourir tardivement aux soins contre près de 42 % des autres consultants (tableau 87).

Des troubles psychologiques nettement majorés chez les demandeurs d'asile

En 2012, 1 671 étrangers demandeurs d'asile ont bénéficié de 2 883 consultations médicales, soit une moyenne de 1,7 consultation par personne, identique à celle des autres consultants. Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées sont digestives (25 %), respiratoires (23 %), ostéoarticulaires (19 %) et dermatologiques (19 %).

Les demandeurs d'asile se distinguent des autres consultants par une fréquence nettement majorée des troubles psychologiques (17 % vs 11 %), qui se manifestent le plus souvent sous la forme de stress et de troubles anxieux (tableau 88). Ils souffrent aussi deux fois plus de syndromes dépressifs (4,8 % vs 2,2 %). Il est aussi important de rappeler que l'exposition à des situations violentes est quatre fois plus fréquente parmi les demandeurs d'asile que parmi l'ensemble des autres patients (23 % vs 5 %). Cette souffrance psychique est une constante dans l'observation que mène MdM auprès de cette population. Elle est en lien non seulement avec les violences qui ont amené ces personnes à fuir leur pays mais aussi avec les conditions de vie dégradées qu'elles connaissent une fois parvenues en France. En 2012, 84 % des demandeurs d'asile suivis par le Comede déclarent des antécédents de violence, 30 % de torture et 17 % de violence liée au genre¹⁰⁰.

Près de 61 % des demandeurs d'asile souffrent de pathologies chroniques, proportion significativement plus élevée que chez les autres patients. Parmi eux, 21 % sont affectés de troubles psychiques.

« Lorsqu'un demandeur d'asile découvre, à l'occasion d'un soin ou d'un bilan de santé, qu'il est atteint d'une affection grave, il doit être informé du droit au séjour pour raison médicale. Selon la loi, rien ne s'oppose à ce qu'il sollicite alors son admission au séjour pour raison médicale, soit pendant, soit à l'issue de l'examen de sa demande d'asile. Les préfetures refusent fréquemment d'instruire les demandes d'admission au séjour pour soins des demandeurs d'asile¹⁰¹. »

(99) Insee, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 » : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1455

(100) Comede, « La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2012 », 2012, 90 pages : <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2012.pdf>

(101) Comede, « Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels », édition 2013.

Tableau 87 : Retard de recours aux soins, renoncement aux soins et soins urgents ou assez urgents des étrangers demandeurs d'asile reçus dans les Caso, 2012 (% en colonne)

	Demandeurs d'asile		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	57,8***	454	41,6	3 123
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	28,0***	315	21,9	2 830
Soins urgents ou assez urgents	28,6**	245	34,5	2 874

Analyses ajustées sur l'âge, le sexe, la nationalité, la situation administrative, la situation du logement et les droits à la couverture maladie.

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

Tableau 88 : Principaux problèmes de santé repérés parmi les étrangers demandeurs d'asile, 2012 (% en colonne)

	Demandeurs d'asile	Autres patients	p ¹
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	14,6	14,8	ns
Angoisse / stress / troubles somatiques	11,5	6,9	***
Symptômes et plaintes du système digestif	10,2	10,3	ns
Autres diagnostics du système digestif	6,8	7,7	ns
Symptômes et plaintes neurologiques	6,8	3,9	***
Parasitoses / candidoses	6,5	4,9	*
Affections dents-gencives	6,4	6,7	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,4	6,7	ns
Symptômes et plaintes du rachis	6,0	4,6	*
Grossesse et couche non pathologique	5,2	3,2	*
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	51,6	53,1	ns
Chroniques	60,8	54,3	***

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

¹ Analyses ajustées sur l'âge.

² Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de natures différentes. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

→ DROIT D'ASILE : UN DROIT DÉMANTELÉ, UN DISPOSITIF D'ACCUEIL À RÉFORMER

Depuis une dizaine d'années, MdM constate et dénonce la remise en question du droit d'asile tel que protégé par la convention de Genève du 28 juillet 1951.

Réformes des administrations en charge de l'examen des demandes d'asile avec transfert vers une tutelle exclusive du ministère de l'Intérieur, baisse du nombre de statuts de réfugié accordés, introduction d'une « procédure prioritaire » n'assurant pas une protection pleine et entière des personnes, notion de pays sûrs, régionalisation de l'asile concentrant les demandeurs d'asile dans certaines villes où les capacités d'accueil administratif et d'hébergement sont rapidement dépassées, règlement européen Dublin II concentrant les demandeurs d'asile dans certains pays (Grèce, Pologne, Italie), sans souhait d'y résider ni réelle chance d'y obtenir un statut : le démantèlement du droit d'asile, tant au niveau européen que national, condamne à l'errance et à une situation administrative irrégulière, et rejette de nombreuses personnes aux marges de la société.

Parallèlement, les conditions d'accueil des demandeurs d'asile se dégradent. La Coordination française pour le droit d'asile (CFDA), dont MdM est membre, et qui réunit une vingtaine d'associations autour de la question du droit d'asile, 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. Elle a donc décidé de dresser un état des lieux des conditions d'accueil des demandeurs d'asile qui ne peuvent être pris en charge en Cada et qui dépendent entièrement des plateformes d'accueil (Pada) : une enquête auprès des acteurs associatifs a été conduite de juin à septembre 2012, dans 31 départements de 15 régions de France. Le rapport issu de l'enquête, intitulé « *Droit d'asile en France : conditions d'accueil – État des lieux 2012* », dresse un panorama du non-accueil des demandeurs d'asile en France aujourd'hui.

Selon cet état des lieux, l'accès à la procédure d'asile peut être qualifié de véritable parcours du combattant : les Pada, chargées par l'État du premier accueil, ont vu leurs missions restreintes par le référentiel des plateformes d'accueil établi en 2011 par l'Ofii et le ministère de l'Intérieur, empêchant un réel accompagnement. Le suivi social et juridique a été particulièrement restreint, les Pada se contentant d'orienter, d'informer et d'inscrire les demandeurs dans le logiciel de gestion des admissions en Cada. L'accès à la domiciliation, préalable à l'accès en préfecture, est très hétérogène sur l'ensemble du territoire, les structures de domiciliation étant dans l'ensemble saturées, et les délais pour obtenir une adresse pouvant atteindre jusqu'à cinq mois. L'accès à la préfecture est éprouvant, très hétérogène selon les territoires, avec des pratiques abusives, une information absente, des délais déraisonnables.

Concernant la procédure d'asile : avant le dépôt de la demande d'asile auprès de l'Ofpra, les futurs demandeurs d'asile doivent demander leur admission au séjour à la préfecture. Le délai moyen d'admission au séjour est de trente jours sur l'ensemble du territoire, sans accès pendant ce délai ni à l'Ata, ni à un Cada.

On constate une utilisation excessive et disparate des procédures d'exception qui ressemble à une véritable dissuasion. Le demandeur d'asile placé en procédure Dublin II est soumis à des pratiques disparates dans l'information dont il dispose, les documents délivrés, les modalités de procédure, les conditions matérielles d'accueil réduites, voire inexistantes. La procédure prioritaire, conçue comme une exception, concerne aujourd'hui de plus en plus de demandeurs (18,6 % en 2011) et la liste des pays dits « sûrs » sert de variable d'ajustement des « flux » de la demande d'asile, les personnes originaires de ces pays n'étant généralement pas admis au séjour.

Dans tous les cas, l'aide à la rédaction ou à la traduction du récit de la demande d'asile est réduite de manière drastique dans les Pada. De même, en dehors de l'assistance d'un avocat faiblement rémunéré à l'aide juridictionnelle, aucune aide à la rédaction du recours devant la CNDA n'est prévue.

Si les demandeurs d'asile ont droit au bénéfice de conditions d'accueil dignes, sans distinction de la procédure qui leur est appliquée, l'accès à ces conditions d'accueil est marqué par l'exclusion de catégories entières de demandeurs d'asile et par l'insuffisance de places d'hébergement dans le dispositif spécifique « asile » et dans celui d'urgence. L'hébergement d'urgence devient la modalité principale de prise en charge des demandeurs d'asile, conditionné à des critères disparates selon les territoires.

L'Ata est difficile d'accès, n'est pas versée rapidement et reste insuffisante pour vivre. Le droit au travail n'est que rarement accordé.

L'accès à la couverture maladie est entravé par de nombreux obstacles (type de couverture maladie différent selon la procédure appliquée, exigence de pièces abusives, barrière de la langue). Certaines Pada ne font qu'orienter les demandeurs d'asile, sans réelle assistance. L'accès aux soins reste possible par le biais des Pass et du Fonds de soins urgents et vitaux (FSUV). L'enquête souligne que les certificats médicaux sont devenus une variable déterminante du devenir social et administratif du demandeur, ce qui peut se faire au détriment de la nécessité des soins.

En outre, les mineurs isolés ne bénéficient pas d'un accès systématique au dispositif public de protection de l'enfance, le tri se faisant par la soumission à un test osseux scientifiquement et éthiquement discutable et provoquant des situations de non-prise en charge de mineurs en situation de grande vulnérabilité.

Dans la perspective d'une réforme législative annoncée, MdM appelle à des changements en profondeur de la procédure d'asile et du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile afin que puissent être assurés grâce à une procédure équitable l'accueil et la protection des réfugiés.



© Coralie Couetil

ANNEXES

- Méthodologie du recueil de données dans les Caso
- Dossiers médical, social, dentaire et fiche sur les violences subies utilisés par les Caso en 2012
- Activités par Caso
- Analyse par Caso

ANNEXE 1

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Recueil de données dans les Caso

Les données sont recueillies auprès des patients par des accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins, dentistes, psychologues, etc., à l'aide de différents types de dossiers (*annexe 2*) :

■ **Le dossier social** est rempli pour chaque patient lors de sa première venue au centre (ou pour tout patient dont le dossier avait été rempli plus de deux ans auparavant afin de réactualiser ses informations). Le dossier social est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits à la couverture maladie, et plus généralement sur leurs démarches administratives.

■ **Le dossier médical** comprend deux parties :

1. un volet contenant les antécédents médicaux (*questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, antécédents obstétricaux et violences subies (fiche spécifique) qui peuvent être renseignés/complétés à chaque consultation*) ;
2. un volet contenant les motifs de consultation, les diagnostics posés par les médecins et les traitements, les examens et/ou orientations proposés pour chaque visite du patient. Les diagnostics sont codés à l'aide de la Classification internationale des soins de santé primaire (CISP).

Des notices d'utilisation accompagnent ces dossiers, afin d'expliquer la finalité de chaque question, d'aider à leur bon remplissage et de fournir des explications, si nécessaire, sur les dispositifs législatifs en cours.

Chaque année, les dossiers socio-médicaux sont revus et modifiés en fonction des remarques et propositions des personnes qui les remplissent et des évolutions législatives qui peuvent avoir un impact sur les droits des personnes

accueillies dans les Caso. Un groupe composé d'acteurs multidisciplinaires impliqués sur le terrain (médecins, infirmier(ère)s, travailleurs sociaux...) valide les modifications à apporter aux dossiers.

■ **Le dossier dentaire** comprend deux parties :

1. un volet sur les antécédents, le schéma dentaire, le recueil du nombre de dents cariées, absentes et obturées, le retard de recours aux soins, le besoin de prothèses dentaires, les observations et le plan de traitement ;
2. un tableau récapitulatif du type d'interventions effectuées lors de chaque consultation et des orientations.

■ **La fiche « violences subies »** : cette fiche a été, en 2012, séparée du dossier médical du patient. Elle peut être désormais renseignée par les différents intervenants dans les Caso et permet d'identifier les patients ayant subi des violences (et le type de violences) dans le pays d'origine ou en France.

■ Enfin, **des fiches spécifiques** pour chaque intervenant ont été mises en place (dossier soins infirmiers, pédicure/podologue, kinésithérapie, suivi social, qui permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

La Classification internationale des soins de santé primaires¹

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 comprend initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double

(1) Pour plus d'informations sur la CISP ou pour télécharger la grille, se référer au site internet du CISP-Club : http://www.cispclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7

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 spécifié²
- B Sang, système hématopoïétique / immunologie (**B**lood, sang)
- D Système **D**igestif
- F Œil
- H Oreille (**H**earing, audition)
- K Cardiovasculaire
- L Ostéoarticulaire (**L**ocomotion)
- N **N**eurologique
- P **P**sychologique
- R **R**espiratoire
- S Peau (**S**kin, peau)
- T Métabolique, nutrition, endocrinien
- U Système **U**rinaire
- W Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, femme)
- X Système génital féminin et sein (*chromosome X*)
- Y Système génital masculin et sein (*chromosome Y*)
- Z Social³

■ **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**

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 / **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).

La CISP est intégrée depuis sept ans dans les dossiers médicaux de Médecins du Monde. Elle permet pour chaque consultation médicale de décrire « l'épisode de soins » et de distinguer :

- *le(s) motif(s) de recours aux soins* : il(s) est (sont) exprimé(s) spontanément par les patients. Ces motifs peuvent être un symptôme ou une plainte, une procédure (demande de vaccination, certificat médical...) ou un diagnostic (dans le cas où le patient connaît déjà l'existence de sa pathologie). Jusqu'à trois motifs de recours aux soins peuvent être notifiés dans les dossiers médicaux.
- *le(s) résultat(s) de consultation et le(s) problème(s) de santé* identifiés par le médecin à l'issue de la consultation. Les résultats de consultation sont le plus souvent des diagnostics, mais aussi parfois des symptômes et plaintes (lorsque par exemple le diagnostic est en attente de résultats d'examens complémentaires). Jusqu'à trois résultats de consultation peuvent être indiqués dans les dossiers médicaux. Les médecins 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.

Afin de présenter les résultats de façon plus synthétique et d'en faciliter la lecture, le groupe de santé publique a réalisé en 2006 un travail de regroupement de ces items (initialement 680 items répartis en 17 chapitres) en 84 catégories, dont la liste figure ci-dessous.

(2) 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.

(3) Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

Général et non spécifié (A)	Ostéo-articulaire (L)	Métabolisme, nutrition, endocrinien (T)
– Symptômes et plaintes généraux	– Symptômes et plaintes du rachis	– Symptômes et plaintes du système métabolique
– Diagnostics non classés ailleurs	– Autres sympt. et plaintes ostéoarticulaires	– Diabète insulino et non insulino-dépendant
– Tuberculose	– Syndrome dorsolombaire	– Excès pondéral, obésité
Sang, Syst. hématop./immunol. (B)	– Autres diagnostics locomoteurs	– Autres diagnostics métaboliques
– Sympt. et plaintes syst. hématop/immuno	Neurologique (N)	Système urinaire (U)
– Anémies	– Symptômes et plaintes neurologiques	– Symptômes et plaintes du système urinaire
– HIV	– Épilepsie	– Infections urinaires / rénales
– Autres diag. syst. hématop/immuno.	– Autres diagnostics neurologiques	– Autres diagnostics urinaires et néphrologiques
Système digestif (D)	Psychologique (P)	Grossesse, accouchement, planning familial (W)
– Symptômes et plaintes du système digestif	– Angoisse, stress, troubles somatiques	– Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement, planning familial
– Affections des dents-gencives	– Syndrome dépressif	– Contraception
– Hépatite virale	– Psychose	– Grossesse et couche non pathologiques
– Infections gastro-intestinales	– Utilisation de subst. psychoactives (alcool)	– Grossesse et couche pathologiques
– Pathologies ulcéreuses	– Utilisation de subst. psychoactives (tabac-médicaments)	Système génital féminin et sein (X)
– Autres diagnostics système digestif	– Utilisation de subst. psychoactives (drogues)	– Symptômes et plaintes du système génital féminin
Œil (F)	– Autres problèmes psychologiques	– Troubles des règles
– Symptômes et plaintes de l'œil	Respiratoire (R)	– Infections sexuellement transmissibles
– Lunettes-lentilles	– Symptômes et plaintes nez-sinus	– Autres diagnostics du système génital féminin
– Infections de l'œil	– Autres symptômes et plaintes respiratoires	Système génital masculin et sein (Y)
– Autres diagnostics de l'œil	– Infections respiratoires supérieures	– Symptômes et plaintes du système génital masculin
Oreille (H)	– Infections respiratoires inférieures	– Infections sexuellement transmissibles
– Symptômes et plaintes de l'oreille	– Toux	– Autres diagnostics du système génital
– Infections de l'oreille	– Asthme	Catégories transversales aux appareils
– Autres diagnostics de l'oreille	– Autres diagnostics respiratoires	– Traumatismes – Peurs/préoccupations
Cardiovasculaire (K)	Peau (S)	– Maladies infectieuses non classées ailleurs
– Symptômes et plaintes cardiovasculaires	– Symptômes et plaintes dermatologiques	– Cancers
– Hypertension artérielle	– Parasitoses/candidoses	
– Cardiopathies, troubles du rythme	– Infections cutanées	
– Pathologies vasculaires	– Dermatitis atopiques et contacts	
– Autres diagnostics cardiovasculaires	– Éruption cutanée/tuméfactions	
	– Autres pathologies cutanées	

Les pathologies diagnostiquées ont par ailleurs été abordées selon leur caractère aigu ou chronique (selon l'appréciation des médecins).

Saisie des dossiers

En 2010, un nouveau système de saisie en réseau a été déployé dans l'ensemble des Caso via le portage de l'application sur internet du logiciel informatique utilisé jusqu'à présent. Ce nouveau système permet désormais aux personnes de saisir en mode « multipostes » et facilite l'ensemble des opérations de gestion des données (sauvegarde, installation et mise à jour du logiciel, rapatriement des données, etc.). Il permet également de collecter quotidiennement l'ensemble des données sur un serveur informatique hébergé au siège de Médecins du Monde avec une

mise à disposition en temps réel des données nationales. Ce système offre un meilleur suivi de la qualité du recueil et des possibilités d'alerte en direct sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes reçues dans les Caso. Tous les dossiers de tous les patients sont saisis, à l'exception de ceux du Caso de Paris, qui a mis en place une procédure d'échantillonnage (un tiers des dossiers sont saisis de manière intégrale et deux tiers des dossiers partiellement). Cette procédure a été décidée au regard du volume important de dossiers et du manque de moyen en termes de ressources humaines pour réaliser la saisie ; elle implique par conséquent l'application d'un coefficient de pondération pour l'analyse des données.

Les dossiers sont saisis directement dans les centres via internet avec le logiciel Eurêka Serveur V5.0.0.98, le plus souvent par des personnes bénévoles.

La saisie s'effectue sur deux fichiers différents :

- un fichier dénommé « base patients », dans lequel sont saisies les données du dossier social (lors de la première visite du patient au centre ou pour tout patient dont le dossier a été rempli plus de deux ans auparavant afin de réactualiser ses informations) ;
- un fichier dénommé « base visites », dans lequel sont saisies les consultations médicales et dentaires (lors de chaque visite du patient) ainsi que les données concernant les questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, violences subies et antécédents obstétricaux. Un numéro d'identifiant unique est attribué à chaque patient et constitue l'unique clé entre ces fichiers.

Les données quotidiennement centralisées au siège de Médecins du Monde et traitées par le service informatique sont préparées (élimination des doublons, des enregistrements vierges...) et compilées en vue de l'analyse nationale.

■ Analyse globale des données

La Direction des missions France a confié l'analyse des données des Caso, pour la dixième année consécutive, à l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip). Le service informatique de Médecins du Monde compile les données et procède au nettoyage des bases de données avant de les transmettre à l'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 (ajuste-

ment). 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. 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 2012 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.

Les dénominateurs utilisés dans les analyses varient selon que l'on raisonne à partir de l'ensemble des consultations délivrées ou à partir de l'ensemble des patients venus consulter.

Les différents dénominateurs utilisés dans l'analyse des données médicales sont résumés dans le tableau suivant.

Différents dénominateurs utilisés dans l'analyse des données médicales

Type d'analyse	Consultations ou patients sur lesquels porte l'analyse	Dénominateur
Analyse à partir des consultations délivrées en 2012		
Résultats de consultation par appareil	Consultations médicales où au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	33 868
Résultats de consultation à partir des items regroupés de la CISP	Consultations médicales où au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultation codés uniquement par la lettre de l'appareil	33 820
Analyse à partir des patients venus consulter en 2012		
Résultats de consultation par appareil	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	20 612
Résultats de consultation à partir des items regroupés de CISP	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultation codés uniquement par la lettre de l'appareil	20 592

ANNEXE 2

DOSSIERS MÉDICAL, SOCIAL ET DENTAIRE DES CASO EN 2012

Dossier médical Mission France – Observatoire 2012, version définitive 14/12/11

Mission France
Observatoire**DOSSIER MEDICAL**
2012 Saisie ?

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.

Vous avez le droit de refuser qu'une information soit écrite dans le dossier.

Nom du médecin / infirmier(e) : _ _ _ _ _

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _**B. Date de consultation :** _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

Nom : _ _ _ _ _

_ _ _ _ _

Prénom : _ _ _ _ _

**Se référer au dossier social pour connaître
les éléments sociaux indispensables au suivi médical du patient****Transmission de l'accueil** (données non saisies)

(Perception de souffrance psychique, conditions de logement néfastes à la santé, risque de saturnisme, état des droits à la couverture maladie, droits potentiels, etc.) :

C. Sexe : 1 M 2 F**D. Date de Naissance :** _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)**Nationalité et langues parlées :** _ _ _ _ _**E. Nécessité d'un traducteur :** 1 Oui 2 Non (francophone)**F. Si oui, présence d'un traducteur :**1 Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe 3 Oui, par téléphone2 Oui, sur place par une personne accompagnante 4 Non**G. Dossier difficile à remplir** (problèmes de langue, état de santé, etc.)

(merci de renseigner les informations du dossier dans la mesure du possible)

ETAT DES VACCINATIONS

(Oui à priori = la personne ne peut pas présenter de carte ou carnet de vaccination mais vous avez de bonnes raisons de penser que le vaccin est à jour)

- | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|--|
| a) ROR | 1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour) | 2 <input type="checkbox"/> Oui à priori | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| b) Tétanos | 1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour) | 2 <input type="checkbox"/> Oui à priori | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| c) Diphtérie / Polio | 1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour) | 2 <input type="checkbox"/> Oui à priori | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| d) BCG* | 1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour) | 2 <input type="checkbox"/> Oui à priori | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| e) Hépatite B | 1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour) | 2 <input type="checkbox"/> Oui à priori | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| f) Coqueluche / haemophilus | 1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour) | 2 <input type="checkbox"/> Oui à priori | 3 <input type="checkbox"/> Non | 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| g) Savez-vous où vous pouvez aller faire les vaccinations ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | | |

* à ne prescrire qu'après s'être assuré qu'il n'y a pas d'immunodéficience

➔ **Penser à orienter ou à vacciner**

Dossier médical Mission France – Observatoire 2012, version définitive 14/12/11

DEPENDANCES Problème d'abus répété ou d'addiction à :

- a) **Alcool** (ressentez-vous le besoin de consommer de l'alcool tous les jours ?) 1 Oui 2 Non
 b) **Tabac** (+ 10 cigarettes / jour) 1 Oui 2 Non
 c) **Autres produits psychoactifs** (cannabis, amphét., cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...) ou **médicaments détournés de leur usage** 1 Oui 2 Non
 Le(s)quel(s) ? _ _ _ _ _

STATUT SEROLOGIQUE

Pour les équipes utilisant les TROD, répondre à la question concernant la proposition de dépistage et utiliser ensuite le dossier spécifique TROD

- | | Inconnu | Connu (*) | | Date du dernier dépistage | Proposition de dépistage (NSP = Ne sait pas) |
|--------|----------------------------|---|------------------------------------|---------------------------|---|
| a) VHB | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> Positif (**) | 3 <input type="checkbox"/> Négatif | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | 1 <input type="checkbox"/> d'accord 2 <input type="checkbox"/> pas d'accord 3 <input type="checkbox"/> NSP 4 <input type="checkbox"/> déjà fait |
| b) VHC | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> Positif | 3 <input type="checkbox"/> Négatif | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | 1 <input type="checkbox"/> d'accord 2 <input type="checkbox"/> pas d'accord 3 <input type="checkbox"/> NSP 4 <input type="checkbox"/> déjà fait |
| c) VIH | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> Positif | 3 <input type="checkbox"/> Négatif | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | 1 <input type="checkbox"/> d'accord 2 <input type="checkbox"/> pas d'accord 3 <input type="checkbox"/> NSP 4 <input type="checkbox"/> déjà fait |

(*) Si VIH, VHB ou VHC positif, le coder dans les résultats de consultation (codes CISP correspondants B90, D72b, D72c)

(**) Le médecin vous a dit que vous étiez atteint de l'hépatite B

➔ **Penser à orienter pour le dépistage**

(merci de le renseigner à la 4^{ème} page du dossier)

VIOLENCES SUBIES

Pensez à aborder dans la mesure du possible les questions liées aux violences subies, l'objectif étant de repérer les personnes qui en ont été victimes pour leur apporter l'aide la plus adaptée.

Une fiche spécifique est prévue à cet effet pour recueillir les informations correspondantes.

PRATIQUE D'UNE CONTRACEPTION

- 1 Oui (actuellement) 2 Non (actuellement) 3 Jamais

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

Question filtre pour les questions 1 à 4 ➔ 1 Non concernée (n'a jamais été enceinte) 2 Concernée

1. Age de la patiente à sa première grossesse : _ _ ans
2. Nombre de grossesses ayant donné naissance à un enfant vivant : _ _
3. Nombre de fausses-couches : _ _
4. Nombre d'IVG antérieures : _ _

ANTECEDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS

Traitement habituel / en cours (Classe / posologie / durée)

Dossier médical Mission France – Observatoire 2012, version définitive 14/12/11

1. NATURE DE LA PLAINTÉ / Motif(s) de consultation ou plainte(s) exprimé(s) par le patient

(Mémo code CISP : Venu pour un certificat = A62 ; Venu pour une ordonnance = A50)

Codage CISP

1.1 ----- 1.2 ----- 1.3 -----

Observation médicale TA : ----- **Fréquence cardiaque** : ----- **2. Poids** (hors femmes enceintes) : ----- **kg**
3. Taille (en mètres) : ----- **m** (IMC : -----)

ENCEINTE ACTUELLEMENT ? 1 Oui (W78)1. **Poids** : ----- **kg**2. **Terme** : ----- **sem.** de grossesse3. **Accès aux soins prénataux** :1 Oui 2 Non, pourquoi ?4. **Retard de suivi de grossesse** :1 Oui (>12 semaines) 2 Non5. **Demande d'IVG** :1 Oui (code CISP : W79) 2 Non

	1 ^{er} diagnostic / résultat de cs	2 ^{ème} diagnostic / résultat de cs	3 ^{ème} diagnostic / résultat de cs
Diagnostic / résultat de cs <i>OU symptômes et plaintes si pas de diagnostics ET autres pbs de santé repérés même s'ils n'ont pas fait l'objet de la plainte</i>			
4. Code CISP	-----	-----	-----
5. Diagnostic en attente	1 <input type="checkbox"/> Diagnostic en attente	1 <input type="checkbox"/> Diagnostic en attente	1 <input type="checkbox"/> Diagnostic en attente
6. La pathologie est-elle aigüe ou chronique ?	1 <input type="checkbox"/> Aigüe 2 <input type="checkbox"/> Chronique 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Aigüe 2 <input type="checkbox"/> Chronique 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Aigüe 2 <input type="checkbox"/> Chronique 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
7. Un traitement ou un suivi serait-il...	1 <input type="checkbox"/> Nécessaire 2 <input type="checkbox"/> Accessoire 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Nécessaire 2 <input type="checkbox"/> Accessoire 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Nécessaire 2 <input type="checkbox"/> Accessoire 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si un traitement ou un suivi est nécessaire	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Oui partiellement 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Oui partiellement 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Oui partiellement 3 <input type="checkbox"/> Non 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
8. Le problème est-il traité ou suivi actuellement ?			
9. Le pb de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non

Attention, en cas de pathologie grave, merci d'informer le patient sur les possibilités de régularisation pour raisons médicales et de l'accompagner dans la démarche si besoin (cocher la question 13, page 4 du dossier) → se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre.

Dossier médical Mission France – Observatoire 2012, version définitive 14/12/11

10. Le cas de ce patient est-il urgent ?

1 Urgent 2 Assez urgent 3 Non urgent

→ *Si urgent ou assez urgent, voir avec l'accueil ou le travailleur social pour l'ouverture immédiate des droits à la couverture maladie en instruction prioritaire.*

TRAITEMENTS, EXAMENS COMPLEMENTAIRES/DEPISTAGE/ORIENTATION

11. TRAITEMENTS PRESCRITS : Vérifier l'état des droits à la couverture maladie

(forme, posologie, durée, quantité remise)

1 Remis 2 Non remis 3 Remis partiellement 4 Traitement pas nécessaire

12. EXAMENS COMPLEMENTAIRES / DEPISTAGE / ORIENTATION, vers quelle(s) structure(s) ?

Nom de la structure, date prise de rdv, date du rdv, avec qui, accompagnement, etc.

- 01 Examens de laboratoire _____
- 02 Radiographie/Echographie _____
- 03 Radio pulmonaire _____
- 04 Test de grossesse _____
- 05 Frottis cervico-vaginal _____
- 06 Mammographie _____
- 07 VIH, précisez 1 CDAG _____ 2 Laboratoire _____
- 08 VHB, précisez 1 CDAG _____ 2 Laboratoire _____
- 09 VHC, précisez 1 CDAG _____ 2 Laboratoire _____
- 10 Autre examen de dépistage, précisez _____
- (autre IST, plombémie, etc.) : _____
- 11 PASS _____
- 12 Urgences _____
- 13 Consultations hospitalières (hors PASS et urgences) _____
- 14 Praticien libéral, précisez 1 généraliste 2 spécialiste 3 dentiste _____
- 15 Praticien d'un centre de santé, précisez 1 généraliste 2 spécialiste 3 dentiste _____
- 16 Consultation psychologique ou psychiatrique _____
- 17 Centre de vaccination _____
- 18 PMI _____
- 19 Centre de planification familiale _____
- 20 Autres, précisez _____

13. Orientation pour régularisation pour raisons médicales

Pensez à rédiger un certificat médical dit « non descriptif » et orienter le patient vers un praticien hospitalier ou un médecin agréé (CF procédure dans la notice d'accompagnement du dossier médical) → se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre.

1 Oui, précisez _____

14. Orientation interne à MDM : 1 Oui, précisez : _____

Dossier social Mission France – Observatoire 2012, version déf. 14/12/2011

Mission France
Observatoire



DOSSIER SOCIAL

2012 Saisie ?

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. **Vous avez le droit de refuser qu'une information soit écrite dans le dossier.**

Dossier renseigné par : Accueillant(e) _ _ _ _ _

Travailleur social du centre _ _ _ _ _

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _

Année ou date de la 1^{ère} consultation au centre : _ _ _ _ _

Evolution de la situation du patient

B. Date de consultation / rencontre : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

Nom : _ _ _ _ _

Prénom : _ _ _ _ _

Espace libre pour écrire toute information utile au suivi du patient :

C. Sexe : 1 M 2 F

Commentaires

D. Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

1. Quelle est votre nationalité ? (+ communauté si déclarée par la personne)

2. La personne a-t-elle besoin d'un traducteur ?

1 Oui 2 Non (francophone)

Langues parlées : _ _ _ _ _

3. Si oui, présence d'un traducteur à l'entretien ?

1 Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe

2 Oui, sur place par une personne accompagnante

3 Oui, par téléphone

4 Non

4. Dossier difficile à remplir (problèmes de langue, état de santé, etc.)

(merci de renseigner les informations du dossier dans la mesure du possible)

5. Vous venez au centre pour (première(s) demande(s) énoncée(s) par la personne) ?

(plusieurs réponses possibles)

1 Pour les droits à la couverture maladie (aide, instruction, renouvellement)

2 Pour une question d'ordre social ou juridique (en dehors des questions de couverture maladie)

3 Voir un médecin (généraliste et spécialiste)

4 Avoir des soins infirmiers

5 Voir un dentiste

6 Autre (cs paramédicales, droit au séjour pour soins, certif. demande d'asile, etc.) :

Dossier social Mission France – Observatoire 2012, version déf. 14/12/2011

6. Avez-vous été adressé(e) dans notre centre par ?

- 1 Structure de soins (hôpital, PASS, PMI, médecin libéral, centre de santé, etc.)
- 2 Institution administrative et/ou sociale (CPAM, CCAS, AS de secteur)
- 3 Association (foyer, autres, etc.) _____
- 4 Bouche à oreille, connaît déjà le centre, média, par hasard, personnes proches, etc.
- 5 MDM (autres programmes MDM) _____
- 6 Autres, précisez _____

Personne contact : _____

CONDITIONS DE VIE

7. Quelle est votre situation familiale en France ? (pour les personnes majeures)

- 1 Seul(e) (avec ou sans enfant(s))
- 2 En couple (avec ou sans enfant(s))

8. Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?

- 1 Oui 2 Non

9. Si oui [Si le patient a des enfants mineurs] vivez-vous ?

- 1 Avec tous vos enfants
- 2 Avec une partie d'entre eux
- 3 Avec aucun d'entre eux

Pensez à aborder la question de la scolarisation des enfants

10. Si la personne est mineure, vit-elle ?

- 1 Avec parents (père et/ou mère) ou tuteur légal
- 2 Avec autre famille
- 3 Avec autre(s) personne(s)
- 4 Est mineur(e) isolé(e)
- 5 Avec concubin(e)

11. Si la personne est un enfant de moins de 6 ans, est-il suivi en PMI ?

- 1 Oui, où : _____ 2 Non

Si non, pourquoi _____

12. Concernant votre logement, quelle est votre situation actuellement ?

- 1 Sans domicile fixe (*à la rue*)
- 2 Hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) *au jour le jour*
- 3 Hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) *pour une durée de 15 jours*
- 4 Hébergé(e) par un organisme ou une association (*hôtels, foyers pour personnes à la rue, pour femmes, pour migrants, etc.*) *pour une durée supérieure à 15 jours*
- 5 En logement précaire, précisez
- 5.1 Provisoirement hébergé(e) par de la famille ou chez des amis
- 5.2 Occupant un logement sans bail (sans contrat légal) (squat)
- 5.3 Occupant un terrain sans droit (campement illégal)
- 5.4 Autre, précisez _____
- 6 En logement stable
- 6.1 Hébergé(e) durablement par de la famille ou chez des amis
- 6.2 Logement personnel

SITUATION ADMINISTRATIVE

13. Dernière date d'entrée en France ? _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

- 1 Non concerné(e) (*né(e) en France et est toujours resté(e) en France*)

14. Avez-vous vécu antérieurement en France ?

- 1 Oui 2 Non

15. Si oui, au total, tout séjour confondu, combien de temps avez-vous vécu en France ?

_____ mois ou _____ années

16. Avez-vous des documents justifiant votre identité ?

- 1 Oui 2 Non 3 Ne veut pas répondre

Dossier social Mission France – Observatoire 2012, version déf. 14/12/2011

COUVERTURE MALADIE, OBSTACLES A L'ACCES ET A LA CONTINUTE DES SOINS**27. Disposez-vous d'une adresse postale pour recevoir votre courrier ?**

- 1 Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis 4 Non, n'a pas fait les démarches
- 2 Oui dans un CCAS 5 Non car a rencontré un problème
- 3 Oui dans une association ou un refus

Commentaires

28. DROITS THEORIQUES : Selon la loi, de quel dispositif relève la personne ?

- 1 Relève de la CMU complémentaire
- 2 Ne peut relever que de la couverture de base (sécurité sociale ou CMU de base)
- 3 Relève de l'AME
- 4 A des droits dans un autre pays européen
- 5 Ne relève d'aucun dispositif, précisez pourquoi
- 5.1 Ne relève pas de l'AME car résidence de moins de 3 mois en France (*sauf mineurs*)
- 5.2 Ne relève pas de l'AME car plafond dépassé
- 5.3 Ne relève pas de la CMU car résidence de moins de 3 mois en France (*sauf demandeurs d'asile*)
- 5.4 Touristes ou étrangers (de passage) sans l'intention de résider en France
- 5.5 Autre, précisez _____

ATTENTION ! Si les personnes ont rencontré des problèmes concernant des justificatifs ou preuves à apporter alors qu'elles sont en France depuis plus de 3 mois, le noter dans les **obstacles** (question 30, mod. 02) et préciser à la question 28 si la personne relève de l'AME ou CMU.

29. DROITS EFFECTIFS : Avez-vous une couverture maladie française ?

- 1 Aucune couverture maladie 4 AME
- 2 Couv. maladie de base uniquement (SS ou CMU de base) 5 Demande en cours
- 3 Couverture maladie de base et complémentaire 6 NSP (le patient ne sait pas, doc. à vérifier, etc.)

30. Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez

pour l'accès et la continuité des soins ? Ne pas citer les modalités, laisser la personne répondre spontanément. Il s'agit des obstacles cités spontanément par la personne ou repérés tout au long de l'entretien par l'accueillant ou le travailleur social.

- 01 Aucun droit possible : personne en France depuis moins de 3 mois ou visa touriste ou plafond dépassé
- 02 N'a pas pu apporter de preuves de sa présence en France depuis 3 mois
- 03 Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant)
- 04 Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité des démarches, etc.)
- 05 Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs
- 06 Complémentaire trop chère, difficulté avance de frais, paiement des franchises, soins non pris en charge par la sécu, etc.
- 07 AME trop chère (pas les moyens d'acquitter le droit d'entrée)
- 08 Barrière linguistique
- 09 Mauvaise expérience dans le système de soins (mauvais accueil, refus de soins...)
- 10 Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits
- 11 Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) dans les lieux de soins
- 12 Droits ouverts dans un autre pays européen
- 13 N'en a pas ressenti le besoin jusqu'à présent, pas malade
- 14 Pas d'obstacles (démarche en cours avec délai d'instruction normal, etc.)
- 15 Autre raison exprimée _____

31. De façon générale, avez-vous déjà renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois ?
(ou depuis votre arrivée en France (si depuis moins d'un an)). Si oui, pour quels types de soins ?

- 1 Oui 2 Non

32. [Pour les personnes sans titre de séjour] En ce moment, vous arrive-t-il de limiter vos déplacements ou vos activités de peur d'être arrêté(e) ?

- 1 Oui 2 Non

33. ORIENTATIONS

- 1 Pour l'accès aux droits et/ou aux soins, précisez : _____
(CPAM, CGSS, MSA, Organisme complémentaire, CCAS, Association, PASS, Autres, etc.)
- 2 Autres orientations : _____

34. [question à ne pas poser directement à la personne] A l'issue de l'entretien, pensez-vous que la personne nécessite un accompagnement pour effectuer ses démarches ?

- 1 Oui 2 Non

Les éléments que vous jugez importants pour le suivi médical de la personne doivent être signalés sur le dossier médical

Dossier dentaire Mission France – Observatoire 2012, version déf. 13/12/11

Mission France Observatoire



DOSSIER DENTAIRE 2012 Saisie ?

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous avez le droit de refuser qu'une information soit écrite dans le dossier.

Seules les questions précédées d'un numéro ou d'une lettre seront saisies en informatique

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _

Nom : _ _ _ _ _ **Prénom :** _ _ _ _ _

B. Date de consultation : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

C. Sexe : 1 M 2 F

D. Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

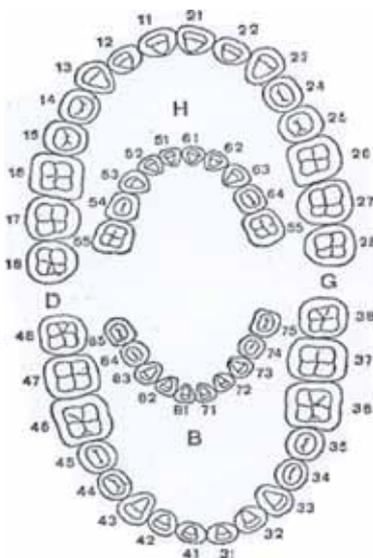
E. Nécessité d'un traducteur : 1 Oui 2 Non (francophone)

F. Si oui, présence d'un traducteur : 1 Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe 3 Oui, par téléphone
2 Oui, sur place par une personne accompagnante 4 Non

Motif de consultation :

Antécédents / pathologies spécifiques / (risques d'allergies, etc.) :

Traitements médicaux en cours :



Indices CAO

1. Nombre de dents Cariées..... :

si pas de dents cariées à traiter, inscrire 0

2. Nombre de dents permanentes Absentes.. :

si pas de dents permanentes absentes, inscrire 0

3. Nombre de dents Obturées..... :

si pas de dents obturées, inscrire 0

4. Besoin de prothèse(s) dentaire(s) : 1 Oui 2 Non

5. Le(s) problème(s) bucco-dentaire(s) aurai(en)t-il(s) dû(s) être traité(s) plus tôt ? 1 Oui 2 Non

6. De façon générale, avez-vous déjà renoncé à des soins dentaires au cours des 12 derniers mois ? 1 Oui 2 Non

6.1. Si oui, pour quels types de soins dentaires ?

Observations et plan de traitement :

Dossier dentaire Mission France – Observatoire 2012, version déf. 13/12/11

<p>7. Intervention</p> <p>01. Détartrage / Hygiène 02. Extraction 03. Traitement coronaire 04. Traitement radiculaire 05. Traitement parodontologique</p>	<p>06. Prescription 07. Radiologie 08. Prothèse 09. Pansement provisoire 10. Autres</p>	<p>8. Orientation</p> <p>1. Pas d'orientation 2. Vers milieu hospitalier 3. Vers milieu libéral 4. Vers centre de santé</p>
--	---	---

B. Date	Dent	Soins	7. Intervention <i>Cf code</i>	7. Soin terminé <i>Si oui, mettre une croix</i>	8. Orientation <i>Cf code</i>	Nom dentiste	Saisie ?
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O
-- / -- / --	--	----- -----			----- -----		O

Mission France Observatoire



Formes de violences subies

2012 Saisie ?

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous avez le droit de refuser qu'une information soit écrite dans le dossier.

Seules les questions précédées d'un numéro ou d'une lettre seront saisies en informatique

Dossier renseigné par : _____
(accueillant, infirmier, médecin, psychologue, etc.)

A. Numéro de dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

B. Date : __ / __ / ____

C. Sexe : 1 M 2 F

D. Date de Naissance : __ / __ / ____

E. Nécessité d'un traducteur : 1 Oui 2 Non

F. Si oui, présence d'un traducteur : 1 Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe 3 Oui, par téléphone
2 Oui, sur place par une personne accompagnante 4 Non

La plupart des personnes que nous rencontrons ici ont vécu des moments très difficiles dans leur vie, soit au pays, soit lors du parcours migratoire soit encore ici. En particulier, beaucoup font état de violences auxquelles elles ont été confrontées, de la part des forces de l'ordre, de leur famille ou encore d'inconnus. Vous-même, au cours de votre vie...

Merci d'orienter la personne sur les violences rencontrées lors de son existence (en suggérant éventuellement les différents types de violences) mais ne pas poser les questions et laisser parler la personne.

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Avez-vous vécu dans un pays en guerre ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous été menacé(e) physiquement ou emprisonné(e) pour vos idées ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Avez-vous été victime de violences de la part de forces de l'ordre (police, armée, ...) ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Avez-vous été torturé(e) ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Avez-vous été battu(e) ou blessé(e) lors de violences familiales ou lors d'une agression ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Avez-vous souffert de la faim ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Avez-vous subi une agression sexuelle ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Avez-vous été exposé(e) à un autre événement violent non évoqué dans les questions précédentes ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Précisez éventuellement : _____ | | |

ORIENTATION (structure, prise de rv, etc.) :

→ au verso, commentaires libres

Dossier Violences Mission France – Observatoire 2012, version déf. 14/12/11

Commentaires

ANNEXE 3

ACTIVITÉS PAR CASO

	Aix-en-Provence	Alaccio	Angers	Besançon	Bordeaux	Cayenne	Saint-Denis	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Pau	Paris	Rouen	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	TOTAL
Nombre de passages	1 287	232	828	900	5 153	2 539	9 912	2 746	6 986	7 489	1 496	1 337	1 053	5 363	741	7 555	1 158	3 664	1 946	827	63 212
Nombre de patients différents (file active)	524	110	508	413	2 101	1 372	5 959	1 229	3 000	3 708	903	468	401	2 598	278	4 090	633	1 012	829	424	30 560
Nombre de nouveaux patients	313	41	429	354	1 287	898	4 614	935	2 151	2 649	709	309	315	1 768	202	3 490	528	646	603	270	22 511
Nombre de consultations médicales	1 217	222	813	891	2 759	1 589	5 632	2 014	4 509	4 909	966	935	542	2 389	746	6 195	1 072	1 966	926	741	41 033
Part des consultations médicales (par rapport à la totalité)	3,0 %	0,5 %	2,0 %	2,2 %	6,7 %	3,9 %	13,7 %	4,9 %	11,0 %	12,0 %	2,4 %	2,3 %	1,3 %	5,8 %	1,8 %	15,1 %	2,6 %	4,8 %	2,3 %	1,8 %	100,0 %
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	505	106	502	411	1 396	1 135	3 576	1 091	2 517	2 899	706	442	346	1 490	277	3 400	606	830	555	391	23 181
Nombre moyen de consultations médicales par patient	2,41	2,09	1,62	2,17	1,98	1,40	1,57	1,85	1,79	1,69	1,37	2,12	1,57	1,60	2,69	1,82	1,77	2,37	1,67	1,90	1,77
Nombre de consultations dentaires					535					424	384	275		1 319			51	844	23		3 855
Part des consultations dentaires (par rapport à la totalité)					13,9 %					11,0 %	10,0 %	7,1 %		34,2 %			1,3 %	21,9 %	0,6 %		100,0 %
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire					268					294	205	82		651			46	286	22		1 854
Nombre moyen de consultations dentaires par patient					2,00					1,44	1,87	3,35		2,03			1,11	2,95	1,05		2,08
Nombre de dossiers sociaux	379	56	439	358	1 562	1 212	4 894	1 005	2 465	2 913	802	397	316	2 126	243	2 844	552	729	724	270	24 286
Part des dossiers sociaux du centre (par rapport à la totalité)	1,6 %	0,2 %	1,8 %	1,5 %	6,4 %	5,0 %	20,2 %	4,1 %	10,1 %	12,0 %	3,3 %	1,6 %	1,3 %	8,8 %	1,0 %	11,7 %	2,3 %	3,0 %	3,0 %	1,1 %	100,0 %
Nombre de consultations psychologiques*			1		88	2	299	147	647	59	1	10	398	211	1	5		185	51		2 105
Nombre de consultations sociales / instruction CMU-AME*	7		1	2	1 894	68	6 455	797	1 463	2 738	117	564	117	1 305	2	385	10	678	1 194	273	18 070
Nombre d'actes infirmiers*	53		6		977	5	605	18	420	360	165	39	119		7	235	1	358	200	25	3 593

* À noter que tous les Caso ne saisissent pas sur support informatique l'ensemble des actes paramédicaux réalisés, les consultations sociales menées par les travailleurs sociaux (bénévoles et salariés) et instructions des dossiers CMU-AME. Ils détiennent cependant un comptage manuel leur permettant de valoriser l'ensemble de ces activités.

ANNEXE 4

ANALYSE PAR CASO

→ AIX-EN-PROVENCE

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
524	379	1,6	1 217	505	2,4	3,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	60,6	229	60,7	14 490	60,7	14 719
Femmes	39,4	149	39,3	9 371	39,3	9 520
Âge moyen (années)	33,2		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	8,4	28	8,1	1 897	8,0	1 925
10-17 ans	6,0	20	4,5	1 048	4,5	1 068
18-29 ans	25,2	84	31,3	7 387	31,3	7 471
30-39 ans	26,5	88	26,9	6 345	26,9	6 433
40-49 ans	18,9	63	15,1	3 558	15,2	3 621
50 ans et plus	15,0	50	14,1	3 333	14,1	3 383
Patients mineurs	14,4	48	12,5	2 945	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	16,8	56	16,5	3 876	16,5	3 932
Les patients de 60 ans et plus	4,5	15	5,7	1 333	5,6	1 348
Nationalités						
Français	16,0	60	5,7	1 280	5,9	1 340
Étrangers	84,0	314	94,3	21 155	94,1	21 469
Groupe continental						
France	16,0	60	5,7	1 280	5,9	1 340
Union européenne	57,0	213	17,3	3 872	17,9	4 085
Europe (hors UE)	1,6	6	12,6	2 829	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	4,3	16	26,2	5 872	25,8	5 888
Maghreb	20,3	76	23,2	5 211	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	----	0	5,3	1 191	5,2	1 191
Asie	----	0	4,1	927	4,1	927
Océanie et Amériques	0,8	3	5,6	1 250	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	54,3	203	11,5	2 580	12,2	2 783
France	16,0	60	5,7	1 280	5,9	1 340
Tunisie	9,4	35	5,8	1 301	5,9	1 336
Algérie	6,2	23	10,9	2 455	10,9	2 478
Maroc	4,8	18	6,0	1 337	5,9	1 355
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	34,6	94	35,5	7 183	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	25,7	70	31,5	6 375	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	20,2	55	16,0	3 245	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	15,8	43	11,9	2 412	12,0	2 455
10 ans et plus	3,7	10	5,1	1 043	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	17,5	60	30,2	6 584	30,0	6 644
hébergé	9,0	31	13,4	2 931	13,4	2 962
précaire	60,1	206	43,2	9 424	43,4	9 630
sans logement	13,4	46	13,2	2 876	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	16,4	49	25,6	4 789	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	26,2	78	52,8	9 891	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	1,7	5	3,3	626	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	55,7	166	18,3	3 424	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1,0	2	0,8	140	0,9	142
visa touriste	2,1	4	5,2	856	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	31,1	60	22,9	3 785	23,0	3 845
en situation irrégulière	65,8	127	71,1	11 757	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	0,3	1	7,4	1 731	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	18,2	62	17,4	3 807	17,5	3 869
AME	51,5	175	56,3	12 272	56,2	12 447
droits autre pays européen	0,3	1	3,3	721	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	26,2	89	19,9	4 341	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,3	1	0,1	28	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	3,5	12	3,0	648	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	16,7	32	13,6	2 073	13,6	2 105
droits non ouverts	83,3	160	86,4	13 195	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
110	56	0,2	222	106	2,1	0,5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	85,7	48	60,7	14 671	60,7	14 719
Femmes	14,3	8	39,3	9 512	39,3	9 520
Âge moyen (années)	46,3		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	---	0	8,1	1 925	8,0	1 925
10-17 ans	1,9	1	4,5	1 067	4,5	1 068
18-29 ans	17,0	9	31,3	7 462	31,3	7 471
30-39 ans	20,8	11	26,9	6 422	26,9	6 433
40-49 ans	22,6	12	15,1	3 609	15,2	3 621
50 ans et plus	37,7	20	14,1	3 363	14,1	3 383
Patients mineurs	1,9	1	12,5	2 992	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	7,5	4	16,5	3 928	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	18,9	10	5,6	1 338	5,6	1 348
Nationalités						
Français	22,2	12	5,8	1 328	5,9	1 340
Étrangers	77,8	42	94,2	21 427	94,1	21 469
Groupe continental						
France	22,2	12	5,8	1 328	5,9	1 340
Union européenne	37,0	20	17,9	4 065	17,9	4 085
Europe (hors UE)	---	0	12,5	2 835	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	3,7	2	25,9	5 886	25,8	5 888
Maghreb	33,3	18	23,1	5 269	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,9	1	5,2	1 190	5,2	1 191
Asie	---	0	4,1	927	4,1	927
Océanie et Amériques	1,9	1	5,5	1 252	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
France	22,2	12	5,8	1 328	5,9	1 310
Roumanie	20,4	11	12,2	2 772	12,2	2 783
Tunisie	18,5	10	5,8	1 326	5,9	1 336
Maroc	13,0	7	5,9	1 348	5,9	1 355
Portugal	5,6	3	0,8	186	0,8	189
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	5,8		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	22,6	7	35,5	7 270	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	38,7	12	31,4	6 433	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	6,5	2	16,1	3 298	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	12,9	4	11,9	2 451	12,0	2 455
10 ans et plus	19,3	6	5,1	1 047	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	18,4	9	30,0	6 635	30,0	6 644
hébergé	22,4	11	13,4	2 951	13,4	2 962
précaire	18,4	9	43,5	9 621	43,4	9 630
sans logement	40,8	20	13,1	2 902	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	---	0	25,4	4 838	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	---	0	52,4	9 969	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	---	0	3,3	631	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	---	0	18,9	3 590	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	---	0	0,9	142	0,9	142
visa touriste	---	0	5,1	860	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	---	0	23,0	3 845	23,0	3 845
en situation irrégulière	---	0	71,0	11 884	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	---	0	7,3	1 732	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	52,4	22	17,4	3 847	17,5	3 869
AME	16,7	7	56,2	12 440	56,2	12 447
droits autre pays européen	7,1	3	3,3	719	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	23,8	10	20,0	4 420	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	---	0	3,0	660	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	51,6	16	13,5	2 089	13,6	2 105
droits non ouverts	48,4	15	86,5	13 340	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
508	439	1,8	813	502	1,6	2,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,8	232	60,9	14 487	60,7	14 719
Femmes	47,2	207	39,1	9 313	39,3	9 520
Âge moyen (années)	26,7		32,9		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	19,5	84	7,9	1 841	8,0	1 925
10-17 ans	5,3	23	4,5	1 045	4,5	1 068
18-29 ans	32,5	140	31,2	7 331	31,3	7 471
30-39 ans	25,8	111	26,9	6 322	26,9	6 433
40-49 ans	10,2	44	15,2	3 577	15,2	3 621
50 ans et plus	6,7	29	14,3	3 354	14,1	3 383
Patients mineurs	24,8	107	12,3	2 886	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	13,7	59	16,5	3 873	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	3,0	13	5,7	1 335	5,6	1 348
Nationalités						
Français	5,5	24	5,9	1 316	5,9	1 340
Étrangers	94,5	414	94,1	21 055	94,1	21 469
Groupe continental						
France	5,5	24	5,9	1 316	5,9	1 340
Union européenne	3,4	15	18,2	4 070	17,9	4 085
Europe (hors UE)	28,3	124	12,1	2 711	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	49,8	218	25,4	5 670	25,8	5 888
Maghreb	10,0	44	23,4	5 243	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,7	3	5,3	1 188	5,2	1 191
Asie	1,8	8	4,1	919	4,1	927
Océanie et Amériques	0,5	2	5,6	1 251	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Somalie	14,8	65	0,2	39	0,5	104
Soudan	11,0	48	0,3	75	0,5	123
Ex-Yougoslavie	10,3	45	3,2	725	3,4	770
Érythrée	7,5	33	0,1	17	0,2	50
Russie-Tchéchénie	7,3	32	2,4	534	2,5	566
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	0,6		2,1		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	65,8	262	34,9	7 015	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	17,1	68	31,7	6 377	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	12,8	51	16,1	3 249	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	4,0	16	12,1	2 439	12,0	2 455
10 ans et plus	0,3	1	5,2	1 052	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	15,3	63	30,3	6 581	30,0	6 644
hébergé	25,1	103	13,1	2 859	13,4	2 962
précaire	21,4	88	43,9	9 542	43,4	9 630
sans logement	38,2	157	12,7	2 765	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	24,0	72	25,4	4 766	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	29,7	89	52,8	9 880	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	2,7	8	3,3	623	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	43,6	131	18,5	3 459	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,4	1	0,9	141	0,9	142
visa touriste	4,0	10	5,1	850	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	20,6	52	23,0	3 793	23,0	3 845
en situation irrégulière	75,0	189	71,0	11 695	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	13,5	52	7,2	1 680	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	19,4	78	17,4	3 791	17,5	3 869
AME	20,2	81	56,9	12 366	56,2	12 447
droits autre pays européen	1,3	5	3,3	717	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	55,6	223	19,3	4 207	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,3	1	0,1	28	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	3,2	13	3,0	647	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	14,5	19	13,6	2 086	13,6	2 105
droits non ouverts	85,5	112	86,4	13 243	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
413	358	1,5	891	411	2,2	2,2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57,7	206	60,8	14 513	60,7	14 719
Femmes	42,3	151	39,2	9 369	39,3	9 520
Âge moyen (années)	31,3		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	13,9	46	8,0	1 879	8,0	1 925
10-17 ans	3,3	11	4,5	1 057	4,5	1 068
18-29 ans	30,1	100	31,3	7 371	31,3	7 471
30-39 ans	22,3	74	27,0	6 359	26,9	6 433
40-49 ans	16,9	56	15,1	3 565	15,2	3 621
50 ans et plus	13,5	45	14,1	3 338	14,1	3 383
Patients mineurs	17,2	57	12,5	2 936	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	17,8	59	16,4	3 873	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	6,0	20	5,6	1 328	5,6	1 348
Nationalités						
Français	19,9	69	5,7	1 271	5,9	1 340
Étrangers	80,1	278	94,3	21 191	94,1	21 469
Groupe continental						
France	19,9	69	5,7	1 271	5,9	1 340
Union européenne	9,8	34	18,0	4 051	17,9	4 085
Europe (hors UE)	37,1	129	12,1	2 706	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	17,6	61	25,9	5 827	25,8	5 888
Maghreb	12,7	44	23,3	5 243	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,7	6	5,3	1 185	5,2	1 191
Asie	0,6	2	4,1	925	4,1	927
Océanie et Amériques	0,6	2	5,6	1 251	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
France	19,9	69	5,7	1 271	5,9	1 340
Ex-Yougoslavie	16,4	57	3,2	713	3,4	770
Algérie	8,4	29	10,9	2 449	10,9	2 478
Roumanie	7,5	26	12,3	2 757	12,2	2 783
Rép. dém. du Congo	7,2	25	1,2	269	1,3	294
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,9		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	69,6	192	35,0	7 085	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	13,4	37	31,7	6 408	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	4,3	12	16,2	3 288	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	8,7	24	12,0	2 431	12,0	2 455
10 ans et plus	4,0	11	5,1	1 042	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	15,4	55	30,2	6 589	30,0	6 644
hébergé	48,2	172	12,8	2 790	13,4	2 962
précaire	16,2	58	43,9	9 572	43,4	9 630
sans logement	20,2	72	13,1	2 850	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	3,7	11	25,8	4 827	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	30,8	92	52,7	9 877	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	39,1	117	2,7	514	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	26,4	79	18,8	3 511	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,5	1	0,9	141	0,9	142
visa touriste	4,5	9	5,1	851	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	16,7	33	23,1	3 812	23,0	3 845
en situation irrégulière	78,3	155	70,9	11 729	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	14,2	50	7,2	1 682	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	31,0	109	17,3	3 760	17,5	3 869
AME	21,6	76	56,7	12 371	56,2	12 447
droits autre pays européen	0,6	2	3,3	720	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	38,5	135	19,7	4 295	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	8,3	29	2,9	631	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	49,2	91	13,2	2 014	13,6	2 105
droits non ouverts	50,8	94	86,8	13 261	86,4	13 355

→ BORDEAUX

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
2 101	1 562	6,4	2 759	1 396	2,0	6,7	535	268	2,0	13,9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, dermatologie, ophtalmologie (en partenariat avec l'Unadev), entretiens psychologiques et consultations d'une sage-femme

Caractéristiques des patients

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	53,3	833	61,2	13 886	60,7	14 719
Femmes	46,7	729	38,8	8 791	39,3	9 520
Âge moyen (années)	31,6		32,9		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	11,4	175	7,8	1 750	8,0	1 925
10-17 ans	4,8	73	4,4	995	4,5	1 068
18-29 ans	28,0	427	31,5	7 044	31,3	7 471
30-39 ans	26,8	410	26,9	6 023	26,9	6 433
40-49 ans	14,9	227	15,2	3 394	15,2	3 621
50 ans et plus	14,1	215	14,2	3 168	14,1	3 383
Patients mineurs	16,2	248	12,3	2 745	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	17,6	269	16,4	3 663	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	4,1	62	5,8	1 286	5,6	1 348
Nationalités						
Français	3,8	31	6,0	1 309	5,9	1 340
Étrangers	96,2	790	94,0	20 679	94,1	21 469
Groupe continental						
France	3,8	31	5,9	1 309	5,9	1 340
Union européenne	54,6	449	16,5	3 636	17,9	4 085
Europe (hors UE)	7,1	58	12,6	2 777	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	14,6	120	26,2	5 768	25,8	5 888
Maghreb	17,9	147	23,4	5 140	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,4	3	5,4	1 188	5,2	1 191
Asie	1,1	9	4,2	918	4,1	927
Océanie et Amériques	0,5	4	5,7	1 249	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Bulgarie	44,7	367	0,9	203	2,5	570
Maroc	10,7	88	5,8	1 267	5,9	1 355
Algérie	6,3	52	11,0	2 426	10,9	2 478
Roumanie	4,5	37	12,5	2 746	12,2	2 783
France	3,8	31	6,0	1 309	5,9	1 340
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,0		2,1		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	56,3	760	34,0	6 517	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	22,0	297	32,0	6 148	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	12,1	163	16,4	3 137	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	8,4	113	12,2	2 342	12,0	2 455
10 ans et plus	1,2	16	5,4	1 037	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	19,7	275	30,7	6 369	30,0	6 644
hébergé	8,0	111	13,7	2 851	13,4	2 962
précaire	59,6	831	42,4	8 799	43,4	9 630
sans logement	12,7	178	13,2	2 744	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	29,9	329	25,2	4 509	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	45,0	495	52,8	9 474	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	7,9	87	3,0	544	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	17,3	190	19,0	3 400	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1,2	6	0,8	136	0,9	142
visa touriste	5,2	27	5,2	833	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	49,6	256	22,1	3 589	23,0	3 845
en situation irrégulière	44,0	227	71,9	11 657	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	1,7	27	7,6	1 705	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	13,7	183	17,7	3 686	17,5	3 869
AME	49,4	659	56,6	11 788	56,2	12 447
droits autre pays européen	5,0	67	3,2	655	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	26,1	349	19,6	4 081	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	5,8	77	2,8	583	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	17,1	119	13,5	1 986	13,6	2 105
droits non ouverts	82,9	577	86,5	12 778	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
1 372	1 212	5,0	1 589	1 135	1,4	3,9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques et consultations sage-femme

Caractéristiques des patients

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	45,8	555	61,5	14 164	60,7	14 719
Femmes	54,2	657	38,5	8 863	39,3	9 520
Âge moyen (années)	29,5		33,0		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	12,8	155	7,8	1 770	8,0	1 925
10-17 ans	5,0	61	4,4	1 007	4,5	1 068
18-29 ans	31,3	378	31,3	7 093	31,3	7 471
30-39 ans	28,8	348	26,8	6 085	26,9	6 433
40-49 ans	12,9	156	15,3	3 465	15,2	3 621
50 ans et plus	9,2	111	14,4	3 272	14,1	3 383
Patients mineurs	17,9	216	12,2	2 777	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	14,1	170	16,6	3 762	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	1,9	23	5,8	1 325	5,6	1 348
Nationalités						
Français	2,6	31	6,1	1 309	5,9	1 340
Étrangers	97,4	1 176	93,9	20 293	94,1	21 469
Groupe continental						
France	2,6	31	6,1	1 309	5,9	1 340
Union européenne	0,8	10	18,9	4 075	17,9	4 085
Europe (hors UE)	---	0	13,1	2 835	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	7,5	91	26,8	5 797	25,8	5 888
Maghreb	---	0	24,5	5 287	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	---	0	5,5	1 191	5,2	1 191
Asie	---	0	4,3	927	4,1	927
Océanie et Amériques	89,1	1 075	0,8	178	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Haïti	45,7	552	<0,1	9	2,5	561
Pérou	11,2	135	0,2	35	0,8	170
Brésil	8,4	101	0,2	33	0,6	134
Guyana	8,1	98	<0,1	1	0,4	99
Colombie	7,2	87	0,1	21	0,5	108
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,5		1,9		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	27,4	292	35,9	6 985	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	24,6	262	31,8	6 183	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	18,1	193	16,0	3 107	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	17,8	189	11,6	2 266	12,0	2 455
10 ans et plus	12,1	129	4,7	924	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	56,9	684	28,4	5 960	30,0	6 644
hébergé	2,4	29	14,0	2 933	13,4	2 962
précaire	38,5	463	43,8	9 167	43,4	9 630
sans logement	2,2	27	13,8	2 895	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	4,0	40	26,6	4 798	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	66,8	667	51,6	9 302	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	0,2	2	3,5	629	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	29,0	290	18,3	3 300	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,5	5	0,9	137	0,9	142
visa touriste	0,3	3	5,4	857	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	54,8	529	21,0	3 316	23,0	3 845
en situation irrégulière	44,4	428	72,7	11 456	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	32,6	394	5,9	1 338	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	40,6	485	16,2	3 384	17,5	3 869
AME	48,0	573	56,7	11 874	56,2	12 447
droits autre pays européen	0,2	2	3,4	720	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	10,8	129	20,5	4 301	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	0,4	5	3,1	655	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	4,6	41	14,2	2 064	13,6	2 105
droits non ouverts	95,4	844	85,8	12 511	86,4	13 355

→ GRENOBLE

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
1 229	1 005	4,1	2 014	1 091	1,8	4,9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, entretiens psychologiques, kinésithérapie, optique et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,1	594	60,8	14 125	60,7	14 719
Femmes	40,9	411	39,2	9 109	39,3	9 520
Âge moyen (années)	29,0		33,0		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	14,7	146	7,8	1 779	8,0	1 925
10-17 ans	6,2	62	4,4	1 006	4,5	1 068
18-29 ans	30,4	302	31,3	7 169	31,3	7 471
30-39 ans	26,9	268	26,9	6 165	26,9	6 433
40-49 ans	11,9	118	15,3	3 503	15,2	3 621
50 ans et plus	9,9	98	14,3	3 285	14,1	3 383
Patients mineurs	20,9	208	12,2	2 785	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	17,0	169	16,4	3 763	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	4,1	41	5,7	1 307	5,6	1 348
Nationalités						
Français	7,0	69	5,8	1 271	5,9	1 340
Étrangers	93,0	922	94,2	20 547	94,1	21 469
Groupe continental						
France	7,0	69	5,8	1 271	5,9	1 340
Union européenne	13,2	131	18,1	3 954	17,9	4 085
Europe (hors UE)	17,3	172	12,2	2 663	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	33,6	333	25,5	5 555	25,8	5 888
Maghreb	26,2	260	23,1	5 027	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,8	8	5,4	1 183	5,2	1 191
Asie	1,1	11	4,2	916	4,1	927
Océanie et Amériques	0,7	7	5,7	1 246	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Algérie	15,3	152	10,7	2 326	10,9	2 478
Ex-Yougoslavie	13,1	130	2,9	640	3,4	770
Rép. dém. du Congo	10,2	101	0,9	193	1,3	294
Roumanie	9,0	89	12,4	2 694	12,2	2 783
Tunisie	7,3	72	5,8	1 264	5,9	1 336
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,6		2,1		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	45,3	396	35,0	6 881	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	23,9	209	31,7	6 236	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	17,6	154	16,0	3 146	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	9,9	87	12,1	2 368	12,0	2 455
10 ans et plus	3,3	29	5,2	1 024	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	23,3	224	30,3	6 420	30,0	6 644
hébergé	26,9	258	12,8	2 704	13,4	2 962
précaire	28,2	271	44,1	9 359	43,4	9 630
sans logement	21,6	208	12,8	2 714	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	15,5	121	25,9	4 717	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	40,7	318	52,9	9 651	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	3,1	24	3,3	607	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	40,7	318	17,9	3 272	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,9	6	0,8	136	0,9	142
visa touriste	4,7	32	5,2	828	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	29,4	199	22,7	3 646	23,0	3 845
en situation irrégulière	65,0	441	71,3	11 443	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	17,5	170	6,8	1 562	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	18,1	178	17,4	3 691	17,5	3 869
AME	48,5	476	56,5	11 971	56,2	12 447
droits autre pays européen	3,0	29	3,3	693	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	27,6	271	19,7	4 159	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,1	1	0,1	28	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	2,7	27	3,0	633	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	17,1	114	13,5	1 991	13,6	2 105
droits non ouverts	82,9	551	86,5	12 804	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
3 000	2 465	10,2	4 509	2 517	1,8	11,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : gynécologie, neurologie, ostéopathie, pédiatrie, psychiatrie, entretiens psychologiques et consultations d'une sage-femme

Caractéristiques des patients

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	51,9	1 279	61,7	13 440	60,7	14 719
Femmes	48,1	1 185	38,3	8 335	39,3	9 520
Âge moyen (années)	29,0		33,2		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	17,6	432	7,0	1 493	8,0	1 925
10-17 ans	7,9	192	4,1	876	4,5	1 068
18-29 ans	26,7	655	31,8	6 816	31,3	7 471
30-39 ans	22,3	546	27,4	5 887	26,9	6 433
40-49 ans	12,6	309	15,4	3 312	15,2	3 621
50 ans et plus	12,9	317	14,3	3 066	14,1	3 383
Patients mineurs	25,5	624	11,0	2 369	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	16,8	412	16,4	3 520	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	5,3	130	5,7	1 218	5,6	1 348
Nationalités						
Français	4,5	109	6,0	1 231	5,9	1 340
Étrangers	95,5	2 302	94,0	19 167	94,1	21 469
Groupe continental						
France	4,5	109	6,0	1 231	5,9	1 340
Union européenne	29,4	709	16,6	3 376	17,9	4 085
Europe (hors UE)	22,7	547	11,2	2 288	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	19,8	479	26,5	5 409	25,8	5 888
Maghreb	20,4	492	23,5	4 795	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,2	28	5,7	1 163	5,2	1 191
Asie	0,8	19	4,5	908	4,1	927
Océanie et Amériques	1,2	28	6,0	1 225	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	24,2	583	10,8	2 200	12,2	2 783
Ex-Yougoslavie	13,9	336	2,1	434	3,4	770
Algérie	10,5	252	10,9	2 226	10,9	2 478
Tunisie	7,2	174	5,7	1 162	5,9	1 336
France	4,5	109	6,0	1 231	5,9	1 340
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,5		2,1		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	43,3	863	34,6	6 414	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	26,8	535	31,9	5 910	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	15,4	306	16,1	2 994	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	11,5	229	12,0	2 226	12,0	2 455
10 ans et plus	3,0	60	5,4	993	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	19,6	438	31,1	6 206	30,0	6 644
hébergé	23,5	523	12,3	2 439	13,4	2 962
précaire	40,5	904	43,8	8 726	43,4	9 630
sans logement	16,4	365	12,8	2 557	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	29,2	478	25,1	4 360	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	39,2	641	53,6	9 328	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	9,5	155	2,7	476	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	22,1	362	18,6	3 228	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1,0	15	0,8	127	0,9	142
visa touriste	9,3	136	4,8	724	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	31,2	457	22,2	3 388	23,0	3 845
en situation irrégulière	58,5	857	72,2	11 027	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	9,4	224	7,0	1 508	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	20,9	475	17,1	3 394	17,5	3 869
AME	56,5	1 286	56,1	11 161	56,2	12 447
droits autre pays européen	4,1	94	3,2	628	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	13,4	305	20,8	4 125	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	<0,1	1	0,1	28	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	5,0	113	2,7	547	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	19,5	321	12,9	1 784	13,6	2 105
droits non ouverts	80,5	1 328	87,1	12 027	86,4	13 355

→ MARSEILLE

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
3 708	2 913	12,0	4 909	2 899	1,7	12,0	424	294	1,4	11,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, gynécologie, ophtalmologie et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	70,2	2 045	59,4	12 674	60,7	14 719
Femmes	29,8	868	40,6	8 652	39,3	9 520
Âge moyen (années)	33,2		32,7		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	8,2	236	8,0	1 689	8,0	1 925
10-17 ans	3,6	105	4,6	963	4,5	1 068
18-29 ans	31,0	898	31,3	6 573	31,3	7 471
30-39 ans	26,6	770	27,0	5 663	26,9	6 433
40-49 ans	15,8	458	15,0	3 163	15,2	3 621
50 ans et plus	14,8	428	14,1	2 955	14,1	3 383
Patients mineurs	11,8	341	12,6	2 652	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	15,5	448	16,6	3 484	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	6,0	175	5,6	1 173	5,6	1 348
Nationalités						
Français	7,0	202	5,7	1 138	5,9	1 340
Étrangers	93,0	2 692	94,3	18 777	94,1	21 469
Groupe continental						
France	7,0	202	5,7	1 138	5,9	1 340
Union européenne	12,1	352	18,7	3 733	17,9	4 085
Europe (hors UE)	9,5	274	12,9	2 561	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	20,1	582	26,7	5 306	25,8	5 888
Maghreb	48,3	1 398	19,5	3 889	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,9	54	5,7	1 137	5,2	1 191
Asie	0,9	25	4,5	902	4,1	927
Océanie et Amériques	0,2	7	6,3	1 246	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Algérie	28,7	830	8,3	1 648	10,9	2 478
Tunisie	12,6	364	4,9	972	5,9	1 336
Comores	12,2	353	1,1	228	2,6	581
Roumanie	8,0	231	12,8	2 552	12,2	2 783
France	7,0	202	5,7	1 138	5,9	1 340
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,4		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	32,7	824	35,8	6 453	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	30,4	768	31,5	5 677	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	17,9	452	15,8	2 848	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	12,5	314	11,9	2 141	12,0	2 455
10 ans et plus	6,5	164	5,0	889	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	40,7	1 163	28,4	5 481	30,0	6 644
hébergé	14,5	415	13,2	2 547	13,4	2 962
précaire	31,5	899	45,2	8 731	43,4	9 630
sans logement	13,3	381	13,2	2 541	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	27,1	695	25,2	4 143	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	56,2	1 441	51,8	8 528	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	2,7	69	3,4	562	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	14,0	359	19,6	3 231	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,3	8	0,9	134	0,9	142
visa touriste	3,9	89	5,4	771	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	15,3	352	24,2	3 493	23,0	3 845
en situation irrégulière	80,5	1 854	69,5	10 030	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	3,9	114	7,7	1 618	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	14,8	425	17,9	3 444	17,5	3 869
AME	56,2	1 611	56,2	10 836	56,2	12 447
droits autre pays européen	6,8	195	2,7	527	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	20,9	599	19,9	3 831	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,1	2	0,1	27	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	1,2	36	3,2	624	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	8,8	192	14,4	1 913	13,6	2 105
droits non ouverts	91,2	1 994	85,6	11 361	86,4	13 355

→ MONTPELLIER

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
903	802	3,3	966	706	1,4	2,4	384	205	1,9	10,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire

Caractéristiques des patients

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	65,9	527	60,5	14 192	60,7	14 719
Femmes	34,1	273	39,5	9 247	39,3	9 520
Âge moyen (années)	33,2		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	6,7	52	8,1	1 873	8,0	1 925
10-17 ans	2,5	19	4,5	1 049	4,5	1 068
18-29 ans	36,1	278	31,1	7 193	31,3	7 471
30-39 ans	24,7	190	27,0	6 243	26,9	6 433
40-49 ans	15,6	120	15,1	3 501	15,2	3 621
50 ans et plus	14,4	111	14,2	3 272	14,1	3 383
Patients mineurs	9,2	71	12,6	2 922	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	18,6	143	16,4	3 789	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	6,4	49	5,6	1 299	5,6	1 348
Nationalités						
Français	15,0	110	5,6	1 230	5,9	1 340
Étrangers	85,0	623	94,4	20 846	94,1	21 469
Groupe continental						
France	15,0	110	5,6	1 230	5,9	1 340
Union européenne	25,9	190	17,6	3 895	17,9	4 085
Europe (hors UE)	4,2	31	12,7	2 804	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	14,5	106	26,2	5 782	25,8	5 888
Maghreb	37,5	275	22,7	5 012	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,6	4	5,4	1 187	5,2	1 191
Asie	1,2	9	4,2	918	4,1	927
Océanie et Amériques	1,1	8	5,6	1 245	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Maroc	20,7	152	5,5	1 203	5,9	1 355
Roumanie	17,2	126	12,0	2 657	12,2	2 783
France	15,0	110	5,6	1 230	5,9	1 340
Algérie	14,1	103	10,8	2 375	10,9	2 478
Somalie	3,6	26	0,4	78	0,5	104
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,4		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	30,3	190	35,6	7 087	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	32,1	201	31,4	6 244	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	14,8	93	16,1	3 207	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	16,9	106	11,8	2 349	12,0	2 455
10 ans et plus	5,9	37	5,1	1 016	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	27,7	203	30,1	6 441	30,0	6 644
hébergé	5,9	43	13,6	2 919	13,4	2 962
précaire	48,0	352	43,3	9 278	43,4	9 630
sans logement	18,4	135	13,0	2 787	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	24,4	161	25,5	4 677	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	58,5	387	52,2	9 582	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	2,4	16	3,3	615	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	14,7	97	19,0	3 493	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	2,4	12	0,8	130	0,9	142
visa touriste	7,6	37	5,1	823	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	29,7	145	22,8	3 700	23,0	3 845
en situation irrégulière	60,3	295	71,3	11 589	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	3,8	30	7,4	1 702	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	23,8	176	17,3	3 693	17,5	3 869
AME	49,9	369	56,4	12 078	56,2	12 447
droits autre pays européen	5,0	37	3,2	685	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	18,8	139	20,0	4 291	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	2,5	18	3,0	642	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	18,9	99	13,4	2 006	13,6	2 105
droits non ouverts	81,1	424	86,6	12 931	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
468	397	1,6	935	442	2,1	2,3	275	82	3,4	7,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,4	208	60,9	14 511	60,7	14 719
Femmes	47,6	189	39,1	9 331	39,3	9 520
Âge moyen (années)	35,5		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	7,1	28	8,1	1 897	8,0	1 925
10-17 ans	5,6	22	4,4	1 046	4,5	1 068
18-29 ans	30,8	122	31,3	7 349	31,3	7 471
30-39 ans	20,4	81	27,0	6 352	26,9	6 433
40-49 ans	12,6	50	15,2	3 571	15,2	3 621
50 ans et plus	23,5	93	14,0	3 290	14,1	3 383
Patients mineurs	12,6	50	12,5	2 943	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	20,0	79	16,4	3 853	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	12,9	51	5,5	1 297	5,6	1 348
Nationalités						
Français	17,1	68	5,7	1 272	5,9	1 340
Étrangers	82,9	329	94,3	21 140	94,1	21 469
Groupe continental						
France	17,1	68	5,7	1 272	5,9	1 340
Union européenne	20,2	80	17,9	4 005	17,9	4 085
Europe (hors UE)	6,6	26	12,5	2 809	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	11,1	44	26,1	5 844	25,8	5 888
Maghreb	43,8	174	22,8	5 113	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,2	1	5,3	1 190	5,2	1 191
Asie	0,5	2	4,1	925	4,1	927
Océanie et Amériques	0,5	2	5,6	1 251	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Maroc	24,9	99	5,6	1 256	5,9	1 355
France	17,1	68	5,7	1 272	5,9	1 340
Algérie	16,6	66	10,8	2 412	10,9	2 478
Roumanie	13,1	52	12,2	2 731	12,2	2 783
Ex-Yougoslavie	2,5	10	3,4	760	3,4	770
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,6		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	42,5	133	35,4	7 144	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	24,6	77	31,5	6 368	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	12,5	39	16,1	3 261	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	15,0	47	11,9	2 408	12,0	2 455
10 ans et plus	5,4	17	5,1	1 036	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	77,2	302	29,1	6 342	30,0	6 644
hébergé	3,6	14	13,6	2 948	13,4	2 962
précaire	11,8	46	44,0	9 584	43,4	9 630
sans logement	7,4	29	13,3	2 893	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	7,8	27	25,7	4 811	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	78,4	273	51,9	9 696	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	0,3	1	3,4	630	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	13,5	47	19,0	3 543	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1,5	4	0,8	138	0,9	142
visa touriste	23,3	63	4,9	797	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	39,3	106	22,7	3 739	23,0	3 845
en situation irrégulière	35,9	97	71,6	11 787	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,0	8	7,3	1 724	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	29,7	115	17,3	3 754	17,5	3 869
AME	27,3	106	56,7	12 341	56,2	12 447
droits autre pays européen	11,6	45	3,1	677	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	12,6	49	20,1	4 381	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,5	2	0,1	27	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	18,3	71	2,7	589	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	25,3	67	13,4	2 038	13,6	2 105
droits non ouverts	74,7	198	86,6	13 157	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
401	316	1,3	542	346	1,6	1,3

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	44,9	142	60,9	14 577	60,7	14 719
Femmes	55,1	174	39,1	9 346	39,3	9 520
Âge moyen (années)	35,2		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	4,2	13	8,1	1 912	8,0	1 925
10-17 ans	3,3	10	4,5	1 058	4,5	1 068
18-29 ans	32,7	100	31,2	7 371	31,3	7 471
30-39 ans	26,8	82	26,9	6 351	26,9	6 433
40-49 ans	14,7	45	15,2	3 576	15,2	3 621
50 ans et plus	18,3	56	14,1	3 327	14,1	3 383
Patients mineurs	7,5	23	12,6	2 970	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	19,6	60	16,4	3 872	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	8,8	27	5,6	1 321	5,6	1 348
Nationalités						
Français	8,6	26	5,8	1 314	5,9	1 340
Étrangers	91,4	276	94,2	21 193	94,1	21 469
Groupe continental						
France	8,6	26	5,8	1 314	5,9	1 340
Union européenne	8,9	27	18,0	4 058	17,9	4 085
Europe (hors UE)	8,6	26	12,5	2 809	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	51,7	156	25,5	5 732	25,8	5 888
Maghreb	18,9	57	23,2	5 230	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,7	2	5,3	1 189	5,2	1 191
Asie	1,3	4	4,1	923	4,1	927
Océanie et Amériques	1,3	4	5,6	1 249	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Nigéria	13,2	40	0,8	183	1,0	223
Algérie	11,6	35	10,8	2 443	10,9	2 478
Guinée	9,9	30	1,7	391	1,9	421
France	8,6	26	5,8	1 314	5,9	1 340
Roumanie	6,6	20	12,3	2 763	12,2	2 783
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	32,8	86	35,5	7 191	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	26,7	70	31,4	6 375	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	24,1	63	16,0	3 237	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	10,7	28	12,0	2 427	12,0	2 455
10 ans et plus	5,7	15	5,1	1 038	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	33,3	94	30,0	6 550	30,0	6 644
hébergé	9,6	27	13,4	2 935	13,4	2 962
précaire	40,4	114	43,5	9 516	43,4	9 630
sans logement	16,7	47	13,1	2 875	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	4,2	7	25,6	4 831	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	59,9	100	52,3	9 869	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	0,6	1	3,4	630	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	35,3	59	18,7	3 531	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	---	0	0,9	142	0,9	142
visa touriste	22,0	38	5,0	822	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	27,2	47	22,9	3 798	23,0	3 845
en situation irrégulière	50,8	88	71,2	11 796	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	9,8	30	7,2	1 702	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	26,3	65	17,4	3 804	17,5	3 869
AME	49,0	121	56,2	12 326	56,2	12 447
droits autre pays européen	2,4	6	3,3	716	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	13,4	33	20,1	4 397	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	8,9	22	2,9	638	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	38,4	58	13,4	2 047	13,6	2 105
droits non ouverts	61,6	93	86,6	13 262	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
2 598	2 126	8,8	2 389	1 490	1,6	5,8	1 319	651	2,0	34,2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, entretiens psychologiques, kinésithérapie, ophtalmologie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57,6	1 225	61,0	13 494	60,7	14 719
Femmes	42,4	901	39,0	8 619	39,3	9 520
Âge moyen (années)	34,5		32,6		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	6,3	132	8,2	1 793	8,0	1 925
10-17 ans	3,7	77	4,5	991	4,5	1 068
18-29 ans	30,1	635	31,4	6 836	31,3	7 471
30-39 ans	26,0	548	27,0	5 885	26,9	6 433
40-49 ans	17,8	375	14,9	3 246	15,2	3 621
50 ans et plus	16,1	339	14,0	3 044	14,1	3 383
Patients mineurs	9,9	209	12,8	2 784	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	15,2	319	16,6	3 613	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	7,0	147	5,5	1 201	5,6	1 348
Nationalités						
Français	3,9	82	6,1	1 258	5,9	1 340
Étrangers	96,1	2 036	93,9	19 433	94,1	21 469
Groupe continental						
France	3,9	82	6,1	1 258	5,9	1 340
Union européenne	14,6	309	18,2	3 776	17,9	4 085
Europe (hors UE)	18,7	395	11,8	2 440	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	19,9	422	26,4	5 466	25,8	5 888
Maghreb	34,7	735	22,0	4 552	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	0,9	19	5,7	1 172	5,2	1 191
Asie	6,1	129	3,9	798	4,1	927
Océanie et Amériques	1,2	25	5,9	1 228	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	18,8	399	4,5	937	5,9	1 336
Russie-Tchéquie	10,4	220	1,7	346	2,5	566
Cap-Vert	7,9	168	0,3	51	1,0	219
Maroc	7,8	165	5,8	1 190	5,9	1 355
Algérie	7,2	153	11,2	2 325	10,9	2 478
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,2		1,9		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	22,1	439	36,9	6 838	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	29,2	580	31,6	5 865	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	22,2	441	15,4	2 859	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	18,3	364	11,3	2 091	12,0	2 455
10 ans et plus	8,2	164	4,8	889	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	51,8	1 085	27,7	5 559	30,0	6 644
hébergé	9,5	198	13,8	2 764	13,4	2 962
précaire	29,1	610	44,9	9 020	43,4	9 630
sans logement	9,6	201	13,6	2 721	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	7,0	133	27,5	4 705	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	76,3	1 457	49,7	8 512	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	1,8	34	3,5	597	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	14,9	284	19,3	3 306	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	2,1	37	0,7	105	0,9	142
visa touriste	2,5	46	5,5	814	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	22,9	413	23,0	3 432	23,0	3 845
en situation irrégulière	72,5	1 310	70,8	10 574	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	9,9	210	7,0	1 522	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	20,9	439	17,1	3 430	17,5	3 869
AME	62,3	1 307	55,5	11 140	56,2	12 447
droits autre pays européen	3,4	71	3,3	651	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	12,0	252	20,8	4 178	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,5	10	0,1	19	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	0,9	20	3,2	640	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	13,9	248	13,6	1 857	13,6	2 105
droits non ouverts	86,1	1 540	86,4	11 815	86,4	13 355

→ PARIS

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
4 090	2 844	11,7	6 195	3 400	1,8	15,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie, gynécologie, ophtalmologie/optique et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	58,1	1 648	61,1	13 071	60,7	14 719
Femmes	41,9	1 188	38,9	8 332	39,3	9 520
Âge moyen (années)	36,6		32,3		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	3,3	92	8,7	1 833	8,0	1 925
10-17 ans	3,8	108	4,5	960	4,5	1 068
18-29 ans	27,3	768	31,8	6 703	31,3	7 471
30-39 ans	27,7	780	26,8	5 653	26,9	6 433
40-49 ans	18,5	520	14,7	3 101	15,2	3 621
50 ans et plus	19,4	544	13,5	2 839	14,1	3 383
Patients mineurs	7,1	200	13,2	2 793	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	13,7	384	16,8	3 548	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	7,8	220	5,4	1 128	5,6	1 348
Nationalités						
Français	1,5	40	6,5	1 300	5,9	1 340
Étrangers	98,5	2 708	93,5	18 761	94,1	21 469
Groupe continental						
France	1,5	40	6,5	1 300	5,9	1 340
Union européenne	5,7	156	19,6	3 929	17,9	4 085
Europe (hors UE)	11,2	308	12,6	2 527	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	53,4	1 468	22,1	4 420	25,8	5 888
Maghreb	16,1	444	24,1	4 843	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	4,5	124	5,3	1 067	5,2	1 191
Asie	5,7	156	3,8	771	4,1	927
Océanie et Amériques	1,9	52	6,0	1 201	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Cameroun	16,5	452	2,1	423	3,8	875
Côte d'Ivoire	10,8	296	2,1	421	3,1	717
Algérie	8,2	224	11,2	2 254	10,9	2 478
Mali	6,1	168	1,5	303	2,1	471
Maroc	4,4	120	6,2	1 235	5,9	1 355
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	37,8	1 008	35,1	6 269	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	30,9	824	31,5	5 621	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	11,5	308	16,7	2 992	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	13,3	356	11,8	2 099	12,0	2 455
10 ans et plus	6,5	172	4,9	881	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	19,2	516	31,5	6 128	30,0	6 644
hébergé	19,2	516	12,6	2 446	13,4	2 962
précaire	49,4	1 324	42,6	8 306	43,4	9 630
sans logement	12,2	328	13,3	2 594	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	24,4	616	25,6	4 222	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	57,1	1 440	51,7	8 529	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	0,8	20	3,7	611	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	17,6	444	19,0	3 146	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,2	4	1,0	138	0,9	142
visa touriste	4,7	112	5,2	748	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	18,3	436	23,7	3 409	23,0	3 845
en situation irrégulière	76,8	1 824	70,1	10 060	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	6,4	176	7,4	1 556	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	12,6	340	18,1	3 529	17,5	3 869
AME	57,1	1 548	56,0	10 899	56,2	12 447
droits autre pays européen	1,2	32	3,5	690	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	26,7	724	19,1	3 706	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,2	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	2,4	64	3,1	596	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	20,1	368	12,7	1 737	13,6	2 105
droits non ouverts	79,9	1 460	87,3	11 895	86,4	13 355



Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
278	243	1,0	746	277	2,7	1,8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55,1	134	60,8	14 585	60,7	14 719
Femmes	44,9	109	39,2	9 411	39,3	9 520
Âge moyen (années)	33,8		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	9,7	23	8,0	1 902	8,0	1 925
10-17 ans	6,4	15	4,5	1 053	4,5	1 068
18-29 ans	28,4	67	31,3	7 404	31,3	7 471
30-39 ans	17,8	42	27,0	6 391	26,9	6 433
40-49 ans	16,1	38	15,1	3 583	15,2	3 621
50 ans et plus	21,6	51	14,1	3 332	14,1	3 383
Patients mineurs	16,1	38	12,5	2 955	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	18,4	44	16,4	3 888	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	6,4	15	5,6	1 333	5,6	1 348
Nationalités						
Français	32,1	77	5,6	1 263	5,9	1 340
Étrangers	67,9	163	94,4	21 306	94,1	21 469
Groupe continental						
France	32,1	77	5,6	1 263	5,9	1 340
Union européenne	26,3	63	17,8	4 022	17,9	4 085
Europe (hors UE)	19,2	46	12,4	2 789	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	9,2	22	26,0	5 866	25,8	5 888
Maghreb	10,8	26	23,3	5 261	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,2	3	5,3	1 188	5,2	1 191
Asie	---	0	4,1	927	4,1	927
Océanie et Amériques	1,2	3	5,5	1 250	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
France	32,1	77	5,6	1 263	5,9	1 340
Roumanie	13,8	33	12,2	2 750	12,2	2 783
Russie-Tchéchénie	11,7	28	2,4	538	2,5	566
Maroc	8,3	20	5,9	1 335	5,9	1 355
Pologne	5,4	13	0,4	93	0,5	106
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,7		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	54,5	90	35,3	7 187	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	11,5	19	31,5	6 426	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	14,6	24	16,1	3 276	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	12,1	20	12,0	2 435	12,0	2 455
10 ans et plus	7,3	12	5,1	1 041	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	37,0	90	29,9	6 554	30,0	6 644
hébergé	24,3	59	13,2	2 903	13,4	2 962
précaire	24,7	60	43,7	9 570	43,4	9 630
sans logement	14,0	34	13,2	2 888	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	19,6	41	25,5	4 797	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	49,3	103	52,4	9 866	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	6,2	13	3,3	618	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	24,9	52	18,8	3 538	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	8,0	10	0,8	132	0,9	142
visa touriste	7,2	9	5,1	851	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	32,8	41	22,9	3 804	23,0	3 845
en situation irrégulière	52,0	65	71,2	11 819	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	4,2	10	7,3	1 722	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	42,6	103	17,2	3 766	17,5	3 869
AME	27,3	66	56,5	12 381	56,2	12 447
droits autre pays européen	3,3	8	3,3	714	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	23,5	57	19,9	4 373	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	3,3	8	3,0	652	3,0	660
Droits effectif (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	28,2	49	13,5	2 056	13,6	2 105
droits non ouverts	71,8	125	86,5	13 230	86,4	13 355

 **ROUEN**
Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
633	552	2,3	1 072	606	1,8	2,6	51	46	1,1	1,3

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire

Caractéristiques des patients

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,8	329	60,7	14 390	60,7	14 719
Femmes	40,2	221	39,3	9 299	39,3	9 520
Âge moyen (années)	34,8		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	5,2	28	8,1	1 897	8,0	1 925
10-17 ans	4,1	22	4,5	1 046	4,5	1 068
18-29 ans	32,6	175	31,2	7 296	31,3	7 471
30-39 ans	27,6	148	26,9	6 285	26,9	6 433
40-49 ans	10,6	57	15,3	3 564	15,2	3 621
50 ans et plus	19,9	107	14,0	3 276	14,1	3 383
Patients mineurs	9,3	50	12,6	2 943	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	16,4	88	16,4	3 844	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	8,0	43	5,6	1 305	5,6	1 348
Nationalités						
Français	13,7	75	5,7	1 265	5,9	1 340
Étrangers	86,3	473	94,3	20 996	94,1	21 469
Groupe continental						
France	13,7	75	5,7	1 265	5,9	1 340
Union européenne	9,3	51	18,1	4 034	17,9	4 085
Europe (hors UE)	6,0	33	12,6	2 802	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	31,6	173	25,7	5 715	25,8	5 888
Maghreb	36,5	200	22,8	5 087	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,6	9	5,3	1 182	5,2	1 191
Asie	0,7	4	4,2	923	4,1	927
Océanie et Amériques	0,6	3	5,6	1 250	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Algérie	18,4	101	10,7	2 377	10,9	2 478
France	13,7	75	5,7	1 265	5,9	1 340
Congo-Brazzaville	9,1	50	1,5	325	1,6	375
Maroc	8,6	47	5,9	1 308	5,9	1 355
Tunisie	7,7	42	5,8	1 294	5,9	1 336
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,5		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	50,9	228	35,1	7 049	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	23,2	104	31,6	6 341	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	11,0	49	16,2	3 251	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	11,8	53	11,9	2 402	12,0	2 455
10 ans et plus	3,1	14	5,2	1 039	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	41,0	211	29,7	6 433	30,0	6 644
hébergé	11,1	57	13,4	2 905	13,4	2 962
précaire	29,2	150	43,8	9 480	43,4	9 630
sans logement	18,7	96	13,1	2 826	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	8,9	37	25,8	4 801	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	65,7	274	52,1	9 695	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	4,6	19	3,3	612	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	20,8	87	18,8	3 503	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,3	1	0,8	141	0,9	142
visa touriste	11,6	42	5,0	818	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	32,7	118	22,8	3 727	23,0	3 845
en situation irrégulière	55,4	200	71,4	11 684	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	8,0	42	7,2	1 690	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	32,9	172	17,1	3 697	17,5	3 869
AME	26,4	138	56,9	12 309	56,2	12 447
droits autre pays européen	5,0	26	3,2	696	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	28,0	146	19,8	4 284	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	7,7	40	2,9	620	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	15,0	46	13,6	2 059	13,6	2 105
droits non ouverts	85,0	261	86,4	13 094	86,4	13 355

→ SAINT-DENIS

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
5 959	4 894	20,2	5 632	3 576	1,6	13,8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire (en partenariat), entretiens psychologiques, gynécologie, ophtalmologie, pneumologie (en partenariat) et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	69,9	3 405	58,4	11 314	60,7	14 719
Femmes	30,1	1 469	41,6	8 051	39,3	9 520
Âge moyen (années)	32,6		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	3,0	147	9,3	1 778	8,0	1 925
10-17 ans	2,7	129	4,9	939	4,5	1 068
18-29 ans	39,0	1 883	29,3	5 588	31,3	7 471
30-39 ans	31,3	1 510	25,8	4 923	26,9	6 433
40-49 ans	14,5	699	15,3	2 922	15,2	3 621
50 ans et plus	9,5	459	15,4	2 924	14,1	3 383
Patients mineurs	5,7	276	14,2	2 717	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	18,6	898	15,9	3 034	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	3,5	167	6,2	1 181	5,6	1 348
Nationalités						
Français	0,3	15	7,3	1 325	5,9	1 340
Étrangers	99,7	4 521	92,7	16 948	94,1	21 469
Groupe continental						
France	0,3	15	7,2	1 325	5,9	1 340
Union européenne	19,9	904	17,4	3 181	17,9	4 085
Europe (hors UE)	11,9	538	12,6	2 297	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	27,0	1 227	25,5	4 661	25,8	5 888
Maghreb	9,1	413	26,7	4 874	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	20,0	906	1,6	285	5,2	1 191
Asie	11,4	517	2,2	410	4,1	927
Océanie et Amériques	0,4	16	6,8	1 237	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	18,9	855	10,6	1 928	12,2	2 783
Pakistan	15,2	691	0,3	57	3,3	748
Inde	10,7	486	0,4	64	2,4	550
Moldavie	10,3	466	0,4	68	2,3	534
Côte d'Ivoire	6,2	283	2,4	434	3,1	717
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,4		2,2		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	21,5	861	38,8	6 416	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	50,0	2 005	26,9	4 440	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	17,5	700	15,7	2 600	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	8,2	327	12,9	2 128	12,0	2 455
10 ans et plus	2,8	114	5,7	939	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	20,7	812	31,9	5 832	30,0	6 644
hébergé	3,6	140	15,5	2 822	13,4	2 962
précaire	69,4	2 721	37,9	6 909	43,4	9 630
sans logement	6,3	245	14,7	2 677	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	47,1	1 741	20,2	3 097	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	44,4	1 642	54,3	8 327	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	0,9	32	3,9	599	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	7,6	282	21,6	3 308	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0,3	10	1,0	132	0,9	142
visa touriste	2,5	89	5,9	771	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	8,6	308	26,9	3 537	23,0	3 845
en situation irrégulière	88,6	3 172	66,2	8 712	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,0	97	8,6	1 635	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	2,7	110	20,7	3 759	17,5	3 869
AME	78,7	3 180	51,2	9 267	56,2	12 447
droits autre pays européen	0,5	22	3,9	700	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	17,2	696	20,6	3 734	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,2	8	0,1	21	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	0,7	26	3,5	634	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	2,6	78	16,2	2 027	13,6	2 105
droits non ouverts	97,4	2 890	83,8	10 465	86,4	13 355

→ STRASBOURG

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
1 012	729	3,0	1 966	830	2,3	4,7	844	286	3,0	21,9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, entretiens psychologiques, gynécologie, ophtalmologie (en partenaire), pneumologie (en partenariat), podologie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	61,5	446	60,7	14 273	60,7	14 719
Femmes	38,5	279	39,3	9 241	39,3	9 520
Âge moyen (années)	33,5		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	7,4	53	8,1	1 872	8,0	1 925
10-17 ans	11,6	83	4,2	985	4,5	1 068
18-29 ans	24,2	173	31,5	7 298	31,3	7 471
30-39 ans	23,8	170	27,0	6 263	26,9	6 433
40-49 ans	14,5	103	15,2	3 518	15,2	3 621
50 ans et plus	18,5	132	14,0	3 251	14,1	3 383
Patients mineurs	19,1	136	12,3	2 857	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	16,5	118	16,5	3 814	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	8,3	59	5,6	1 289	5,6	1 348
Nationalités						
Français	2,9	20	6,0	1 320	5,9	1 340
Étrangers	97,1	679	94,0	20 790	94,1	21 469
Groupe continental						
France	2,9	20	6,0	1 320	5,9	1 340
Union européenne	31,3	219	17,5	3 866	17,9	4 085
Europe (hors UE)	10,2	71	12,5	2 764	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	23,3	163	25,9	5 725	25,8	5 888
Maghreb	29,0	203	23,0	5 084	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,2	8	5,4	1 183	5,2	1 191
Asie	1,7	12	4,1	915	4,1	927
Océanie et Amériques	0,4	3	5,6	1 250	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	19,9	139	12,0	2 644	12,2	2 783
Algérie	19,0	133	10,6	2 345	10,9	2 478
Maroc	8,6	60	5,9	1 295	5,9	1 355
Cameroun	7,2	50	3,7	825	3,8	875
Ex-Yougoslavie	4,9	34	3,3	736	3,4	770
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,0		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	43,3	290	35,2	6 987	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	23,0	154	31,7	6 291	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	16,1	108	16,1	3 192	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	12,7	85	11,9	2 370	12,0	2 455
10 ans et plus	4,9	33	5,1	1 020	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	23,8	165	30,2	6 479	30,0	6 644
hébergé	12,6	87	13,4	2 875	13,4	2 962
précaire	42,9	297	43,5	9 333	43,4	9 630
sans logement	20,7	143	12,9	2 779	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	31,3	177	25,2	4 661	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	45,0	255	52,6	9 714	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	1,4	8	3,4	623	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	22,3	126	18,8	3 464	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	2,5	12	0,8	130	0,9	142
visa touriste	12,9	63	4,9	797	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	21,8	106	23,0	3 739	23,0	3 845
en situation irrégulière	62,8	306	71,3	11 578	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	3,9	28	7,4	1 704	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	10,1	69	17,7	3 800	17,5	3 869
AME	55,3	380	56,2	12 067	56,2	12 447
droits autre pays européen	4,2	29	3,2	693	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	23,4	161	19,9	4 269	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	0,4	3	0,1	26	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	6,6	45	2,9	615	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	7,6	31	13,8	2 074	13,6	2 105
droits non ouverts	92,4	379	86,2	12 976	86,4	13 355

→ TOULOUSE

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de cs médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nombre de cs dentaires	Nombre de patients reçus en cs dentaire	Nombre moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
829	724	3,0	926	555	1,7	2,3	23	22	1,0	0,6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	65,7	471	60,6	14 248	60,7	14 719
Femmes	34,3	246	39,4	9 274	39,3	9 520
Âge moyen (années)	37,4		32,7		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	3,7	26	8,2	1 899	8,0	1 925
10-17 ans	2,1	15	4,5	1 053	4,5	1 068
18-29 ans	27,6	194	31,4	7 277	31,3	7 471
30-39 ans	27,8	196	26,9	6 237	26,9	6 433
40-49 ans	18,6	131	15,0	3 490	15,2	3 621
50 ans et plus	20,2	142	14,0	3 241	14,1	3 383
Patients mineurs	5,8	41	12,7	2 952	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	12,8	90	16,6	3 842	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	9,8	69	5,5	1 279	5,6	1 348
Nationalités						
Français	16,4	114	5,5	1 226	5,9	1 340
Étrangers	83,6	580	94,5	20 889	94,1	21 469
Groupe continental						
France	16,4	114	5,5	1 226	5,9	1 340
Union européenne	18,3	127	17,9	3 958	17,9	4 085
Europe (hors UE)	5,5	38	12,7	2 797	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	24,2	168	25,9	5 720	25,8	5 888
Maghreb	30,2	209	23,0	5 078	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	1,7	12	5,3	1 179	5,2	1 191
Asie	2,6	18	4,1	909	4,1	927
Océanie et Amériques	1,0	7	5,6	1 246	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
Algérie	16,7	116	10,7	2 362	10,9	2 478
France	16,4	114	5,5	1 226	5,9	1 340
Maroc	9,9	69	5,8	1 286	5,9	1 355
Roumanie	8,9	62	12,3	2 721	12,2	2 783
Rép. dém. du Congo	4,8	33	1,2	261	1,3	294
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,4		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	43,3	223	35,2	7 054	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	26,1	134	31,5	6 311	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	14,8	76	16,1	3 224	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	8,4	43	12,1	2 412	12,0	2 455
10 ans et plus	7,4	38	5,1	1 015	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	24,8	149	30,1	6 495	30,0	6 644
hébergé	15,5	93	13,3	2 869	13,4	2 962
précaire	34,5	207	43,7	9 423	43,4	9 630
sans logement	25,2	151	12,9	2 771	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	20,7	99	25,5	4 739	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	41,2	197	52,7	9 772	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	4,2	20	3,3	611	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	33,9	162	18,5	3 428	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1,6	7	0,8	135	0,9	142
visa touriste	10,7	46	5,0	814	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	37,1	159	22,6	3 686	23,0	3 845
en situation irrégulière	50,6	217	71,6	11 667	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	9,2	66	7,2	1 666	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	37,0	207	17,0	3 662	17,5	3 869
AME	37,8	212	56,7	12 235	56,2	12 447
droits autre pays européen	8,6	48	3,1	674	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	10,5	59	20,2	4 371	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	6,1	34	2,9	626	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	28,9	110	13,2	1 995	13,6	2 105
droits non ouverts	71,1	270	86,8	13 085	86,4	13 355

→ VALENCIENNES

Activité 2012

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	% de l'ensemble des consultations nationales
424	270	1,1	741	391	1,9	1,8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

Caractéristiques des patients

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	60,6	163	60,7	14 556	60,7	14 719
Femmes	39,4	106	39,3	9 414	39,3	9 520
Âge moyen (années)	30,8		32,8		32,8	
Classes d'âge						
< 10 ans	10,8	29	8,0	1 896	8,0	1 925
10-17 ans	7,5	20	4,4	1 048	4,5	1 068
18-29 ans	31,0	83	31,3	7 388	31,3	7 471
30-39 ans	22,4	60	27,0	6 373	26,9	6 433
40-49 ans	14,9	40	15,1	3 581	15,2	3 621
50 ans et plus	13,4	36	14,2	3 347	14,1	3 383
Patients mineurs	18,3	49	12,5	2 944	12,5	2 993
Les jeunes de 16-24 ans	23,5	63	16,4	3 869	16,4	3 932
Les patients de 60 ans et plus	4,5	12	5,7	1 336	5,6	1 348
Nationalités						
Français	41,2	106	5,5	1 234	5,9	1 340
Étrangers	58,8	151	94,5	21 318	94,1	21 469
Groupe continental						
France	41,2	106	5,5	1 234	5,9	1 340
Union européenne	10,1	26	18,0	4 059	17,9	4 085
Europe (hors UE)	5,1	13	12,5	2 822	12,4	2 835
Afrique subsaharienne	14,4	37	25,9	5 851	25,8	5 888
Maghreb	28,0	72	23,1	5 215	23,2	5 287
Proche et Moyen-Orient	---	0	5,3	1 191	5,2	1 191
Asie	0,8	2	4,1	925	4,1	927
Océanie et Amériques	0,4	1	5,6	1 252	5,5	1 253
Nationalités les plus représentées						
France	41,2	106	5,5	1 234	5,9	1 340
Algérie	18,7	48	10,8	2 430	10,9	2 478
Roumanie	7,4	19	12,3	2 764	12,2	2 783
Maroc	6,6	17	5,9	1 338	5,9	1 355
Congo-Brazzaville	5,1	13	1,6	362	1,6	375
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,8		2,0		2,0	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	44,8	39	35,4	7 238	35,4	7 277
3 mois à moins de 1 an	21,9	19	31,4	6 426	31,4	6 445
1 an à moins de 3 ans	12,6	11	16,1	3 289	16,1	3 300
3 ans à moins de 10 ans	8,1	7	12,0	2 448	12,0	2 455
10 ans et plus	12,6	11	5,1	1 042	5,1	1 053

Logement et domiciliation

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
fixe	23,0	46	30,0	6 598	30,0	6 644
hébergé	37,5	75	13,2	2 887	13,4	2 962
précaire	10,0	20	43,8	9 610	43,4	9 630
sans logement	29,5	59	13,0	2 863	13,2	2 922
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	5,1	4	25,5	4 834	25,4	4 838
dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	25,3	20	52,5	9 949	52,4	9 969
domiciliation réalisée par un CCAS	---	0	3,3	631	3,3	631
domiciliation réalisée par une association	69,6	55	18,7	3 535	18,9	3 590

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1,5	1	0,9	141	0,9	142
visa touriste	7,6	5	5,1	855	5,1	860
titre séjour valide ou RDV préfecture	42,4	28	22,9	3 817	23,0	3 845
en situation irrégulière	48,5	32	71,1	11 852	71,0	11 884
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	1,1	3	7,3	1 729	7,3	1 732

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	41,2	56	17,3	3 813	17,5	3 869
AME	55,9	76	56,2	12 371	56,2	12 447
droits autre pays européen	---	0	3,3	722	3,2	722
pas de droits (critère de résidence)	2,9	4	20,1	4 426	20,0	4 430
pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,1	29	0,1	29
aucun droit (visa touriste)	---	0	3,0	660	3,0	660
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
droits ouverts	13,0	6	13,6	2 099	13,6	2 105
droits non ouverts	87,0	40	86,4	13 315	86,4	13 355

MÉDECINS DU MONDE

Direction des Missions France
Observatoire de l'accès aux soins
62, rue Marcadet - 75018 Paris
tél : 01 44 92 16 01
fax : 01 44 92 99 92
dmf@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

CONCEPTION GRAPHIQUE

ET RÉALISATION :

Christel Andrieu
c.andrieu@orsmip.org

CONCEPTION GRAPHIQUE COUVERTURE :

Graziano Mannu
www.loew.fr

PHOTO DE COUVERTURE :

© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour Mdm

RELECTURE :

Lionel Blot lionelblot@orange.fr

IMPRESSION :

CENTR'IMPRIM
Rue Denis Papin
Z.I. La Molière BP 16
36101 Issoudun Cedex
02 54 03 31 32
www.centrimprim.fr

En collaboration avec :

