

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE
EN FRANCE

SYNTHÈSE
20
17



ÉDITO

Dix-huitième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins : dix-huitième répétition des constats implacables tirés de nos actions quotidiennes en France. Comment ne pas redire les mêmes mots et déplorer les mêmes manques que les années précédentes ? Ce constat ne change pas : les plus précaires sont aussi les plus mal soignés. Les progrès sont faibles, les reculs et les menaces sont là.

Les personnes reçues dans les programmes de Médecins du Monde sont parmi ceux qui vivent dans les pires situations de précarité dans notre pays. La précarité, c'est l'incertitude absolue sur l'avenir qui provient de l'absence de certaines sécurités – le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'accès à l'instruction, à la culture, les liens familiaux et sociaux... Elle peut mener à la très grande pauvreté lorsque ces fragilités se cumulent...

L'accès à la santé et aux soins est fortement influencé par ces phénomènes : en exposant les personnes à des conditions de vie difficiles, la pauvreté les fragilise et peut entraîner des problèmes de santé, liés notamment à un environnement quotidien dégradé (logements insalubres, vie à la rue...). L'instabilité dans laquelle vivent les personnes en précarité les plonge dans un fonctionnement de survie où la santé passe souvent après les besoins vitaux et immédiats : un abri, un repas...

L'absence de droits pour certaines populations ou leur non-application, le découragement des personnes amenant au non-recours à leurs droits contribuent à exclure ces personnes pauvres et précaires du système de santé.

Sans couverture maladie, pas de sésame pour l'accès aux soins. La lutte contre l'exclusion, la pauvreté, la précarité et le combat pour la santé pour tous sont ainsi intimement liés.

En septembre 2017, la ministre de la Santé nouvellement nommée a piloté l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale de santé. Puis en décembre de la même année, c'est la concertation pour la stratégie de lutte contre la pauvreté qui a été annoncée par le gouvernement. Médecins du Monde a interpellé la ministre sur l'importance de rapprocher ces dynamiques et de prendre des mesures importantes pour rendre le système de soins enfin réellement accessible à tous, de ne pas ignorer l'interdépendance de ces sujets. Malgré cela, la lutte pour l'accès aux soins des plus précaires est peu ambitieuse dans la stratégie nationale de santé ; les questions de santé ont eu une place mineure dans la concertation pour la stratégie pauvreté, alors que l'accès aux soins des plus précaires continue à se dégrader. Il manque encore de vraies décisions fortes montrant que les pouvoirs publics ont conscience de cette urgence.

Nous continuons, et nous continuerons, de porter l'idée qu'un système de soins inclusif passe par un accès simplifié et sans obstacle à l'assurance maladie pour tous : l'Aide médicale

d'État (AME) doit disparaître au profit d'un régime général de la Sécurité sociale plus accessible et étendu à l'ensemble des personnes résidentes de notre pays. En juin 2018, les débats au Sénat portant sur la loi Asile et immigration ont montré à nouveau que ce dispositif, qui a permis jusqu'à aujourd'hui de faire face aux besoins en santé des étrangers précaires, restait très fragile et était régulièrement menacé. L'amendement voté par le Sénat et qui réduisait l'AME à une aide d'urgence n'a été finalement repoussé qu'au terme d'une intervention *in extremis* de la ministre de la Santé. Mais nous ne doutons pas que d'autres attaques viendront. Nous savons que le risque demeurera tant que le droit à la santé sera minoré pour les étrangers précaires, que sa légitimité sera perpétuellement questionnée au mépris des principes de la santé publique.

Cette année 2017 et le début de l'année 2018 ont été marqués par les effets de la crise de l'accueil des exilés en France : effets politiques avec la loi Asile et immigration et la position dure d'un gouvernement qui continue à parler de « submersion » quand les chiffres le démentent, effets humains avec un nouveau recul des droits pour les exilés. Ces postures et ces choix contribuent à accentuer la précarité de ces personnes qui ont connu, pour nombre d'entre elles, un parcours migratoire violent. Cette précarité fragilise un peu plus des itinéraires humains aux fêlures multiples. Les équipes de Médecins du Monde ont constaté, au cours de cette année, les conséquences de l'absence d'accueil digne et inconditionnel sur les personnes accueillies dans nos programmes : grandes difficultés pour accéder à des soins adaptés, renoncement aux soins, refus de soins, vie à la rue, dans des campements insalubres entraînant santé somatique dégradée et santé psychique fragilisée.

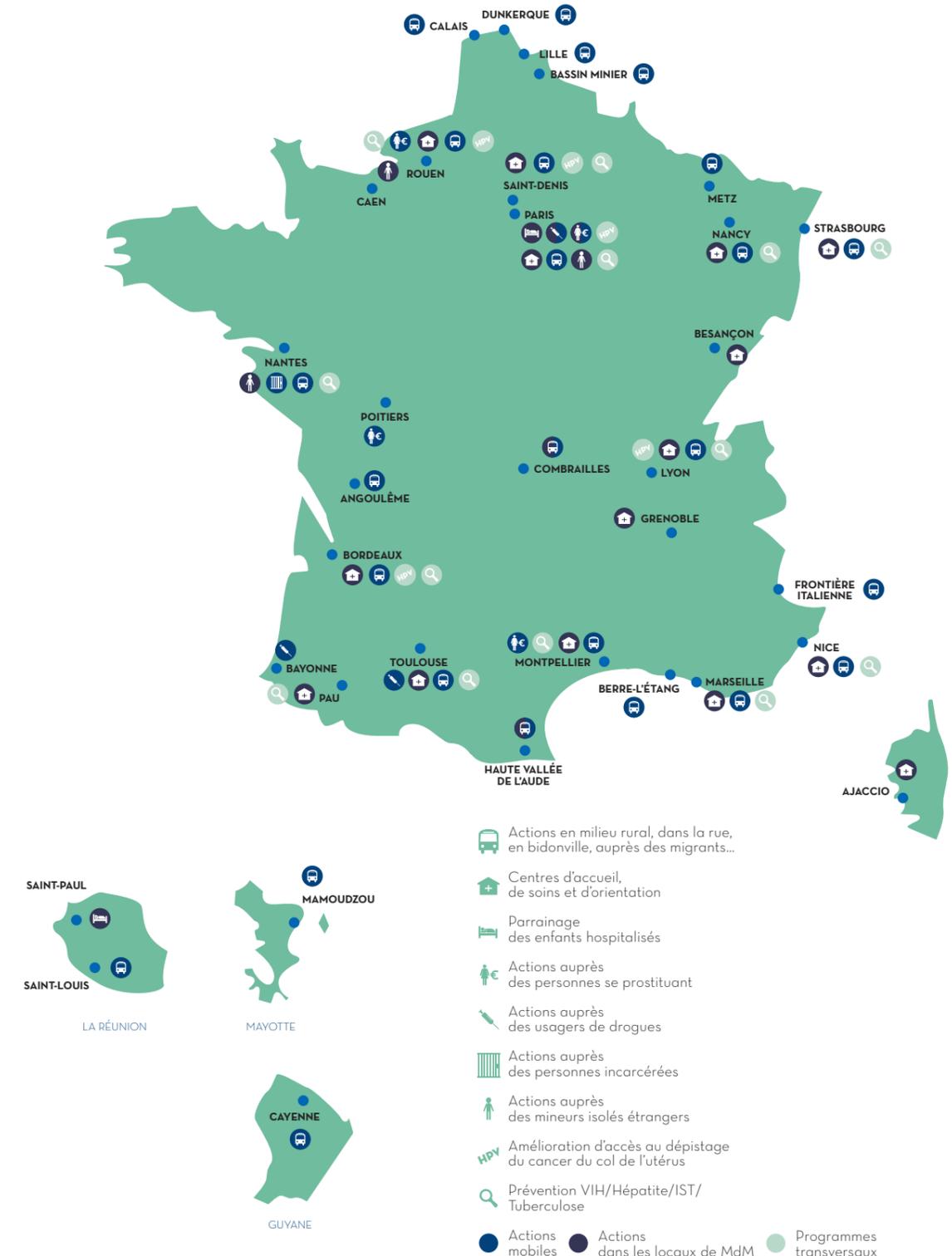
La santé n'est pas un sujet accessoire, parallèle à la lutte contre les inégalités. De même, l'accueil des migrants nous dit aussi comment une société considère les personnes en précarité, les étrangers pauvres, qui cumulent ces facteurs de rejet : être étranger, être pauvre. Si une partie de la société jette sur eux un regard de rejet de plus en plus décomplexé, d'autres se dressent pour faire mentir les commentateurs résignés et se mobilisent pour accueillir et aider.

Les acteurs de Médecins du Monde, en agissant auprès, pour et avec les personnes, pauvres, précaires, migrantes, exclues du système, soulèvent la question de l'efficacité et de la cohérence entre les politiques mises en œuvre, de l'insuffisance de vraies mesures qui ont un impact sur le renoncement aux soins et les inégalités de santé.

Ces constats interrogent aussi la volonté et le courage de nos responsables politiques à lutter réellement contre les inégalités au sein de notre société.

Yannick Le Bihan
Directeur des Opérations France
Médecins du Monde

LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE



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

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

En 2017, Médecins du Monde France mène 61 programmes dans plus d'une trentaine de villes en France.

15 CENTRES D'ACCUEIL

En 2017, **15 Caso** assurent un accès aux soins pour les personnes vulnérables exclues du système de santé français. Ce sont des structures « à bas seuil d'exigence » qui accueillent le public sans condition et sans rendez-vous. Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des prises en charge adaptées, assurent les orientations nécessaires et les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun lorsque c'est possible.

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

46 ACTIONS DE PROXIMITÉ

Ces programmes de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller au-devant des personnes qui ne peuvent, quel qu'en soit le motif, faire la démarche de venir d'elles-mêmes dans des structures fixes. Ils s'adressent en particulier aux personnes à la rue, en squat ou bidonville, aux migrants en transit, aux usagers de drogues et aux travailleurs du sexe (TdS).

Aller vers les sans-domicile et les mal-logés : MdM assure des consultations médico-sociales dans la rue, dans des centres d'hébergement d'urgence et en partenariat avec d'autres associations. À partir de sa mobilisation sur le terrain, l'association témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal-logement : épuisement, stress, mauvaise alimentation, difficultés d'accès à l'hygiène, ruptures de traitements médicamenteux, problèmes d'addiction ou de santé mentale...

Par ailleurs, MdM assure auprès des populations vivant en bidonville une veille sanitaire, oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions de vie sur les terrains (accès à l'eau potable, gestion des déchets...). En 2017, MdM menait 12 programmes auprès des personnes à la rue, 13 auprès des personnes en bidonville ou en squat et 3 auprès des migrants en transit (à la frontière franco-italienne, à Paris et sur le littoral des Hauts-de-France, à Calais et Dunkerque).

Un programme spécifique en direction **des mineurs non accompagnés (MNA)** a été mis en place à Paris pour les assister dans leurs démarches, dès 2015. Puis deux autres programmes spécifiques MNA ont été développés en Normandie (Caen et Rouen) et à Nantes, au cours de l'année 2016.

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

MdM intervient **auprès des travailleurs du sexe** dans cinq villes de France (Montpellier, Nantes dont le programme a été transféré en avril 2017, Paris, Poitiers et Rouen). Ces programmes assurent des tournées nocturnes et/ou diurnes sur les lieux de travail afin de mettre à disposition du matériel de prévention et d'offrir un espace d'écoute et d'information sur les risques liés à l'activité prostitutionnelle, en particulier l'exposition aux violences et aux IST et sur les droits des personnes. Deux équipes proposent également des permanences en lieu fixe afin de proposer un suivi plus individualisé, en dehors des lieux et des heures de travail.

Enfin, depuis 2014, MdM développe en partenariat² un programme expérimental auprès des **personnes détenues** au centre de détention et à la maison d'arrêt de Nantes dans l'objectif de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès aux soins, dans le cadre d'une démarche de santé communautaire en milieu carcéral.

PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS

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

Depuis 1988, un programme de parrainage pour des enfants hospitalisés a été développé dans les hôpitaux d'Île-de-France, puis de la Guyane et, depuis 2013, à La Réunion. Le parrainage permet d'aider les enfants isolés de leur famille à affronter la maladie et les éventuels troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation. En 2017, 118 enfants ont été parrainés.

DEUX PROGRAMMES TRANSVERSAUX DE PRÉVENTION

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

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

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

UN PROGRAMME NATIONAL XBT (ANALYSE DE DROGUES) ET UN PROGRAMME D'ÉDUCATION AUX RISQUES LIÉS À L'INJECTION (ERLI)

La mission XBT (xenobiotropisme), conçue autour de l'analyse de drogues par chromatographie sur couche mince (CCM) et développée depuis mai 2000 au niveau national, a pour but d'améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs consommés ou allant l'être. Ainsi, elle contribue à limiter et à prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de produits.

Dans l'optique de transférer ce programme, MdM a commencé à créer un réseau de partenariats officiels avec des structures accompagnant les usagers de drogues. En 2017, MdM comptait 40 partenaires répartis sur l'ensemble du territoire français, dont 3 partenaires autonomes (Île-de-France, région Centre-Val de Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) sur la pratique de l'analyse des drogues ayant acquis leur propre laboratoire d'analyse par CCM.

En janvier 2017, MdM a fermé son **programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (Erl)** dont l'objectif était de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse. Ce programme proposait aux usagers de drogues des séances éducatives centrées sur la santé, au cours desquelles des intervenants travaillaient avec un usager et à partir de ses pratiques. En effet, ce dispositif est désormais inscrit dans la loi de Modernisation du système de santé adoptée en janvier 2016 et a vocation à se déployer dans les structures de droit commun.

(2) Avec l'administration pénitentiaire, le service médico-psychiatrique régional (SMPR), le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et l'unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa).



RÉSUMÉ

► **En 2017, Médecins du Monde (MdM) compte 61 programmes dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion, dont l'objectif est de promouvoir ou de faciliter leur accès aux droits et aux soins. Nos équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurer la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.**

LES PERSONNES RENCONTRÉES AU SEIN DES CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATIONS (CASO)

En 2017, **24 338 personnes ont été accueillies dans les Caso de MdM**. Les besoins en santé constituent le motif de visite pour 84,6 % des personnes et 28 % d'entre elles s'adressent au Caso pour les questions d'ordre administratif, juridique et social. Il s'agit d'une population jeune et majoritairement masculine (moyenne d'âge 32,7 ans ; 63 % d'homme). Parmi les personnes accueillies, 96,6 % sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (45,1 %), du Maghreb (23,8 %) et de l'Union européenne (13,1 %).

Les personnes reçues dans les Caso sont particulièrement exposées à la **précarité administrative et financière**. Seules 16,4 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour leur grande majorité. En conséquence, la situation financière des ménages accueillis est extrêmement précaire : **98,5 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté et 47,6 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre**.

En 2017, 41,3 % des personnes accueillies par les Caso sont en situation irrégulière au regard du séjour. Près d'un tiers des étrangers en situation régulière sont en situation administrative précaire, dans la mesure où ils disposent d'un titre de séjour de moins de six mois et peuvent basculer rapidement dans l'irrégularité. En conséquence, 38 % des étrangers en situation irrégulière limitent leurs déplacements.

La part des demandeurs d'asile dans la file active des Caso apparaît en hausse par rapport aux années antérieures, soit **11 % des personnes reçues dans les Caso en 2017. La moitié des demandeurs d'asile sont originaire d'Afrique subsaharienne et 30 % proviennent d'Europe hors UE**. Bien que les demandeurs d'asile puissent en théorie bénéficier d'un hébergement en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou dans une structure similaire, **seuls 22 % des demandeurs d'asile sont hébergés par une structure ou une association et près de la moitié sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour de leur première visite**.

Depuis 2016, on constate une hausse de la part des mineurs accueillis dans les Caso. **En 2017, 3 477 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 14,3 % de la file active totale. L'âge moyen des mineurs accueillis s'élève à 10,2 ans et un quart de ces jeunes a moins de 5 ans.** La très large majorité des mineurs accueillis dans les Caso est d'origine étrangère (96,6 %), principalement originaire d'Afrique subsaharienne (46,8 %), de l'Union européenne (18,4 %), d'Europe hors UE (15,2 %) et du Maghreb (14,6 %). Parmi les mineurs migrants arrivant en Europe, **accueillis en 2017 par MdM**, on retrouve une proportion importante de **mineurs non accompagnés (1 700 MNA)**.

La plupart d'entre eux se trouvent en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent bénéficier en France. Dans ces conditions, **seul un peu plus d'un tiers des enfants entre 6 et 15 ans ont déclaré être scolarisés lors de leur première visite au Caso**. Les

conditions de vie des mineurs accueillis dans les Caso sont très difficiles : plus d'un tiers des enfants rencontrés vivent **à la rue et 13 % vivent en squat ou en campement**.

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

En 2017, les médecins des Caso ont réalisé 29 674 consultations de médecine générale ou spécialisée pour 18 781 patients différents. Les pathologies les plus fréquentes parmi les personnes consultant dans les Caso étaient avant tout digestives (24,7 %), respiratoires (20,9 %) et ostéoarticulaires (19,7 %). **Plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 82,8 % des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement, ce qui posait la question des modalités de prise en charge** dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposaient d'aucune couverture maladie et vivaient dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, la moitié n'avait ni suivi ni traité leur problème de santé avant leur première visite au Caso.

Ces populations présentent également un état de santé bucco-dentaire très dégradé : les patients ayant consulté un dentiste au Caso, présentaient en moyenne 4,4 dents cariées et 5,3 dents absentes. Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé de soins et de prévention parmi les populations en situation de précarité.

>> MdM demande l'intégration de la prévention des pathologies bucco-dentaires dans une approche globale de prévention et d'accès aux droits et aux soins. Pour cela un meilleur remboursement des soins dentaires est indispensable.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : UN MANQUE IMPORTANT D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

En 2017, 5 292 femmes de 15 ans et plus ont été reçues en consultation médicale généraliste et 336 en consultation gynécologique spécialisée. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une très grande partie d'entre elles venant de régions où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive ou de contraception est limitée. **Seules 12 % des femmes en âge de procréer ont indiqué utiliser une contraception**, soit 5 fois moins qu'en population générale [Bajos 2012]. Parmi les femmes **entre 25 et 65 ans rencontrées dans les Caso, seules 18 % ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie**, soit environ cinq fois moins qu'en population générale française. **De plus, 45,2 % des femmes enceintes présentaient un retard de suivi de grossesse.** En outre, les conditions de logement des femmes enceintes apparaissent particulièrement difficiles dans la mesure où seules 10,2 % disposaient d'un logement personnel, 26,6 % étaient sans domicile fixe, 8,5 % vivaient dans un squat ou un campement et 54,6 % étaient hébergées par une association ou par des connaissances. En plus de ces conditions, **seules 6,2 % des femmes enceintes vues en consultation médicale disposaient de droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.**

>> MdM demande l'augmentation des possibilités de prise en charge en santé sexuelle, adaptées pour les femmes en situation de précarité.

SANTÉ MENTALE : POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

En 2017, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés chez près de 9 % des patients reçus en consultation médicale généraliste. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs. Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi, plus de 60 % des personnes pour lesquelles un trouble d'ordre psychologique a été diagnostiqué présentent, par ailleurs, au moins une autre pathologie.

Les patients victimes de violences, qu'ils soient demandeurs d'asile, isolés ou vivant à la rue, ont une prévalence plus élevée de troubles psychologiques. En outre, la précarité sociale et administrative ainsi que la barrière de la langue auxquelles sont confrontées les migrants constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale. **Ainsi, 12 % des demandeurs d'asile reçus dans les Caso présentent un trouble d'ordre psychologique selon les médecins.**

>> MdM milite pour le développement de lieux identifiés, accessibles à tous, indépendamment de la couverture maladie. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico-psychologique (CMP), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte soins santé (LHSS) ...) doivent être renforcés et leur offre de soin adaptée aux populations précaires et migrantes avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel.

>> MdM milite aussi pour une diversification des types de prises en charge (ex : consultations transculturelles, activités psychosociales collectives, art-thérapie, etc.)

UN ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES LIMITÉ POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La couverture vaccinale des populations rencontrées dans les programmes de MdM reste très inférieure aux recommandations nationales. Parmi les personnes de plus de 15 ans, seules un peu plus d'un tiers disposent d'une vaccination à jour pour la coqueluche, les rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et l'hépatite virale B, et 1 personne sur 2 dispose d'une vaccination à jour pour les diphtérie-tétanos-polioomyélite (DTP) et la tuberculose. Pour les enfants de moins de 15 ans, près de 8 enfants sur 10 sont à jour pour la vaccination DTP, 7 sur 10 sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et moins de 6 sur 10 pour l'hépatite B.

En 2017, plus de 24 000 personnes ont été concernées par des actions de prévention et plus de 3 600 entretiens individuels ont été réalisés. Par ailleurs, 1 472 personnes ont bénéficié des Trod VIH et 859 personnes des Trod VHC.

Seules un quart des personnes accueillies dans les Caso ont connaissance de leur statut sérologique pour le VIH (contre 44,4 % des Français) et respectivement 20,4 % et 18,4 % pour les hépatites C et B. Il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un obstacle important au dépistage dans ces populations qui ont bien souvent d'autres priorités à gérer que leur santé. Ainsi, il convient de leur faciliter l'accès au système de prévention et de soins.

>> **MdM milite pour un renforcement des structures de proximité, telles que les Protection maternelle infantile (PMI) et pour le développement d'actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire (campagne de rattrapage vaccinal, action en cas de risque épidémique, etc.).**

>> **MdM recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'« aller vers » en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.**

L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROITS COMMUN

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS : COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES, BARRIÈRES LINGUISTIQUE ET FINANCIÈRE

La très large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie. Seules 13,3 % des personnes en disposent d'une en France, quelle que soit leur situation administrative, lorsqu'elles viennent pour la première fois au Caso alors même que 7 personnes sur 10 relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative.

Les obstacles à l'accès aux droits rencontrés par les personnes sont essentiellement liés à la **complexité des démarches**, à laquelle s'ajoutent des pratiques abusives fréquentes (refus d'adresse déclarative par les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), demandes de pièces justificatives injustifiées, perte de dossier, etc.) et un désengagement des services publics (fermetures ou restriction dans l'accueil physique des personnes, dématérialisation de l'accès aux droits, etc.). Pour les étrangers allophones, **la barrière de la langue** complique également l'ouverture des droits. En 2017, 16 % des personnes rencontrées évoquaient la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Enfin, **près d'1 patient sur 5 évoquait des difficultés financières dans l'accès aux soins**. Ces difficultés concernaient en général l'impossibilité d'avancer les frais, de souscrire à une complémentaire santé, etc. La généralisation du tiers payant, adopté dans la loi de Santé de 2016 constitue, à cet égard, un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre le retard de recours aux soins et le renoncement aux soins.

En 2017, près de la moitié (49,4 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon les médecins,

un retard de recours aux soins et 38,6 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. Face à ces résultats, il apparaît clairement que l'un des facteurs décisifs de l'accès aux soins est bien l'existence d'une protection maladie et son degré de couverture. Si la réforme de la Sécurité sociale portant création de la PUMa en 2016 poursuivait des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime), elle présente des risques importants pour les étrangers en situation régulière qui risquent de voir leurs droits à l'assurance maladie souffrir de nombreuses restrictions et ruptures. **À ce titre, MdM s'est battu avec l'ODSE afin que la réforme de la PUMa instaurée au 1^{er} janvier 2016 garantisse la durée minimale de douze mois après la fin de validité du titre des étrangers en situation régulière.**

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

>> **MdM demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la PUMa serait à ce titre une mesure de santé publique majeure qui améliorerait la prévention et la promotion de la santé et constituerait une réforme pragmatique sur le plan économique, en permettant un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.**

>> **MdM demande « le développement d'un système plus accompagnant » avec un recours facilité aux interprètes et aux médiateurs en santé pour améliorer l'accès aux services de santé. Les patients bénéficient ainsi d'une meilleure connaissance des parcours de santé et d'une meilleure qualité de prise en charge.**

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

>> **MdM appelle à poursuivre l'ouverture des Pass en France et à consolider ce dispositif afin de faciliter l'accès aux soins à toute personne en situation de précarité et suggère le déploiement plus important de Pass mobiles.**

>> **MdM salue les objectifs affichés par l'Assurance maladie sur la lutte contre le non-recours et les ruptures de droit, mais souligne sa tendance à déléguer à d'autres structures une partie de ses missions. MdM souhaite réaffirmer que l'ouverture des droits constitue une mission de service public de l'Assurance maladie, qui implique un accueil physique des personnes ainsi qu'un accompagnement matériel à la constitution administrative des dossiers.**

LA SANTÉ EN ZONE RURALE : ENTRE PRÉCARITÉ ET ÉLOIGNEMENT

En 2017, par le biais d'une démarche de médiation en santé, 250 personnes en situation de précarité avec des difficultés d'accès aux droits et aux soins ont été prises en charge par MdM (112 dans les Combrailles et 138 dans la Haute vallée de l'Aude). Plus de 7 personnes sur 10 sont en situation de grande précarité, au sens du score Epices² et près de 9 adultes sur 10 n'ont pas d'activité professionnelle. **Près de 6 personnes sur 10 déclarent avoir renoncé à un soin de santé dans les douze derniers mois.**

Dans les territoires ruraux français, les habitants sont témoins, depuis des années, de la diminution de l'offre des services publics, du développement de déserts médicaux et de l'éloignement des domiciles des services de bases, comme les pharmacies ou les services d'urgences. Les premières personnes impactées par ces changements structurels sont les plus précaires qui n'ont, bien souvent, pas les moyens de se déplacer pour des raisons économiques (coût des transports, absence de voiture), professionnelles (travail ne permettant pas de s'absenter) ou matérielles (absence de transport en commun ou de voiture). Une proportion non négligeable de ces personnes n'a pas (ou ne sait pas) se servir de l'outil informatique et la santé passe souvent au second plan.

>> **MdM milite pour faciliter l'accessibilité physique des personnes aux structures de soins et de prévention et suggère d'élargir, par exemple, les critères d'éligibilité pour la prise en charge des transports par la Sécurité sociale pour les rendez-vous médicaux en prenant en compte les conditions de ressources, l'éloignement géographique et/ou l'absence de moyen de transport des ménages.**

>> **MdM encourage d'une part le développement, par les dispositifs du droit commun, de la médiation en santé pour aller vers les populations qui ont des difficultés à se déplacer et d'autre part le renforcement des liens avec les professionnels du social et de la santé.**

LES TRAVAILLEURS DU SEXE (TdS) MIS EN DIFFICULTÉ PAR UNE LOI PLUS DANGEREUSE QUE PROTECTRICE

En 2017, les équipes de MdM ont rencontré plus de 1500 TdS. Cette même année, une enquête menée par deux chercheurs, en coopération étroite avec un réseau d'associations de terrain dont MdM, a montré que **63 % des travailleurs du sexe connaissaient une détérioration de leurs conditions de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % étaient confrontés à une diminution de leurs revenus [Le Bail 2018].**

L'accès aux droits est un parcours du combattant pour les TdS. Porter plainte, par exemple, est difficile pour ces

personnes qui assimilent souvent les officiers de police à des forces répressives. En outre, l'isolement social, le statut administratif précaire et la barrière de la langue pour les ressortissants étrangers apparaissent comme des obstacles supplémentaires pour entreprendre des procédures administratives qui leur permettraient l'accès aux droits et aux soins. **L'enquête a également montré que 42 % des TdS étaient davantage confrontés aux violences et 38 % rencontraient davantage de difficultés pour imposer le port du préservatif depuis l'adoption de la loi.**

>> **MdM rappelle qu'une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des TdS.**

>> **MdM, aux côtés des associations mobilisées avec et pour les droits des TdS, appelle les décideurs politiques à revenir sur ces dispositions législatives inadaptées. Il est essentiel de défendre les enjeux de santé et les droits des TdS, de lutter véritablement contre les violences, l'exploitation et la traite des êtres humains dans une approche pragmatique et non idéologique et en s'appuyant sur la parole et les besoins des personnes concernées.**

L'IMPACT DE LA DÉTENTION SUR LA SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS DES DÉTENUS

En 2017, au centre pénitentiaire de Nantes, les équipes de MdM ont rencontré, en ateliers, 154 personnes détenues, 172 personnes au moment de leur arrivée en détention et ont accompagné 15 personnes en rendez-vous médical à l'extérieur. Ainsi, de par sa préoccupation sécuritaire, son organisation et son environnement, la prison rend malade. Elle génère, en effet, de l'anxiété et favorise de nombreuses carences (de liens familiaux, affectives, de sommeil, de qualité visuelle) qui impactent la santé physique et psychique [Nurse 2003, Lhuillier 2007]. Elle crée des troubles dépressifs et une exposition chronique au stress et à la violence.

Malgré la loi de 1994 qui confie au ministère de la Santé la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, les personnes détenues continuent de rencontrer de nombreux obstacles dans l'accès aux services de santé et de prévention (accès au médecin conditionné par l'écrit, permanence de soins complexes en dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires, sujets de santé tabous...).

>> **MdM milite pour des alternatives à l'incarcération, qui visent le renforcement de compétences des personnes plutôt que l'enfermement dont on sait qu'il ne répondra pas à l'accompagnement adéquat des personnes pour vivre en société.**

(2) Le score Epices est un indicateur individuel de précarité, construit en 1998, qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il se base sur 11 questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score Epices. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) [CETAF 2005]. Il n'est calculé ici que pour les personnes accueillies sur le programme des Combrailles.

>> **MdM milite pour le développement de la promotion de la santé en milieu carcéral dans toutes ses composantes : élaboration de politiques pour la santé, prise en compte des déterminants sociaux de santé, renforcement de l'action communautaire, mobilisation pour favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles des personnes détenues et la réorientation vers des services de santé en intégrant toutes les dimensions au-delà du soin et de la clinique.**

L'ACCUEIL DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ EN FRANCE

LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX À L'ÉPREUVE DE LA POLITIQUE MIGRATOIRE FRANÇAISE

De nombreux événements ont rythmé la gestion française et européenne de l'accueil des exilés en 2017. Beaucoup d'entre eux peuvent paraître aberrants, tel le projet précipité de la loi Asile et immigration, et s'inscrivent dans une logique dont le fil rouge, la répression, conduit la société civile à s'ériger en dernier rempart des droits de l'Homme, appuyée de plus en plus par le pouvoir judiciaire.

Les équipes de MdM présentes depuis plus de trente ans en France constatent une **aggravation des conditions de vie et de santé des exilés** avec une augmentation des espaces d'indignité comme à Paris, Calais, Dunkerque ou encore à la frontière franco-italienne, une **multiplication des opérations d'évacuation** et un **harcèlement incessant des exilés, destiné à éviter toute reconstitution des campements**.

En juillet 2017, à Calais, où MdM maintenait ses activités médicales après le démantèlement du bidonville de la jungle, les associations ont très vite dû recourir au juge pour obtenir de l'État qu'il réponde aux besoins les plus élémentaires de centaines d'exilés toujours présents sur le Calaisis : un accès à l'eau, aux sanitaires et une information sur l'asile.

Si l'on connaît une partie du problème par l'histoire de Cédric Herrou et l'épineuse question du délit de solidarité envers les migrants, l'année 2017 a été marquée par des pratiques de renvois illégaux et de refus d'accès à des personnes souhaitant demander l'asile à la frontière franco-italienne. Les chemins empruntés sont de plus en plus dangereux et infranchissables, comme le confirment les découvertes régulières de cadavres lors des fontes des neiges, au printemps 2017. Récemment, la CNCDH a d'ailleurs rendu un avis extrêmement critique à l'égard des pratiques abusives et des violations des droits quotidiennes recensées sur ce territoire [CNCDH 2018].

La répétition des expulsions en 2017 (le bois du Puythouck à Grande-Synthe, le parking de Blida à Metz, le camp du Millénaire et la porte de la Villette en Île-de-France, etc.) place les exilés dans une logique de survie. Cette situation reflète, à nouveau, l'incohérence politique qui déplace le problème sans chercher de solutions de fond. Passée la

médiatisation de ces expulsions, le harcèlement continue. Pour éviter toute reconstitution de campement, les exilés sont sommés de quitter les lieux chaque fois qu'ils s'y arrêtent, à toute heure du jour et de la nuit, les contraignant à l'errance et à l'épuisement.

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

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

>> **MdM milite pour un devoir d'information, d'aide et d'accompagnement des personnes dans leurs démarches, en tenant compte de leur projet de vie en Europe.**

ENFANTS ET ADOLESCENTS NON ACCOMPAGNÉS : DE LA NÉCESSITÉ D'UN VÉRITABLE DISPOSITIF D'ACCUEIL

Particulièrement vulnérables en raison de leur âge et de leur isolement, ces enfants et adolescents constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires, d'exploitation et de violences. Si, selon la législation française, tout enfant et adolescent en danger, qu'il soit Français ou étranger, relève de la protection de l'enfance. Les autorités chargées de leur protection les accueillent la plupart du temps dans un climat de suspicion et remettent en cause leur parole. En effet, leur minorité est souvent réfutée par des évaluations subjectives, qui se fondent très largement sur des méthodes médicales unanimement contestées de détermination de l'âge. Plus grave encore, certains enfants et adolescents sont refoulés aux portes du dispositif d'évaluation lui-même, prétendument considérés comme « manifestement majeurs ».

>> **MdM milite pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil répondant aux besoins primaires de ces enfants et adolescents en danger (hébergement sécurisé, environnement bienveillant et adapté, nourriture et conditions d'hygiène dignes).**

>> **MdM demande la garantie de l'accès effectif des enfants et des adolescents à leurs droits, aux services de santé et le respect de leur intérêt supérieur.**

>> **MdM milite pour que l'évaluation de la situation soit faite dans un climat interculturel, respectueux de l'enfant et de sa parole, s'appuyant sur des éléments objectifs et prenant en compte son état de santé. La présomption de minorité et l'intérêt supérieur de l'enfant doivent être respectés.**

L'IMPACT DU MAL-LOGEMENT SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

En 2017, près de 12 000 contacts³ ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 5 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Casos. Le logement est un élément déterminant de la santé : parce qu'il protège et caractérise les conditions de vie des personnes, qu'il constitue un espace intime indispensable à l'équilibre et au bien-être humain et, enfin, parce que la stabilité inhérente au logement est une condition pour l'accès aux droits, à l'emploi et à la santé. Or, force est de constater une aggravation du mal-logement en France. Ainsi, en 2017, on compte 4 millions de personnes souffrant de mal-logement ou d'absence de logement personnel ; parmi elles, plus de 143 000 sont sans domicile fixe (personnes sans-abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou dans un logement associatif) [FAP 2018]. La grande majorité des personnes rencontrées au niveau des programmes MdM connaissent d'importantes difficultés de logement. Seuls 6,4 % disposent d'un logement personnel et plus des trois quarts des patients sont en logement précaire (50,3 % sont hébergés par de la famille ou des amis, 8,1 % vivent en squat ou campement ; un quart sont sans domicile fixe).

Le mal-logement a des conséquences lourdes sur la santé pour les personnes vivant à la rue, plus souvent affectées que les autres de troubles d'ordre psychologique et de pathologies digestives et dermatologiques. **Face aux grandes difficultés pour joindre le 115 ou pour obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins, beaucoup se découragent et renoncent même à y avoir recours.**

>> **MdM milite pour une approche globale incluant le logement, la santé, l'insertion par le travail, politiquement portée, notamment par le nouveau plan pauvreté.**

>> **MdM rappelle que l'inconditionnalité de l'accueil doit rester au cœur de l'action sociale, pour que les personnes sans-abri aient un accès effectif à un toit, et nécessite l'abrogation de la circulaire du 12 décembre 2017.**

>> **MdM milite pour un renforcement des dispositifs spécifiques que sont les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour permettre aux personnes en grande précarité d'être hébergées dans des conditions compatibles avec leur état de santé.**

RÉSORPTION DES BIDONVILLES : IL EST TEMPS DE PASSER À L'ACTION

En 2017, environ 2 400 personnes ont bénéficié des interventions des équipes de MdM en bidonville. Parmi les personnes rencontrées, un tiers sont des mineurs. On estime aujourd'hui à 14 880 le nombre de personnes vivant en bidonville dans des conditions de vie indignes et dangereuses pour la santé. Environ la moitié des bidonvilles en 2015 ne disposaient d'aucune forme de traitement des déchets, les deux tiers n'avaient aucun accès à un point d'eau et les trois quarts fonctionnaient sans alimentation en électricité. Le ramassage et la gestion des déchets constituent un problème récurrent sur ces sites.

De même, la domiciliation, la scolarisation des enfants, l'accès à une couverture maladie et par conséquent aux soins sont fortement mis à mal. L'accumulation des risques sanitaires liés à la précarité de l'habitat, aux conditions de vie et aux expulsions répétitives sont autant d'éléments qui rendent inefficace le droit à la santé pour les personnes en bidonville. Les équipes MdM ont noté une fréquence élevée des troubles digestifs, dermatologiques, respiratoires et ostéo-articulaires qui est le reflet des conditions de vie insalubres subies.

Les expulsions à répétition des lieux de vie ont des conséquences importantes sur la santé des populations vivant en bidonville. Les personnes vivant dans les bidonvilles sont ainsi dans l'angoisse permanente de ces expulsions, qui rendent impossible toute inscription dans un parcours à long terme en matière de soins, d'insertion et de scolarité. Ainsi, la santé est une composante essentielle de la démarche de résorption des bidonvilles qui doit être mise en œuvre.

>> **MdM demande l'accès au logement digne, stable et adapté pour des personnes vivant actuellement en bidonville, et le déploiement d'un accompagnement global dans la lignée de l'instruction du 25 janvier 2018 dont l'objectif affiché est la résorption des bidonvilles.**

>> **MdM demande, à défaut, l'établissement de conditions de vie et d'hygiène dignes, ne mettant pas en danger la santé des personnes : l'accès à l'eau, aux sanitaires et le ramassage régulier des ordures sont des préalables indispensables.**

>> **MdM appelle à prioriser la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (gale, rougeole, coqueluche, IST, tuberculose...), y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur le terrain. La santé publique doit nécessairement primer sur l'impératif d'expulsion.**

>> **MdM demande la révision du dispositif spécifique visant les ressortissants européens inactifs (CREIC) qui ralentit aujourd'hui considérablement l'ouverture des droits et donc l'accès effectif au parcours de soins.**

(3) Les contacts concernent les programmes d'Angoulême, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nice, Paris et Strasbourg.



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

Direction des opérations France – Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62 rue Marcadet – 75018 Paris
Tél : 01 44 92 99 92
d-o-f@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique : CommeQuoi ?
www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Anne-Sophie Le Goff

Photos : © Olivier Papegnies - Collectif Huma

Impression :

Le Révérend Imprimeur
www.lereverend.com

ISSN : 2425-0945

Dépôt légal : octobre 2018

EN COLLABORATION AVEC

CREAI-ORS

OCCITANIE

