



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE

RAPPORT 2011
octobre 2012

→ À la suite de la loi contre les exclusions de 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** pour témoigner des conditions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité en France.

L'Observatoire est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde. Il permet de faire le lien entre leurs conditions de vie, leurs droits et leur état de santé et d'observer les difficultés dans l'accès aux soins et les dysfonctionnements des dispositifs.

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 Médecins du Monde interpelle ou informe les acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations vivant dans la précarité.

Réalisé pour la 9^e 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 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (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 tenons à 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 leurs parcours de vie.

Nous remercions également tous les acteurs des missions France (accueillant(e)s, travailleurs sociaux, infirmier(ère)s, médecins et personnes chargées de la saisie), qui font preuve d'une mobilisation et d'un investissement importants au quotidien pour saisir les données.

Nous remercions par ailleurs toutes les personnes de Médecins du Monde investies dans l'élaboration des outils de recueil de données.

Enfin, nous remercions toute l'équipe de la Direction des Missions France.

→ RAPPORT ÉCRIT PAR :

- Équipe de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France – Direction des Missions France – Médecins du Monde ;
- Georges FAHET et Étienne GARDIÈS – 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

INTRODUCTION	5
RÉSUMÉ	7
2011 EN CHIFFRES	13
ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO ET DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES DEPUIS 2000	19
→ <i>Action de Médecins du Monde auprès des migrants tunisiens</i>	23
POUR QUELLES RAISONS LES PERSONNES VIENNENT-ELLES DANS LES CASO ?	27
1. Les modes d'orientation vers les Caso et les motifs de venue des consultants	28
2. Les consultations et entretiens réalisés en 2011	30
QUI SONT LES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO EN 2011 ?	33
1. Le profil sociodémographique des patients accueillis en 2011	34
Une grande diversité des origines des consultants... ..	34
... Qui implique un recours à l'interprétariat important	35
→ <i>Un recours à l'interprétariat professionnel au sein des Caso de plus en plus important</i>	35
Un tiers des personnes accueillies aux Caso réside en France depuis moins de 3 mois	36
2. Conditions de vie et environnement social des personnes accueillies en 2011	37
Des conditions de logement très difficiles	38
→ <i>L'hébergement d'urgence : des places encore trop rares et bien souvent inadaptées</i>	39
→ <i>La mission Santé-Logement menée dans le Val-de-Marne en Île-de-France</i>	42
Une très large majorité des personnes sans ressources officielles	44
Plus de deux tiers des adultes accueillis sont en situation irrégulière au jour de la consultation	45
Près d'un tiers des étrangers (hors UE) concernés par une demande d'asile en 2011	46
Plus de 1 adulte sur 10 a déposé une demande de régularisation : dans près d'un tiers des cas pour raisons médicales	47
→ <i>La loi du 16 juin 2011 : une loi qui vide de son contenu le droit au séjour pour raison médicale</i>	48
ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES EN CONSULTATION MÉDICALE EN 2011	51
1. La couverture vaccinale des patients reçus en consultation dans les Caso	52
Une couverture vaccinale encore bien inférieure aux recommandations nationales	52
→ <i>La couverture vaccinale des populations roms : une enquête dans 4 villes métropolitaines</i>	53
La rougeole : seuls deux tiers des enfants accueillis aux Caso sont vaccinés	54
→ <i>Des campagnes de vaccination contre la rougeole en période de pic épidémique entravées par des expulsions fréquentes : l'exemple de Marseille</i>	54
La vaccination contre la tuberculose : des efforts nécessaires auprès des populations en situation de précarité ..	55
2. Les problèmes de santé des patients accueillis en 2011	57
Les problèmes de santé diagnostiqués par les médecins des Caso :	
la prédominance des affections respiratoires	57
Dans plus de 4 consultations sur 10, une prise en charge de plus de 6 mois est nécessaire	61

3. Prévalence de certaines pathologies à potentiel de gravité	62
4. La prévention du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles	65
Moins d'un tiers des patients reçus dans les Caso connaissent leur statut sérologique	65
Une nécessaire amélioration de la prévention des pathologies infectieuses	66
Rappel des données épidémiologiques en population générale	67
Une prévalence élevée du VIH et des hépatites parmi les patients dépistés rencontrés dans les deux Caso d'Île-de-France	69
Dépistages de la syphilis et des Chlamydiae : données des actions « hors les murs » des CDAG/Ciddist	71
Développer de nouvelles stratégies et toucher des populations spécifiques	71
→ <i>Les tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) du VIH</i>	72
→ <i>La réduction des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse : inventer et expérimenter de nouveaux outils et stratégies de soins et d'éducation pour la santé</i>	73
→ <i>Un exemple de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles : L'action de Médecins du Monde auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés</i>	74
5. La tuberculose : de plus grandes difficultés d'accès à la prévention pour les populations précaires ...	76
6. Les violences subies	78
→ <i>Une politique sécuritaire encadrant la prostitution qui relègue les personnes se prostituant dans une vie plus clandestine et propice aux violences</i>	81
7. Les souffrances psychiques et les pathologies psychiatriques repérées chez les patients	83
→ <i>Les consultations psychologiques transculturelles : l'expérience du Caso de Nantes</i>	86
8. La santé bucco-dentaire des patients accueillis dans les Caso en 2011	87
Activité des cabinets dentaires des Caso	87
Un état de santé bucco-dentaire préoccupant pour les populations défavorisées	87
Les interventions dentaires pratiquées dans les Caso et les orientations	90
QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PATIENTS ?	91
1. Les droits à la couverture maladie	92
Près de 2 personnes sur 10 reçues dans les Caso se heurtent au critère de résidence de plus de 3 mois pour l'ouverture de leurs droits	92
Un accès aux droits différencié selon le dispositif auquel sont rattachées les personnes	92
→ <i>Les Permanences d'accès aux soins de santé : garantir l'existence, la pérennisation et l'amélioration de ces structures au sein de l'hôpital</i>	94
→ <i>La circulaire « soins urgents »</i>	96
2. Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins en 2011	97
Une complexité des démarches... renforcée par des pratiques abusives des administrations	97
La moindre maîtrise de la langue : un obstacle majeur à l'accès aux droits	98
Les difficultés financières : un obstacle non négligeable	99
→ <i>La réforme de l'Aide médicale de l'État : une réforme contraire aux enjeux de santé publique</i>	101
L'absence d'adresse postale : un obstacle à l'accès aux droits pour 1 patient sur 4	102
→ <i>Le Caso de Saint-Denis : un des plus importants lieux de domiciliation d'Île-de-France</i>	103
3. Le retard et le renoncement aux soins	104
Plus d'un tiers des patients présenteraient un retard d'accès aux soins	104
L'ouverture immédiate des droits au regard de l'état de santé : des procédures encore trop souvent méconnues	105
4. Caractéristiques des patients selon le niveau de couverture maladie	107
MAYOTTE OU LES DÉSILLUSIONS D'UN DÉPARTEMENT FRANÇAIS	109
→ <i>Malnutrition aigüe infantile à Mayotte : une situation préoccupante</i>	113
→ <i>Des enfants malades séparés de leurs parents</i>	116

FOCUS POPULATIONS	117
1. Les mineurs	118
Les mineurs : victimes collatérales du mal-logement	120
Un accès aux droits censé ne souffrir aucune restriction... et pourtant encore rare dans les faits	120
Des problèmes de santé dominés par les affections respiratoires	122
2. Les femmes	125
Les problématiques de santé	126
Profil des femmes enceintes reçues dans les Caso	127
→ <i>L'accompagnement médico-social des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité : une action à Bordeaux</i>	129
Les antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso	130
→ <i>La santé materno-infantile des populations roms : l'impact positif de la médiation sanitaire</i>	130
3. Les personnes sans domicile	132
Un isolement familial et une grande précarité sociale	132
Des problèmes de santé générés et/ou aggravés par les conditions de vie	134
→ <i>Rapport à la santé, accès aux soins et aux droits des personnes sans habitat à Paris : l'expérience de la mission Squats de Médecins du Monde</i>	136
4. Les Français	137
1 français sur 2 n'a aucun droit ouvert lorsqu'il se présente au Caso	137
Plus de 1 Français sur 4 confronté à des difficultés financières pour accéder aux soins	138
Les questions de santé	138
5. Les ressortissants de l'Union européenne (hors France)	140
Une population particulièrement jeune... ..	141
Moins de 10 % des ressortissants de l'UE disposent d'une couverture maladie	143
Des prises en charge médicales plus souvent de court terme	143
6. Les demandeurs d'asile	145
Profil des demandeurs d'asile accueillis dans les Caso	146
Un dispositif d'accueil au bord de l'explosion	147
Un accès difficile à la couverture maladie	148
Des troubles psychologiques plus fréquents chez les demandeurs d'asile	148
7. Les personnes en situation irrégulière	150
Une augmentation du nombre de « sans papiers » accueillis dans les Caso	150
Un difficile accès à l'AME	151
→ <i>Les migrants en transit pour l'Angleterre : des conditions de vie inhumaines et un contexte d'insécurité et de pression permanent qui ne facilitent pas le suivi médico-social</i>	152
Une peur de se déplacer qui a des répercussions sur l'accès et la continuité des soins	153
ANNEXES	155
ANNEXE 1 : Méthodologie du recueil de données dans les Caso	156
ANNEXE 2 : Dossiers médical, social et dentaire des Caso en 2011	161
ANNEXE 3 : Ensemble des nationalités accueillies dans les Caso en 2011	171
ANNEXE 4 : Activités par Caso	172
ANNEXE 5 : Proportion des différents types de population par Caso	173
ANNEXE 6 : Analyse par Caso	174

INTRODUCTION

→ Dans la continuité de 2010, l'année 2011 est marquée par de nouvelles restrictions en matière d'accès aux soins et aux droits à l'encontre des plus démunis, et tout particulièrement des étrangers en situation précaire.

L'effritement progressif de certains mécanismes de protection sociale, accentué par le contexte de crise économique mondiale et de radicalité de certaines politiques vis-à-vis des personnes en situation de vulnérabilité, entraîne une hausse des inégalités sociales et territoriales de santé. **En 2011, bénéficier de soins semble de plus en plus difficile dès lors que l'on dispose de moyens financiers limités, que l'on soit français ou pas.**

Les équipes de Médecins du Monde constatent au quotidien les effets délétères de ces évolutions sur la santé des personnes et les enjeux de santé publique. En effet, les 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde ne désemplissent pas. Bien au contraire, l'activité de ces structures ne cesse d'augmenter ces dernières années : **les Caso ont enregistré une augmentation de leur activité de 8 % entre 2010 et 2011 et de 17 % depuis 2004.** Les personnes accueillies dans les Caso connaissent des conditions de vie particulièrement précaires : 99 % vivent sous le seuil de pauvreté et la plupart connaissent des difficultés de logement majeures (près de la moitié vivent dans un logement précaire et un quart sont hébergées par un organisme ou une association ou sont sans domicile fixe).

Pour de multiples raisons (méconnaissance des droits, complexité administrative, barrière linguistique, critère de résidence, difficultés financières...), ces populations précaires accèdent de plus en plus difficilement au système de soins. En conséquence, plus d'un tiers des patients consultent tardivement, selon les médecins des Caso, alors même que dans 4 consultations sur 10 le besoin de prise en charge des patients s'inscrit dans la durée (≥ 6 mois), et plus de 1 patient sur 10 présente une pathologie à potentiel de gravité (telle que l'hypertension artérielle, le diabète, l'asthme, l'épilepsie, un cancer ou une psychose).

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie (franchises médicales, déremboursement de certains médicaments, augmentation du forfait hospitalier...), bénéficier d'une complémentaire devient ainsi déterminant pour les populations les plus précaires. Mais les seuils imposés pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) par exemple conduisent à exclure encore un grand nombre de personnes qui vivent pourtant sous le seuil de pauvreté, mais qui disposent de ressources trop importantes pour pouvoir y prétendre.

De plus, malgré la très forte mobilisation des associations, et sous prétexte de lutter contre les abus et les fraudes, les droits des étrangers ont été profondément modifiés en 2011 avec, entre autres, le vote de la loi de finances 2011, introduisant de substantielles restrictions à l'aide médicale de l'État (AME) (telles que la mise en place d'un droit d'entrée annuel de 30 euros, les restrictions du panier de soins et la nécessité d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital) et la promulgation le 16 juin de la loi sur l'immigration, vidant de son contenu le droit au séjour pour raison médicale des étrangers.

Ces réformes, qui restreignent l'accès aux droits des étrangers, interviennent dans un contexte toujours prégnant de crise de l'hébergement d'urgence (accentuée en 2011 par la baisse des subventions), de déficit de logements pérennes avec accompagnement médico-social adapté à la diversité des besoins des personnes à la rue, et de saturation des dispositifs d'accueil des demandeurs d'asile.

En 2011, les étrangers, qui représentent la grande majorité des patients accueillis par Médecins du Monde, font face aux stratégies d'une politique migratoire toujours plus répressive, qui vise à dissuader les étrangers en situation

administrative précaire de rester sur le territoire français, quitte à mettre en danger leur vie et à stigmatiser davantage certaines communautés.

De la même manière, certaines populations, telles que les migrants en transit sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais, les populations en situation irrégulière à Mayotte ou encore les populations marginalisées que sont les personnes proposant des services sexuels tarifés, subissent des pressions importantes. Ce climat d'insécurité permanent aggrave leurs conditions de vie, les éloigne du système de soins (ce qui conduit bien souvent à des ruptures de traitement et/ou à des renoncements aux soins) et entrave par la même occasion le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux droits et aux soins mené auprès de ces publics.

Ces contraintes d'accès aux soins sont par ailleurs un non-sens économique, car se soigner plus tard pour des soins plus lourds revient plus cher à la collectivité.

En 2012, dans le contexte de l'alternance politique, les associations notent des signes en faveur d'un changement d'approche (tels que la suppression du droit de timbre à l'AME, la levée de certaines mesures transitoires pour les ressortissants roumains et bulgares ou encore l'organisation d'un débat national autour de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion à l'automne). Cela semble annoncer la reprise d'un dialogue et d'une concertation longtemps rompus entre tous les acteurs. Cependant, au regard des pressions exercées cet été sur la minorité rom, **Médecins du Monde sera particulièrement vigilant au respect des engagements pris au cours de la dernière campagne électorale, tout en insistant sur la nécessité de mesures de solidarité exceptionnelles pour répondre à cette crise majeure. Médecins du Monde rappelle également l'importance d'une destigmatisation de la précarité et le respect des principes de santé publique et des droits fondamentaux pour favoriser un meilleur accès possible aux soins pour tous.**

RÉSUMÉ

→ En 2011, la Mission France est présente dans 29 villes avec 101 programmes, à partir desquels l'association témoigne des conditions de vie et des difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. Ce rapport présente les constats issus des recueils de données réalisés dans l'ensemble des Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde, ainsi qu'auprès de certaines actions mobiles ; constats étayés par les témoignages recueillis par les équipes de terrain.

En 2011, les 21 Caso ont reçu 29 466 personnes au cours de 63 799 passages et effectué 40 627 consultations médicales et 4 112 consultations dentaires. Depuis 2008, l'activité des Caso se caractérise par une augmentation de la file active qui se confirme encore en 2011. Ainsi, l'activité globale des Caso a augmenté de 7,6 % entre 2010 et 2011 et de plus de 17 % depuis 2008 (pour un nombre équivalent de Caso).

Près des trois quarts des personnes s'adressant pour la première fois à un Caso souhaitent rencontrer un médecin et près de 1 personne sur 4 a recours à ces structures pour une question d'ordre social ou juridique. Cela concerne pour l'essentiel un besoin d'aide à l'acquisition d'une couverture maladie et la constitution ou le renouvellement d'un dossier CMU ou AME.

Une grande diversité des origines des patients

Les personnes rencontrées dans les Caso sont dans 60 % des cas des hommes. Il s'agit d'une population relativement jeune (60 % ont moins de 40 ans) et en très grande majorité de nationalité étrangère (93,4 %). Avec **plus de 150 nationalités différentes représentées en 2011**, la file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines des personnes reçues. La Roumanie et l'Algérie sont les deux premiers pays d'origine devant la France.

En 2011, on constate une augmentation importante des ressortissants de Tunisie, à mettre en lien avec les récentes révolutions arabes.

Des conditions de vie dégradées...

Parmi les personnes rencontrées, **une très large majorité (85,5 %) ne disposent d'aucunes ressources officielles et 98,9 % vivent sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs, la plupart connaissent des difficultés de logement majeures** : seules 28 % disposent d'un logement stable, 46 % sont en logement précaire et plus d'un quart sont hébergées par un organisme ou une association ou sont sans domicile fixe.

L'habitat indigne a des répercussions importantes sur l'état de santé physique et psychique de ses occupants.

Comme a pu le constater la mission Santé-Logement de Médecins du Monde menée dans le Val-de-Marne, près d'un tiers des enfants rencontrés dans le cadre de signalements de situations d'habitat indigne ont déclaré des problèmes d'asthme au cours des 12 derniers mois précédant la visite. **Les demandeurs d'asile ne sont pas épargnés par les problèmes de logement.** En effet, si la directive européenne sur l'accueil des demandeurs d'asile de 2003¹ prévoit que l'État doit assurer la subsistance de ces personnes, et notamment un hébergement (ou à défaut une allocation temporaire d'attente) pendant toute la durée de la procédure, dans les faits, avec un peu plus de 21 000 places disponibles en 2011, seuls la moitié des besoins sont couverts en France et 19 % des demandeurs d'asile reçus dans les Caso sont sans domicile fixe au jour de leur première visite en 2011. Enfin, une enquête de Médecins du Monde, réalisée au début de 2012², rappelle **le déficit toujours criant de places en hébergement d'urgence et le caractère souvent inadapté de ces dernières. De même, le constat**

(1) Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.

(2) Médecins du Monde, « Enquête sur l'hébergement d'urgence. Hiver 2011/2012 », 2012, 15 pages.

d'un déficit de logements pérennes doublé d'un manque d'accompagnement médico-social adapté pour répondre à la diversité des parcours de vie et des besoins des personnes à la rue est toujours d'actualité.

Des problèmes de santé générés et/ou aggravés par les mauvaises conditions de vie

Les problèmes de santé repérés par les médecins concernent en premier lieu les infections respiratoires (près de 22 % des diagnostics), les pathologies digestives (18 %) et les pathologies ostéoarticulaires (16 %). Force est de constater que **dans plus de 4 consultations sur 10 le besoin de prise en charge des patients s'inscrit dans la durée** (prise en charge nécessaire \geq 6 mois) et **plus de 1 patient sur 10 présente une pathologie à potentiel de gravité³** telle que l'hypertension artérielle, le diabète, l'asthme, l'épilepsie, un cancer ou encore une psychose. Or les conditions de vie de ces personnes sont souvent peu compatibles avec l'observance aux traitements et/ou une continuité des soins. De plus, il est probable que la prise en compte des problèmes de santé, lorsqu'on est confronté à des difficultés quotidiennes extrêmes telles que trouver à manger ou un lieu pour dormir, ne constitue pas forcément une priorité pour ces populations, comme en témoigne **le recours tardif aux soins repéré par les médecins des Caso pour un tiers des patients.**

Une pathologie psychique ou psychiatrique a été également repérée pour près de 11 % des patients reçus en 2011. Or l'accès aux soins de santé mentale pour les étrangers en situation précaire est particulièrement difficile, d'une part du fait du manque de structures et de moyens alloués à la psychiatrie publique en France, et d'autre part du fait d'obstacles spécifiques aux situations de ces publics (barrière linguistique, absence de protection maladie, précarité sociale et/ou administrative...) qui rendent complexe leur inscription dans une prise en charge de long terme. **Le renforcement des dispositifs existants et en particulier des Permanences d'accès aux soins (Pass) psychiatrie est essentiel pour assurer une meilleure prise en charge de ces publics ainsi que le développement de consultations transculturelles qui permettent de répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes.**

Enfin, **l'état bucco-dentaire des personnes rencontrées dans les Caso est particulièrement dégradé**, comme le montrent les nombres moyens de dents cariées et absentes, qui s'élèvent respectivement à 3,5 et 5,0 parmi les personnes ayant réalisé un bilan bucco-dentaire (n = 538). Il est reconnu que la santé bucco-dentaire est particulièrement préoccupante parmi les populations défavorisées alors que trop peu de Pass dispensent des soins dentaires pour les plus démunis en France actuellement.

Une nécessaire amélioration de la prévention à travers des outils et des stratégies adaptés aux publics ciblés

On peut constater **une faible couverture vaccinale chez les patients reçus dans les Caso, avec des taux de vaccination variant de 26 à 41 % selon les vaccins.** La situation des jeunes est sensiblement meilleure (avec des taux de 54 à 71 %) **mais reste encore bien inférieure aux recommandations nationales.**

Une enquête de Médecins du Monde⁴ réalisée en 2010-2011 a mis en évidence des taux de couverture vaccinale encore plus faibles parmi les populations roms. Face à ces constats, et souvent alerté par des partenaires, Médecins du Monde a organisé, en période épidémique, des campagnes de vaccination contre la rougeole sur les lieux de vie de ces populations. Malheureusement, à plusieurs reprises, les campagnes ont dû être interrompues du fait d'expulsions alors même que les préfetures étaient informées de la campagne en cours. Ces expulsions sont lourdes de conséquences sur la santé et la continuité des soins : elles éloignent les personnes du système de soins, entraînent des ruptures et/ou des retards de recours aux soins et rendent particulièrement difficiles la prévention et la lutte contre les épidémies.

Dans un contexte de résurgence de la rougeole en population générale, les faibles taux de couverture vaccinale imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. **Il s'agit alors d'informer, de convaincre, de s'assurer que les messages sont compris et de faciliter l'accès aux services publics par des démarches de sensibilisation et de médiation adaptées et des actions innovantes** (telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie).

(3) Hors VIH et hépatites.

(4) Médecins du Monde, « Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde », 2011, 22 pages.

Concernant le VIH et les hépatites, les données des Caso permettent de constater que **moins d'un tiers des patients connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et/ou des hépatites B et C**, alors même qu'il est reconnu que les populations migrantes et/ou précaires sont plus vulnérables face à ces pathologies infectieuses, car, pour la plupart, en plus grande difficulté d'accès à la prévention. Ainsi, parmi les personnes dépistées dans les deux Caso d'Île-de-France en 2011 (n = 1 706), **la prévalence du VIH est de 2,3 %, soit près de 11 fois la prévalence nationale. Les prévalences des hépatites B (Ag Hbs+) et C sont de 6,8 % et 5,4 %, soit respectivement plus de 10 et 6 fois les prévalences moyennes en population générale**^{5,6}.

Enfin, parmi les patients orientés par les deux Caso d'Île-de-France pour une radiographie pulmonaire (n = 1 888), 10 cas de tuberculose ont été dépistés, soit 0,5 % de la population. Rappelons que le taux de déclaration des cas de tuberculose est estimé à 0,016 % en 2010 dans la population générale d'Île-de-France⁷.

Ces niveaux de prévalence et/ou d'incidence élevés soulignent à quel point les populations accueillies dans les Caso sont exposées aux risques infectieux alors même qu'elles sont particulièrement éloignées du système de soins. À ce titre, **Médecins du Monde s'attache à développer des projets et des outils innovants pour lutter contre les épidémies de VIH et d'hépatites B et C et atteindre les populations en situation de précarité et/ou d'exclusion**. Ainsi, dès 2009, devant la situation alarmante en Guyane vis-à-vis du VIH, l'association a utilisé les tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) du VIH avant même la parution de l'arrêté de novembre 2010 permettant leur autorisation légale. Depuis, l'utilisation des TroD VIH a été étendue à 7 programmes en France.

De plus, afin de contribuer à la lutte contre l'épidémie d'hépatite C, en particulier auprès des usagers de drogues, Médecins du Monde, en partenariat avec le Caarud-Sida Paroles et le Csapa-Caarud Gaïa Paris, a mis en place, dès 2010, une nouvelle action d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) auprès des usagers de drogues. Ce programme s'inscrit dans une volonté d'inventer et d'expérimenter de nouveaux outils et stratégies de soins et d'éducation pour la santé qui tiennent compte des réalités des consommations, des usages et des contextes de vie des personnes. De plus, comme pour le VIH, l'association

n'a pas attendu l'autorisation légale pour utiliser les TroD VHC, couplés aux TroD VIH, dans le cadre d'une stratégie globale de prévention. Ainsi, la mission de réductions des risques auprès des usagers de drogues à Bayonne utilise cet outil depuis mi-2012 et Médecins du Monde espère pouvoir développer rapidement son utilisation à l'ensemble des programmes de la Mission France.

De multiples obstacles à l'accès aux droits et aux soins...

Les personnes en situation précaire sont confrontées à de nombreux obstacles relevant de la complexité du droit de l'assurance maladie, qui s'ajoute pour les étrangers à la complexité du droit en matière d'immigration. En effet, le premier obstacle, cité par 1 consultant sur 3, est **la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins, suivi des difficultés administratives** (20,7 %). Ces difficultés sont par ailleurs augmentées par certaines pratiques abusives des administrations constatées encore aujourd'hui par les équipes de Médecins du Monde sur le terrain.

Le critère de résidence de 3 mois en France pour obtenir l'AME est également un obstacle très prégnant dans la mesure où il concerne près d'un tiers des personnes accueillies dans les Caso, soit qu'elles ne satisfont pas à ce critère, soit qu'elles ne parviennent pas à fournir la preuve de leur présence en France telle qu'exigée par les Caisses d'assurance maladie.

La barrière de la langue constitue le troisième obstacle à l'accès aux droits et aux structures de soins évoqué par plus de 2 personnes sur 10 accueillies aux Caso. Ce résultat met en lumière l'importance de l'accompagnement de ces personnes dans leurs démarches et la nécessité du recours à l'interprétariat professionnel par les administrations et/ou les professionnels de santé dans la prise en charge de publics non francophones.

D'autre part, en 2011, **encore 7,5 % des personnes accueillies aux Caso sont confrontées à des difficultés financières** pour se soigner (avance de frais, impossibilité de souscrire à une complémentaire, soins non remboursés). Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie⁸, bénéficier d'une complémentaire devient ainsi déterminant pour les populations les plus précaires. Mais les seuils imposés pour pouvoir prétendre à une

(5) InVS, « L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida ». BEH, 2011 : 43-44.

(6) InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », Rapport InVS, 2007, 112 pages.

(7) InVS, « Tuberculose en France : la vigilance reste nécessaire », BEH, 2012, n° 24-25.

(8) Franchises médicales, déremboursement de certains médicaments, augmentation du forfait hospitalier...

complémentaire conduisent à exclure encore un grand nombre de personnes qui vivent pourtant sous le seuil de pauvreté, mais qui ont des ressources trop élevées pour pouvoir y prétendre. Et certains dispositifs, tels que l'aide à une complémentaire santé (ACS), sont à l'heure actuelle largement sous-utilisés et laissent subsister un reste à charge encore important, en particulier pour les personnes dont les revenus dépassent de très peu le seuil d'attribution de la CMUc.

Enfin, plus d'un quart des adultes reçus dans les Caso ne disposent pas d'adresse postale au jour de leur première visite au Caso et auraient besoin en conséquence d'une domiciliation administrative pour pouvoir accéder à des droits sociaux. Ces personnes se heurtent alors à des difficultés pour obtenir une domiciliation auprès des CCAS, qui refusent encore très souvent de procéder à des domiciliations, pour l'AME en particulier, ou appliquent des critères de sélection restrictifs, voire rétroactifs. De plus, le principe déclaratif de l'adresse n'est pas toujours respecté : il n'est pas rare que des pièces justificatives soient abusivement demandées. Certaines personnes⁹ se voient alors dans l'obligation de procéder à une domiciliation administrative, auprès d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée, déjà saturées.

Face à ces constats, Médecins du Monde continue, en partenariat avec d'autres associations, de rappeler aux agents des Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) **le principe déclaratif de l'adresse** afin de mettre un terme à ces pratiques, qui freinent l'accès aux droits et par conséquent aux soins, et plaide pour que les CCAS assurent leur mission de domiciliation conformément aux textes en vigueur. Enfin, Médecins du Monde milite pour que la domiciliation pour l'obtention de l'AME ne relève plus d'un dispositif spécifique et soit intégrée au « dispositif généraliste » de domiciliation prévu par la loi Dalo, afin d'en simplifier les procédures.

Ainsi, au cours des dernières années, nous avons assisté à **une succession de mesures conduisant à complexifier et à restreindre davantage l'accès aux droits** des plus démunis, qui se traduit, malheureusement, au niveau de l'activité des Caso, qui ne cesse d'augmenter. Notamment :

- Sous prétexte de lutter contre les abus et les fraudes, l'année 2011 a été marquée par **un affaiblissement non négligeable du dispositif AME** : la loi de finances pour 2011 a introduit de substantielles restrictions à l'AME, telles que la mise en place d'un droit d'entrée annuel de 30 euros, ainsi que des restrictions du panier de soins et la nécessité

d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital. Il s'agit d'une réforme contraire aux enjeux de santé publique, mise en place contre les recommandations des professionnels de santé, des associations et des politiques de santé publique menées par le ministère de la Santé et les conclusions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des finances (IGF)¹⁰ remis au gouvernement le 24 novembre 2010 mais gardé sous silence jusqu'à la promulgation de la loi de finances pour 2011. Les associations n'ont cessé de dénoncer les effets pervers de cette disposition. Si la suppression du droit d'entrée à l'AME votée par le Parlement le 31 juillet 2012 dans le cadre de la loi de finances rectificative¹¹ est un soulagement, les associations regrettent que les mesures n'aillent pas plus loin pour assurer une réelle égalité de tous devant le soin ;

- Dès 1998, la France s'est dotée de lois pour protéger les étrangers gravement malades contre l'expulsion et favoriser leur accès à un titre de séjour afin de pouvoir résider sur le territoire et bénéficier des soins appropriés inaccessibles dans leur pays d'origine. 10 ans après, ce droit a vu son application se dégrader considérablement. Ainsi, en dépit d'une très forte mobilisation des associations et des sociétés médicales et savantes, **une loi, promulguée le 16 juin 2011, a vidé de son contenu le droit au séjour pour raison médicale en conditionnant son obtention à l'absence du traitement approprié dans le pays d'origine** (et non plus à son accès effectif). Compte tenu du faible nombre de titres de séjour délivrés dans ce cadre et de l'absence avérée de « migration thérapeutique », cette réforme était injustifiée.

... qui ont pour conséquence un renoncement et/ou un retard aux soins plus fréquents

Les études récentes^{12,13,14} réalisées en France mettent en évidence une augmentation du renoncement aux soins concernant toutes les catégories de populations, que les personnes disposent ou non d'une couverture médicale. Parmi les bénéficiaires de l'AME, le renoncement aux soins concerne plus fréquemment des soins de premiers recours, alors qu'il concerne davantage les soins dentaires et/ou d'optique (peu remboursés par l'Assurance maladie) pour les bénéficiaires d'une couverture de base uniquement ou de la CMUc.

(9) N'ayant aucun justificatif à fournir ou ne souhaitant pas impliquer leur hébergeant dans ces démarches.

(10) Cordier A., et al., « Analyse de l'évolution des dépenses au titre au titre de l'aide médicale d'État », rapport Igas-IGF, 2010, 161 pages.

(11) Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

(12) Allonier C., et al., « Enquête santé protection sociale 2008 », rapport Irdes, 2010 : 1800, 254 pages.

(13) Bourguignon P., et al., « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Irdes, 2012, Document de travail n° 47.

(14) Boisguérin B., et al., « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », Drees, Études et Résultats, 2008 : 645.

Au sein des Caso, **plus d'un tiers des personnes reçues en consultation médicale en 2011 présentent, selon les médecins, un problème de santé qui aurait dû être traité plus tôt, et plus de 2 consultants sur 10 indiquent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.** Par ailleurs, pour 16 % des personnes sans couverture maladie, toujours selon les médecins des Caso, une ouverture immédiate des droits au regard de leur état de santé est nécessaire.

Sans surprise, le retard et le renoncement aux soins sont plus importants parmi les personnes présentant des situations vis-à-vis du logement plus détériorées et celles qui ne disposent d'aucun droit ouvert à une couverture maladie. Par ailleurs, **force est de constater que la probabilité de renoncer aux soins est significativement plus élevée chez les patients étrangers, d'autant plus lorsqu'ils sont en situation irrégulière.**

Le contexte répressif et législatif auquel on a assisté au cours des dernières années a indéniablement pour effet l'éloignement des personnes des structures de santé et du recours à la prévention et aux soins. Plus de la moitié (56 %) des personnes reçues dans les Caso déclarent limiter leurs déplacements par peur des arrestations. Ce sentiment de peur et de stress est particulièrement présent à Mayotte, où l'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion, du fait de l'intensification de la lutte contre l'immigration clandestine à Mayotte, est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales.

Les équipes de Médecins du Monde constatent des pressions toujours intensives de la part des forces de l'ordre, plus particulièrement envers les migrants en situation de transit sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais, les populations roms et les personnes proposant des services sexuels tarifés, qui rendent particulièrement difficiles leurs conditions de vie, pourtant déjà très précaires, et le travail de proximité auprès de ces populations.

Garantir l'existence, la pérennisation et l'amélioration des dispositifs au sein de l'hôpital pour toutes les personnes en situation de précarité : une nécessité absolue

Le seul recours aux soins pour les personnes sans droit ouvert reste les Pass et le dispositif « Fonds pour les soins urgents et vitaux » (FSUV), quand ceux-ci existent et sont

connus et opérationnels, d'où l'importance d'en garantir l'existence, la pérennisation et l'amélioration au sein de l'hôpital. En 2011, Médecins du Monde constate encore de nombreux dysfonctionnements autour de ces dispositifs. On peut citer en particulier un manque important de moyens et de personnel dans certaines Pass, ayant pour conséquences des consultations souvent saturées et/ou des plages horaires d'ouverture insuffisantes et peu adaptées, un recours encore trop limité à l'interprétariat et l'absence de consultations de médecine générale. De plus, certaines consultations spécialisées restent encore trop rares au sein des Pass, en particulier pour la prise en charge des soins de pédiatrie, de périnatalité et de psychiatrie ou des soins dentaires.

Enfin, le mode de fonctionnement et en particulier de recouvrement des frais diffère selon les Pass, et il arrive encore que des consultations, voire des examens complémentaires, restent à la charge des patients.

Certaines populations particulièrement vulnérables

La santé materno-infantile : l'impact favorable de la médiation sanitaire

Plus de 1 femme sur 10 reçues dans les Caso était enceinte en 2011. Parmi elles, 45 % présentent un retard de suivi de grossesse et près de 6 sur 10 n'ont pas d'accès aux soins prénataux. Selon l'équipe de Bordeaux, qui mène une action auprès des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité, si l'hébergement reste un des problèmes les plus préoccupants pour ces femmes, l'obtention d'échographies gratuites pour les patientes n'ayant pas de droits ouverts à l'AME constitue un frein majeur au suivi de leur grossesse. Afin de promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants résidant en France dans des conditions de grande précarité, Médecins du Monde Nantes a développé depuis 2010 des actions de médiation auprès d'un public rom favorisant l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun. Ce projet s'inscrit dans une recherche-action dont les résultats définitifs sont attendus à la fin de 2012. Toutefois, après 6 mois de conduite de ce projet, on constate que les foyers bénéficiant de la médiation sanitaire ont doublé leur fréquentation des services de santé, et une nette progression a eu lieu dans le suivi médical des femmes enceintes.

Ces premières avancées significatives montrent l'impact positif du travail de médiation sanitaire. Sur ces bases objectives, il reste à souhaiter que la reconnaissance de cette profession ne se limite pas à une simple expérimentation et que la médiation sanitaire se généralise auprès d'autres publics en grande précarité.

Un accès aux droits pour les mineurs censé ne souffrir aucune restriction... et pourtant encore rare dans les faits

En 2011, les Caso ont accueilli plus de 2 800 mineurs (soit 12,2 % des consultants). Plus de la moitié de ces mineurs sont âgés de moins de 7 ans ; parmi eux **moins d'un tiers sont suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI).**

Alors même que le nombre des mineurs rencontrés dans les Caso ne cesse d'augmenter depuis 2007, leur accueil pose toujours question. D'après la loi, les mineurs devraient tous pouvoir bénéficier sans délai d'une couverture maladie. Or, dans les faits, de nombreux mineurs sont encore exclus de tout dispositif. Ainsi, **seuls 11 % des mineurs reçus pour la première fois dans les Caso disposent de droits ouverts à l'Assurance maladie**, proportion plus faible encore que celle des adultes (16 %). La complexité du système et les mauvaises pratiques freinent leur accès aux droits et par conséquent aux soins.

À Mayotte, les dispositions relatives à la protection sociale sont spécifiques et l'introduction du système d'assurance maladie a conduit à l'exclusion de toute protection contre la maladie d'environ un quart de la population. Ainsi, **seuls 21 % des enfants accueillis au centre pédiatrique de Médecins du Monde à Mayotte sont affiliés à la caisse de sécurité sociale en 2011.**

Par ailleurs, les conditions de logement que connaissent les mineurs reçus dans les Caso ne sont guère meilleures que celles des autres consultants et semblent se dégrader encore par rapport à 2010 : seuls 2 sur 10 vivent dans un logement stable, près d'un quart sont hébergés par un organisme ou une association et plus de 1 sur 10 a déclaré être sans domicile. Il est reconnu aujourd'hui que les situations de mal-logement peuvent avoir des conséquences sur la santé et nuire au développement et à l'épanouissement des enfants, qu'il s'agisse de situations d'habitat indigne ou de situations de surpeuplement aggravé.

Au quotidien, les équipes de Médecins du Monde constatent les effets délétères sur la santé des enfants des difficultés d'accès aux soins.

→ Ainsi, la complexité de l'ensemble du système et la succession des réformes en 2011 freinent l'accès aux soins de premiers recours des populations précaires, les conduisant souvent à un véritable parcours du combattant, au mépris des droits humains et des impératifs de santé publique.



© Christina Modolo



© Olivier Jobard/MdM



© Virginie de Galzain



© Sophie Brandstrom



© Christina Modolo



© Cyrille Girard

2011

EN CHIFFRES

La Mission France est présente sur le terrain au travers de 101 programmes dans 29 villes. ■

2011 EN CHIFFRES

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

→ **29 villes** au travers de :
101 programmes menés par
1 965 bénévoles et
89 salariés (55,9 équivalents temps plein).

→ **21 Centres** d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ont accueilli :
29 466 personnes différentes, dont 2 831 mineurs, lors de
63 799 passages, pour

- 40 627 consultations médicales,
- 4 112 consultations dentaires et
- 19 532 consultations avec un travailleur social.

PARMI **LES PERSONNES
CONSULTANT**
LES CASO,

59,9 % sont des hommes ;
12,2 % sont des mineurs, parmi lesquels 12,0% vivent à la rue ;
6,6 % sont français et 93,4% sont étrangers ;
45,9 % vivent dans des logements précaires et
14,0 % sont sans domicile fixe ;
98,9 % vivent sous le seuil de pauvreté ;
35,6 % des étrangers sont en France depuis moins de 3 mois ;
31,4 % des étrangers sont concernés par une demande d'asile et
71,7 % sont sans autorisation de séjour le jour de leur première visite au Caso.

→ **65 actions mobiles** ayant effectué
• 52 800 contacts.

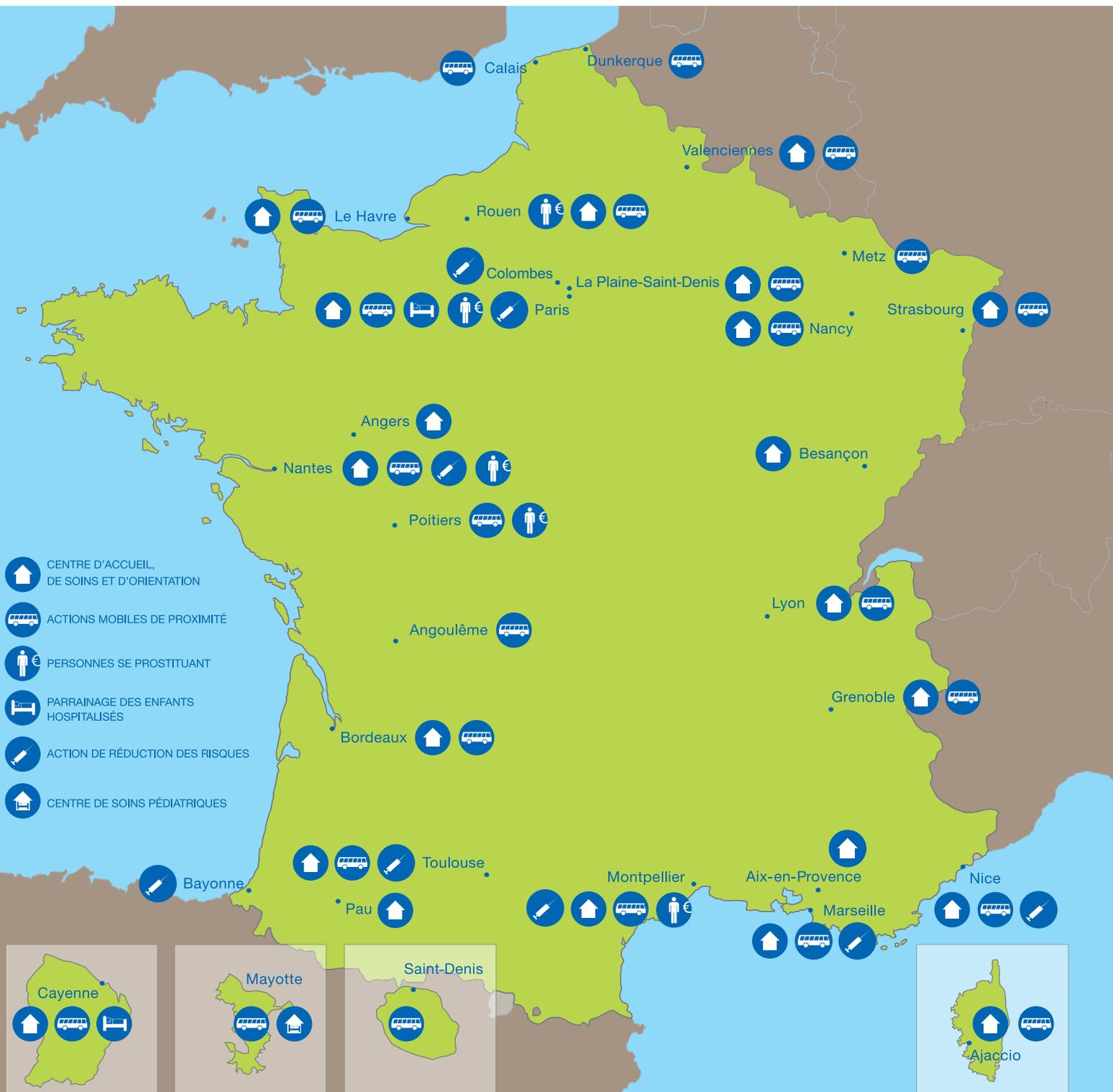
→ **14 programmes de réductions de risques** auprès des usagers de drogues ou des personnes proposant des services sexuels tarifés, dont

- 5 missions Rave, qui ont effectué plus de 180 interventions et comptabilisé près de 16 000 contacts en milieu festif ;
- La mission Squats de Paris et le programme de Réduction des risques (RDR) de Marseille, qui ont rencontré et accompagné plus de 220 personnes dans les squats ;
- Le programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) basé en Île-de-France, qui totalise une file active de 60 personnes ;
- 1 programme XBT, qui a analysé 374 échantillons (toutes drogues confondues) ;
- 5 missions auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés, qui ont réalisé 19 900 contacts.

→ **1 centre de soins pédiatriques à Mayotte** ayant enregistré
• 5 244 consultations médicales auprès de 2 438 enfants.

LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2011

→ La Mission France est présente sur le terrain au travers de 101 programmes dans 29 villes



Depuis 1980, Médecins du Monde s'engage à soigner les populations les plus vulnérables, à témoigner des obstacles à l'accès aux soins et à militer pour des améliorations durables des politiques de santé et des pratiques médicales afin d'obtenir un égal accès aux soins pour tous. En 1986, l'association, qui jusque-là n'intervenait qu'au niveau international, décide d'œuvrer en France pour lutter contre l'exclusion en ouvrant un centre de santé pour les plus démunis à Paris avec l'intention de le fermer dans les 6 mois. 25 ans plus tard, la Mission France compte 101 programmes.

En 2000, la Mission France s'est dotée d'un Observatoire de l'accès aux soins pour témoigner des conditions d'accès aux soins des personnes en situation de précarité en France. Outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde, il permet de faire le lien entre leurs conditions de vie, leurs droits et leur état de santé, et d'observer les discriminations dans l'accès aux soins et les dysfonctionnements des dispositifs.

→ 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso)

Ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins, les Caso mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui accueillent les personnes sans imposer de contraintes de rendez-vous. Ils proposent des consultations médicales et offrent aide et soutien à l'accès aux droits de chaque personne grâce à la présence des travailleurs sociaux et/ou à l'appui des accueillants, qui assurent les orientations nécessaires. Les missions des travailleurs sociaux sont d'accueillir, d'informer, d'orienter et/ou d'accompagner les personnes dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun et de former les accueillants à ces missions.

En plus des consultations de médecine générale proposées dans l'ensemble des Caso, certains centres proposent également des consultations de spécialistes (gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie...), ainsi que des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers...) et des entretiens avec des psychologues ou des psychiatres (*tableau I*). Certains Caso proposent également des consultations dentaires et/ou réalisent des actions de prévention individuelles ou collectives, en particulier pour lutter contre le VIH, les hépatites et la tuberculose.

Enfin, certains Caso ont mis en place depuis de nombreuses années des actions spécifiques pour accompagner les étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raison médicale, souvent en

partenariat avec des associations œuvrant sur le plan juridique. C'est le cas notamment des Caso de Bordeaux, Cayenne, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg et Toulouse. Cet accueil médico-social à bas seuil d'exigence pour les patients est souvent un lieu privilégié de recours aux soins pour les personnes en grande difficulté. Il constitue souvent le premier lieu fréquenté par les personnes en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits à une couverture maladie ni le fonctionnement du système de soins, ou qui ne parviennent pas à faire valoir leurs droits.

En 2011, les 21 Caso ont reçu 29 466 personnes différentes lors de 63 799 passages. Les centres ont effectué 40 627 consultations médicales, 4 112 consultations dentaires et 19 532 consultations par un travailleur social ou un accueillant social.

→ 65 actions mobiles de proximité

Ces 65 actions de proximité traduisent la volonté de Médecins du Monde d'aller au-devant des personnes qui ne peuvent faire la démarche de venir elles-mêmes dans des structures fixes. En 2011, les missions mobiles de Médecins du Monde ont enregistré près de 52 800 contacts.

Ces actions mobiles s'adressent en particulier :

- aux personnes à la rue/squats ;
- aux Roms, 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 d'enfants a été développé dans les hôpitaux à Paris et Cayenne pour accompagner des enfants hospitalisés et isolés de leur famille afin de les aider à mieux lutter contre la maladie et de prévenir et atténuer les troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation. En 2011, la mission a réalisé 169 parrainages, dont 32 en Guyane. Dans les trois quarts des cas, ces parrainages étaient réalisés auprès d'enfants de moins de 5 ans.

→ 14 programmes de Réduction des risques (RDR)

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 et des dommages liés à l'usage de drogues.

En 2001, 5 missions Rave sont intervenues en milieu festif et urbain (Bayonne, Méditerranée, Montpellier, Nantes et Toulouse), elles ont effectué plus de 180 interventions et comptabilisé près de 16 000 contacts.

Ces missions disposent d'un pôle d'analyse de drogues avec le soutien de la mission transversale XBT. Celle-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psycho-actifs présents sur les lieux d'usage afin de limiter et de prévenir les

problèmes de santé causés par la consommation de ces produits. Elle analyse par chromatographie sur couche mince (CCM) les produits sur sites (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire. En 2011, 374 échantillons (toutes drogues confondues) ont été collectés, documentés et analysés par la mission.

La mission Squats de Paris et la mission RDR Méditerranée ont rencontré et accompagné plus de 220 personnes dans leurs

Tableau I : Spécialités médicales proposées dans les Caso, 2011

	Cardiologie	Dermatologie	Pneumologie	Ophtalmologie/opticien	Neurologie	Kinésithérapie	Pédicure/podologue	Psychiatrie/psychologie	Soins dentaires	Gynécologie	Consultation sage femme	Pédiatrie
Aix-en-Provence								x				
Ajaccio								x				
Angers												
Besançon												
Bordeaux	x	x		x				x	x		x	
Cayenne												
Grenoble	x			x		x		x				
Le Havre								x				
Lyon					x			x		x	x	x
Marseille	x	x		x				x	x	x		
Montpellier									x			
Nancy								x	x			
Nantes								x				
Nice				x		x		x	x			
Paris		x		x				x		x		
Pau								x				
Rouen									x			
Saint-Denis	x	x		x				x	x*	x		
Strasbourg		x	x	x*			x	x	x	x		
Toulouse								x	x			
Valenciennes				x								
TOTAL	4	5	1	8	1	2	1	15	9	5	2	1

* Assuré par un partenaire

démarches d'accès à la prévention, aux soins et aux droits. Enfin, le programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) basé en Île-de-France totalise une file active de 60 personnes. Son objectif est de réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en proposant une approche éducative individuelle au cours de séances où l'usager utilise le produit qu'il consomme habituellement sur la base d'un protocole explicite avec les usagers.

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

L'action de Médecins du Monde 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, avec un accompagnement social, médical, administratif et juridique. Les équipes s'attachent à donner une information adaptée (et traduite si nécessaire) sur les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, sur les questions de contraception ainsi que sur les droits. Elles mettent à disposition du matériel de prévention.

En 2011, 5 équipes travaillent auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Elles ont réalisé plus de 19 900 contacts.

→ 1 centre de soins pédiatriques à Mayotte

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins des enfants en situation précaire, un centre de soins a ouvert en 2009 dans un quartier de la commune de Koungou. Il offre des consultations médicales et sociales et permet à Médecins du Monde de témoigner des obstacles à l'accès aux soins spécifiques à ce territoire. Depuis mars 2010, des consultations médicales ont également été réalisées sur d'autres sites grâce à la mise en place d'une clinique mobile. En 2011, 5 244 consultations médicales ont été réalisées auprès de 2 438 enfants. Les données du centre pédiatrique de Mayotte ne sont pas incluses dans les chiffres des Casos et sont présentées dans un chapitre spécifique (page 109).



© MdM

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO

ET DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES DEPUIS 2000

En 1986, Médecins du Monde décide d'œuvrer en France pour lutter contre l'exclusion en ouvrant un centre de santé pour les plus démunis à Paris avec l'intention de le fermer dans les 6 mois. 25 ans plus tard, la Mission France compte 21 Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso), qui accueillent aujourd'hui près de 30 000 personnes. ■

L'activité des Caso depuis 2000

Le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) est une structure qui offre un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux soins en France. Cette structure constitue un lieu privilégié de recours aux soins pour les personnes en grande difficulté et/ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits ni le fonctionnement du système de soins, ou qui ne parviennent pas à faire valoir leurs droits. À l'origine, les Caso ont été créés pour pallier le manque de structures œuvrant auprès des populations les plus démunies avec l'objectif de disparaître dès que les institutions publiques assureraient elles-mêmes ce rôle auprès de ce public.

Entre 1986 et 2000, 32 Caso ont été ouverts, répartis sur l'ensemble du territoire. Dès 1995, Médecins du Monde a œuvré, avec d'autres partenaires, pour obtenir des modifications législatives et des changements de pratiques des institutions sanitaires et sociales permettant une meilleure prise en compte des plus démunies dans le système de droit commun. La création des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) en 1998 et la réforme « CMU » de 1999 ont été le résultat de ces années de plaidoyer. Ces changements ont eu pour conséquence une diminution importante de la fréquentation de certains Caso dès 2000 (*tableau 1*). Cette diminution de l'activité, associée à un développement du réseau des acteurs de l'accès aux soins, a ainsi permis à Médecins du Monde de fermer plus d'une dizaine de Caso entre 2000 et 2004.

L'année 2004 est caractérisée par un fort recul de l'accès aux soins, lié à la suppression de l'admission immédiate à l'AME et à l'instauration d'un critère de résidence ininterrompue de 3 mois, qui s'est traduite par une augmentation importante du nombre de personnes privées de droits à la

couverture maladie et en conséquence par une hausse de la fréquentation des Caso. Depuis, nous assistons à une succession de mesures pour rendre plus complexe et restreindre davantage l'accès aux droits des étrangers en situation irrégulière qui se traduit, malheureusement, dans l'activité des Caso qui ne cesse d'augmenter.

Ainsi, depuis 2004, Médecins du Monde dispose de 21 Caso. En 2011, ces Caso ont reçu 29 466 personnes. Depuis 2008, l'activité des Caso se caractérise par une augmentation de la file active qui se confirme en 2011 (+ 4 %). L'activité globale¹ des Caso a augmenté de 7,6 % en 2011 par rapport à 2010 et de plus de 17 % depuis 2008.

Le nombre de consultations médicales a logiquement suivi la même voie avec une augmentation de près de 22 % entre 2008 et 2011, pour un nombre de Caso constant. En revanche, le nombre de consultations dentaires, après une nette diminution en 2010 liée à la diminution de l'offre de soins², reste stable en 2011, avec 4 112 consultations. Au total, l'activité médicale (médecins et dentistes confondus) a augmenté de 16 % depuis 2008.

Cette augmentation se traduit par une saturation de certains Caso, qui ont dû procéder à une orientation des patients dès l'entrée et n'acceptent que les personnes ne disposant d'aucun droit ouvert. Cependant, tout patient, même s'il ne peut être reçu par l'équipe de Médecins du Monde, se voit proposer une solution. Pour exemple, le système mis en place au Caso de Paris depuis 2007 : afin d'améliorer la prise en charge et l'orientation des personnes qui se présentent au Caso, une équipe de médecins et d'infirmières a été formée dans l'objectif d'assurer, entre autres, l'orientation des malades ne pouvant bénéficier d'une consultation médicale au cours de la journée d'ouverture du Caso.

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes accueillies dans les Caso

La structure par sexe et âge des personnes consultant les Caso varie peu depuis 10 ans (*tableau 2, figure 1*). En 2011, l'âge moyen des consultants est de 33,0 ans, sensiblement le même que celui observé les années précédentes. Soulignons cependant l'augmentation de la part des mineurs constatée depuis 2009 et confirmée en 2011 avec 12,2 % de mineurs reçus. L'effectif des mineurs a connu une augmentation relative

de 48 % entre 2008 et 2011.

En 2011, les femmes représentent 40,1 % de la file active. On note une diminution progressive de leur part dans la file active depuis 2007. Mais il ne s'agit que d'une diminution relative dans la mesure où leur nombre absolu continue d'augmenter depuis 2007.

(1) Toutes activités confondues.

(2) Liée en partie à la baisse d'activité du Caso de Nice et à l'arrêt du décompte des consultations dentaires par le Bus dentaire à proximité du Caso de Saint-Denis.

Tableau 1 : Activités des Caso de 2000 à 2011

	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

Nb : nombre ; nd : non disponible.

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

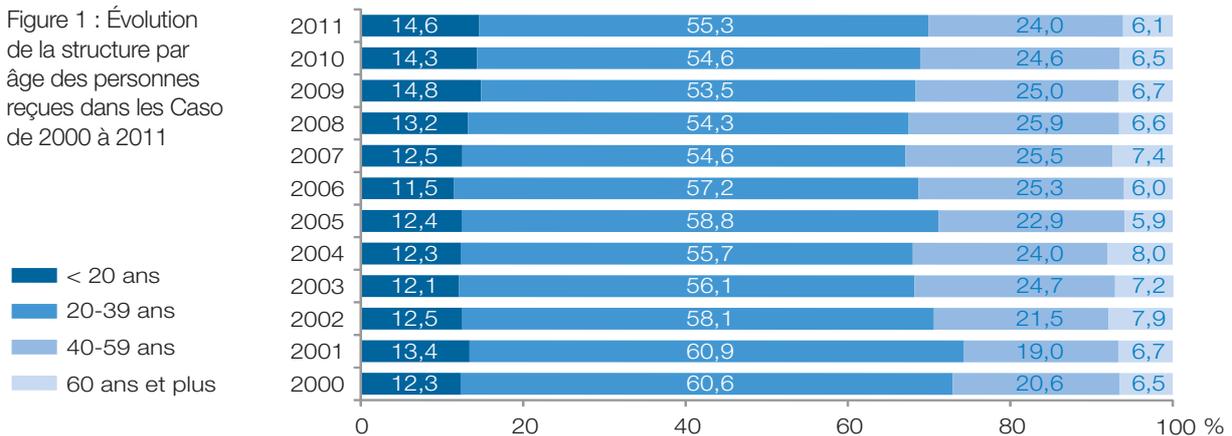
- 2000 à 24 Caso (pas de données pour Ajaccio, Angoulême, Bourg-en-Bresse, Niort, Nouméa, Saint-Denis de la Réunion, Rouen, Saintes) ;
- 2001 à 23 Caso (pas de données pour Ajaccio et Bourg-en-Bresse) ;
- 2002 à 22 Caso (pas de données pour Ajaccio et Bourg-en-Bresse) ;
- 2003 à 20 Caso (pas de données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

Tableau 2 : Évolution des caractéristiques des personnes reçues dans les Caso de 2000 à 2011 (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

nd : non disponible

Figure 1 : Évolution de la structure par âge des personnes reçues dans les Caso de 2000 à 2011



En 2011, les Français représentent 6,6 % des personnes reçues (tableau 3) alors qu'ils étaient plus de 20 % en 2000. Cette diminution constante en nombre depuis 2001 est liée à l'instauration de la CMU/CMUc en 2000, qui a permis à de nombreux Français d'intégrer le système de droit commun. Concernant les nationalités des personnes, outre la baisse de représentation des Français, les évolutions suivantes sont à noter au cours des 10 dernières années (figure 2) :

- les ressortissants des pays d'Afrique sont toujours les plus

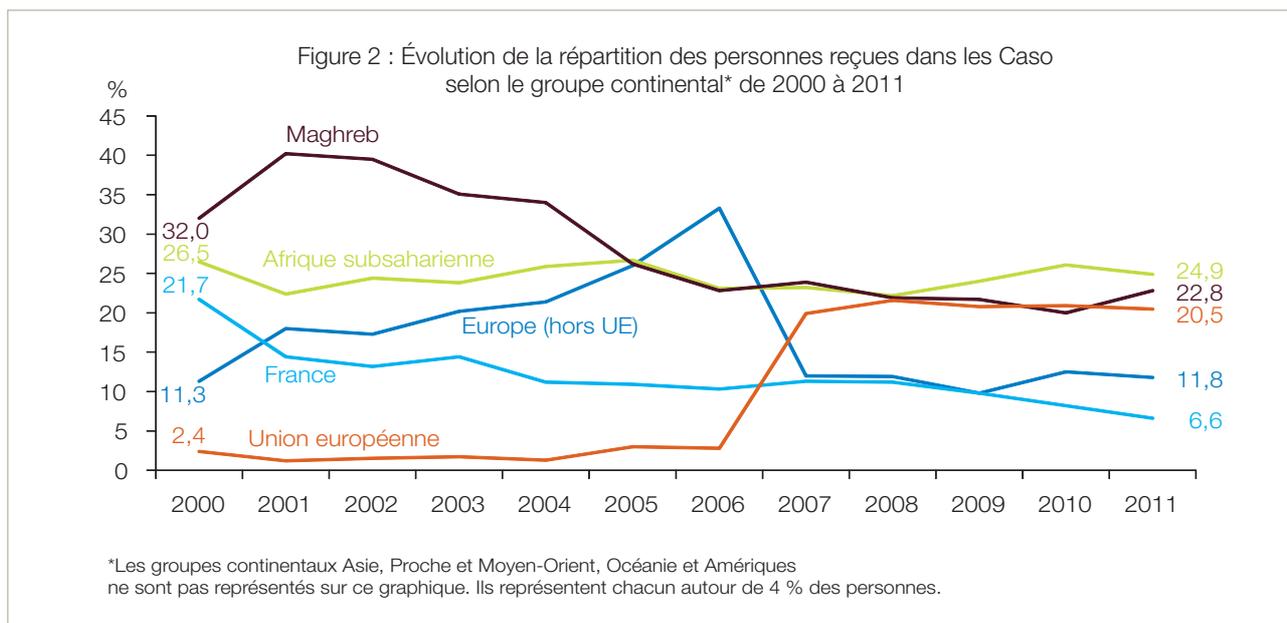
nombreux, avec toutefois une diminution des personnes originaires du Maghreb à partir de 2004 ;

- la part des ressortissants d'Europe hors UE a fortement augmenté à partir de 2000 et jusqu'en 2007. L'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE en 2007 a fait brusquement chuter la part relative des Européens hors UE et augmenter dans les mêmes proportions celle des ressortissants de l'UE. Il n'y a toutefois pas d'augmentation notable du nombre de ressortissants de l'UE depuis 2007.

Tableau 3 : Évolution des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité de 2000 à 2011

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
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
	n	5 908	3 306	nd	2 640	2 209	2 315	2 195	2 087	2 121	1 991	1 708	1 538
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
	n	21 319	19 667	nd	15 671	17 454	18 988	19 191	16 306	16 880	18 379	19 180	21 609

nd : non disponible



→ ACTION DE MÉDECINS DU MONDE AUPRÈS DES MIGRANTS TUNISIENS

Après la chute du président tunisien, près de 25 800 migrants arrivent en Italie entre janvier et juin 2011³.

Après avoir été retenus en Italie, la plupart des migrants ont pu poursuivre leur voyage vers la France malgré une intensification des contrôles aux frontières menés par la France, qui refuse d'accueillir ces migrants et tente de contenir « l'afflux ». Ils sont munis, pour certains, d'une carte de séjour temporaire remise par l'Italie leur permettant de circuler dans l'« espace Schengen ». Arrivés en France, ces migrants se concentrent essentiellement dans les grandes villes (Marseille, Nice, Lyon et Paris).

En avril 2011, les délégations d'Île-de-France et de Provence-Alpes Côte d'Azur de Médecins du Monde ont mis en place, en partenariat avec plusieurs associations, une « veille sanitaire » auprès de ces personnes pour évaluer leurs problèmes de santé et les orienter vers les dispositifs de soins et d'hébergement existants⁴. Médecins du Monde est ainsi confrontée à une population jeune, exclusivement masculine,

a priori en bonne santé mais fatiguée par un voyage long effectué dans des conditions difficiles et confrontée à des conditions de vie très dures en France. Les migrants présentant des problèmes médicaux sérieux sont orientés vers les Pass et les services d'urgence des hôpitaux. Les problèmes mineurs sont paradoxalement plus difficiles à résoudre du fait de la situation administrative de ces personnes. Ces populations sont également confrontées à la peur des contrôles et des arrestations qui se multiplient à cette période⁵ en toute irrégularité.

« De nombreuses « descentes » de police ont eu lieu, les jeunes Tunisiens nous ont dit avoir été victimes de violences policières. Un médecin du Caso a notamment été amené à faire des certificats médicaux constatant des coups. » [Caso de Nice]

Les 4 nationalités les plus représentées parmi les personnes fréquentant les Caso sont la Roumanie, l'Algérie, la France et la Tunisie (figure 3).

La part des ressortissants algériens et marocains a été divisée par deux entre 2001 et 2011, et celle des Roumains au contraire multipliée par trois. Toutefois, depuis 2007, la part

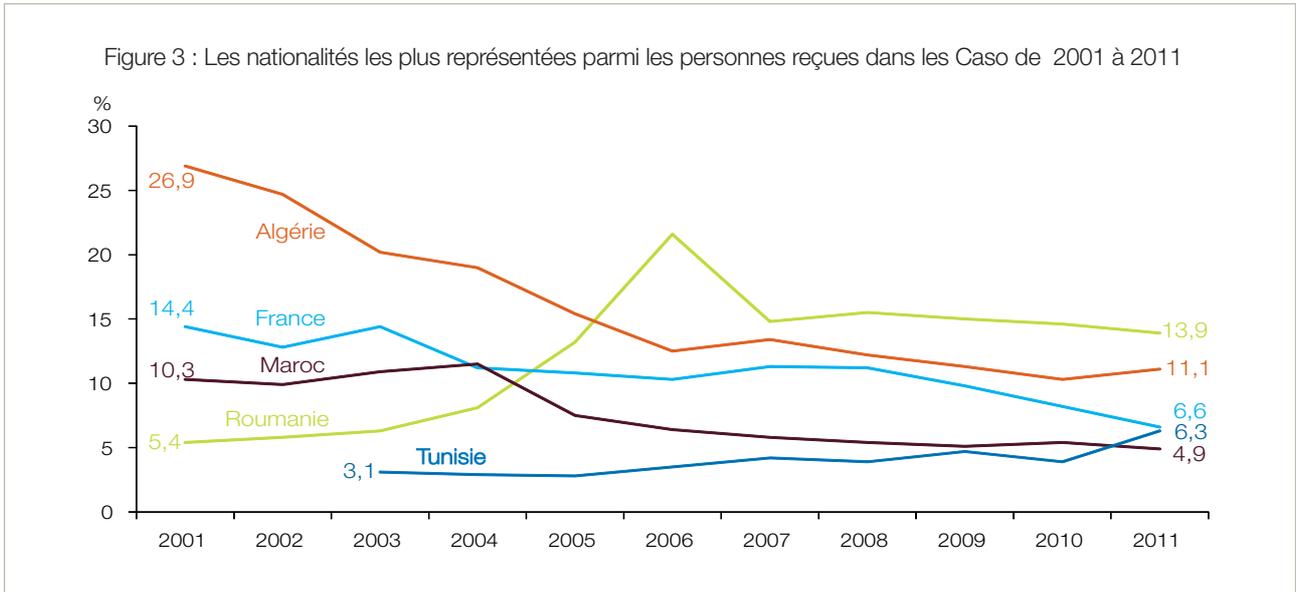
des Roumains reste stable. Celle des Bulgares (entre 2 et 3,5 %) reste constante depuis 10 ans.

Cette vision nécessairement globale ne doit pas masquer les spécificités de certains centres accueillant des personnes de nationalités différentes avec des variations importantes au fil des ans (pour plus de détails voir annexe 4, page 172).

(3) Anafé, Gisti, « L'Europe vacille sous le fantôme de l'invasion tunisienne. Vers une remise en cause du principe de libre circulation dans l'espace Schengen », 2011, 68 pages.

(4) Ces contacts permettaient également de fournir des attestations leur permettant de justifier de leur présence sur le territoire et d'obtenir l'AME au bout de 3 mois.

(5) Le Nouvel Observateur, « Des immigrés tunisiens arrêtés à Paris et Marseille », 28 avril 2011 ; Le Monde, « Plusieurs dizaines d'immigrés tunisiens en garde-à-vue à Paris et Pantin », 27 avril 2011.



Les conditions de logement des personnes reçues dans les Caso

La dégradation des conditions de logement des personnes fréquentant les Caso, observée depuis 2007, à travers la diminution de la part des personnes disposant d'un logement stable semble se stabiliser aujourd'hui. En effet, en 2011, on peut constater une légère hausse de la part des personnes disposant d'un logement stable et parallèlement

une diminution de la part des personnes vivant dans un logement précaire. Mais on reste encore loin des proportions enregistrées au début des années 2000.

Les personnes sans domicile fixe font l'objet d'un chapitre spécifique (page 132).

Tableau 4 : Évolution de la situation des personnes reçues dans les Caso au regard du logement¹ de 2000 à 2011 (%)

	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

nd : non disponible

¹ La question des conditions de logement des patients s'est enrichie en 2008 d'un nouvel item permettant de distinguer les personnes hébergées par une structure ou une association pour une durée supérieure à 15 jours et les personnes en hébergement d'urgence au jour le jour. Ces dernières sont regroupées avec les sans-domicile fixe. C'est pourquoi il est difficile de faire des comparaisons entre 2010 et 2011 sur les situations des personnes en logement précaire.

² Patients hébergés par un organisme ou une association ou en hébergement d'urgence pour une durée de 15 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 aux Caso

Tous les ressortissants étrangers originaires d'un pays hors Union européenne doivent disposer d'un titre de séjour (ou d'un visa) pour séjourner en France, à l'exception des mineurs. En ce qui concerne les ressortissants de l'UE, à la suite de la directive européenne de 2004⁶, ils doivent justifier de ressources suffisantes ainsi que d'une couverture maladie pour résider en France au-delà de 3 mois (la liberté de circulation étant totale pendant 3 mois). Par conséquent, les ressortissants de l'UE sans ressources et sans couverture maladie, en France depuis plus de 3 mois, sont considérés en situation irrégulière. En 2011, 71,7 % des personnes ayant fréquenté les Caso

étaient sans autorisation et/ou sans droit de séjour. Après une baisse sensible de la part des étrangers en situation irrégulière en 2009 et 2010, celle-ci augmente à nouveau en 2011 de près de 5 %. Les ressortissants de l'UE représentent, en 2011, 17 % des étrangers sans droit au séjour (20 % en 2010). Un chapitre est consacré aux étrangers en situation irrégulière (page 150).

En 2011, 31 % des personnes reçues dans les Caso sont concernées par une demande d'asile lors de leur première visite aux Caso, qu'ils aient ou non déposé leur demande (tableau 5). Un chapitre leur est consacré (page 145).

Tableau 5 : Évolution de la situation administrative des étrangers reçus dans les Caso de 2000 à 2011 (%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
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
Étrangers concernés par une demande d'asile*	nd	30,0	30,0	27,0	31,2	29,0	19,8	26,2	27,4	32,8	38,0	31,4

nd : non disponible

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

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

Depuis 2000, nous constatons un changement du profil des publics reçus dans les Caso et des difficultés rencontrées par ces derniers pour accéder aux soins. Les données permettent de mettre en évidence plusieurs évolutions notables (tableau 6) :

- une diminution régulière depuis 2000 de la part des personnes relevant de l'assurance maladie⁷ à mettre en lien avec la baisse du nombre des français fréquentant les Caso ;
- parallèlement, une augmentation 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) ;

- 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 3 mois en France pour l'ouverture des droits à l'AME).

En 2011, la baisse de la part des personnes relevant de

(6) 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.

(7) Sécurité sociale ou CMU de base.

l'Assurance maladie se poursuit et la part des personnes relevant de l'AME augmente.

Parmi les personnes ayant des droits théoriques, seules 15,6 % ont des droits effectivement ouverts en 2011. 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 des démarches administratives. Rappelons toutefois que la plupart des Caso, en limite de capacité d'accueil, ne reçoivent que les personnes ne disposant d'aucun droit et orientent celles ayant des droits ouverts vers les dispositifs de droit commun.

Tableau 6 : Évolution des droits théoriques et des droits effectifs à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso de 2000 à 2011

	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

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.



© Christophe Siebert

POUR QUELLES RAISONS LES PERSONNES VIENNENT-ELLES DANS LES CASO ?

Assurant un accueil médico-social à bas seuil d'exigence, les Casos constituent un lieu de recours aux soins pour les personnes en grande difficulté et/ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas le fonctionnement du système de soins et/ou qui ne parviennent pas à faire valoir leurs droits. ■

1. Les modes d'orientation vers les Caso et les motifs de venue des consultants

LES POINTS ESSENTIELS

- > Environ 70 % des personnes se rendent dans les Caso sans orientation préalable, 13 % sont orientées par une association et 4 % par une structure pourtant capable d'assurer les soins elle-même.
- > Près de 8 visites au Caso sur 10 sont motivées par une question de santé et 1 sur 4 par une question d'ordre juridique ou social.

“ Un jeune patient se présente pour des douleurs très importantes. Il a déjà consulté dans un hôpital et son cas nécessite une intervention chirurgicale mais il n'a pas de couverture maladie. Le médecin du Caso lui remet un traitement puis l'oriente vers un travailleur social afin qu'il reçoive les informations nécessaires pour déposer un dossier d'AME.” [Caso de Paris]

En 2011, près de 7 personnes sur 10 se sont adressées aux Caso, sans orientation préalable, 13 % environ ont été orientées par une autre association, 4 % par une institution administrative ou sociale (CPAM, CCAS...). Enfin, dans 4 % des cas, les personnes ont été adressées aux Caso par des structures capables d'assurer elles-mêmes les soins (tableau 7). Il est à noter que la part des personnes orientées par une structure de soins a assez peu varié depuis 10 ans et s'est toujours établie entre 4 et 6 %.

Les personnes qui s'adressent pour la première fois aux Caso le font le plus souvent en lien avec une question de santé : près des trois quarts souhaitent rencontrer un médecin (généraliste ou spécialiste), 4 % un dentiste et 3 % demandent des soins infirmiers.

Par ailleurs, près de 1 personne sur 4 a recours aux Caso pour une question concernant ses droits à une couverture maladie ou toute autre question d'ordre juridique ou social. Cela concerne pour l'essentiel un besoin d'aide à l'acquisition d'une couverture maladie ou à la constitution d'un dossier de première demande ou de renouvellement de CMU ou AME (tableau 8).

Les équipes de Médecins du Monde sont également régulièrement confrontées à des problèmes administratifs, souvent liés à la complexité du système, qu'ils doivent démêler pour aider les personnes concernées, comme en témoigne l'équipe du Caso de Paris dans le témoignage ci-contre :

Tableau 7 : Modes d'orientation des personnes reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Bouche à oreille	68,0	14 323
Association	13,3	2 812
Institution administrative et/ou sociale (CPAM, CCAS, AS de secteur...)	4,3	908
Structure de soins (hôpital, Pass, PMI, médecin libéral, centre de santé...)	4,0	847
Autre programme de Médecins du Monde	3,9	817
Autre	6,5	1 367

Taux de réponses : 89,1 %.



Mme F., originaire des Philippines, se présente au Caso. Elle a accouché récemment par césarienne dans un hôpital parisien. Le bébé est un prématuré de 1,5 kg. Il est actuellement hospitalisé. La jeune femme présente une ordonnance où sont prescrits un anticoagulant per os à prendre à titre préventif (qui n'est pas disponible au Caso), du Spasfon®, un dispositif intra-utérin et une facture de 7 800 euros de l'hôpital. Avec l'assistante sociale, nous appelons son homologue à l'hôpital concerné en lui expliquant l'urgence du traitement et les différents problèmes. Elle nous donne un rendez-vous médical et un rendez-vous social pour Mme F. dans l'après-midi." [Caso de Paris]

L'analyse des motifs de venue aux Caso selon les caractéristiques des patients révèle d'importantes disparités. Les recours liés à la santé sont plus importants parmi les classes d'âge extrêmes (moins de 20 ans et plus de 60 ans), chez les Français, ainsi que parmi les personnes sans domicile. À l'inverse, les personnes âgées de 20 à 60 ans et les étrangers présents en France depuis au moins 3 mois s'adressent davantage aux Caso pour une question d'ordre social.

Tableau 8 : Raisons des visites exprimées par les personnes accueillies pour la première fois dans les Caso, 2011

(plusieurs réponses possibles ¹)	%	n
Motifs de recours « santé »	78,3	17 531
Voir un médecin (généraliste ou spécialiste)	73,7	16 503
Voir un dentiste ²	4,2	950
Recevoir des soins infirmiers	3,0	660
Motifs de recours « accompagnement social »	23,9	5 357
Pour les droits à la couverture maladie	20,2	4 511
Question d'ordre social ou juridique (hors droits couverture maladie)	4,7	1 046
Autres motifs	6,8	1 530

Taux de réponses : 94,7 %.

¹ Les personnes peuvent consulter pour plusieurs motifs, c'est 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 2011

LES POINTS ESSENTIELS

- **Entre 2010 et 2011, l'activité médicale des Caso a augmenté de 5,2 %.**
- **Les Caso ont assuré 40 627 consultations médicales pour 22 081 patients différents et 4 112 consultations dentaires pour 1 771 personnes différentes. Les patients sont vus en moyenne 1,8 fois en consultation médicale et 2,3 fois en consultation dentaire.**
- **2 582 interventions pour des soins infirmiers ont été réalisées.**
- **Près de 31 000 actes ou entretiens ont été réalisés par des travailleurs sociaux ou d'autres professionnels de santé.**

Rappelons que les Caso ne proposent pas tous les mêmes services ; l'offre de soins est par conséquent différente selon les villes (*tableau 1 et annexe 4*). Par ailleurs, soulignons que les consultations paramédicales (psychologie, kinésithérapie, soins infirmiers, etc.) sont loin d'être représentatives de la réalité car le recueil de données n'est pas systématique dans tous les Caso pour ce type de consultations. Enfin, certains Caso, face à une demande trop importante, ne sont malheureusement pas en mesure de recevoir tous les patients se présentant et sont dans l'obligation d'en refuser par manque de capacités d'accueil⁽⁸⁾. Pour toutes ces raisons, le nombre de consultations effectué dans les Caso ne reflète pas la demande.

Au cours de l'année 2011, 40 627 consultations médicales (dont 92 % de médecine générale) ont été dispensées à 22 081 patients différents et 4 112 consultations dentaires à 1 771 patients, soit une augmentation de l'activité médicale et dentaire de 5,2 % par rapport à 2010. Les patients sont vus en moyenne 1,8 fois en consultation médicale et 2,3 fois en consultation dentaire (*tableau 9*).

Le nombre moyen de consultations par patient est relativement faible dans la mesure où l'objectif de Médecins du Monde est d'orienter les patients vers les structures de droit

commun qui peuvent les prendre en charge ou de les aider à obtenir une couverture maladie pour intégrer rapidement le système de droit commun.

En 2011, 2 582 interventions pour des soins infirmiers ont été enregistrées. Les infirmiers des Caso assurent des actes tels que des pansements ou autres soins de suivi postopératoire, des analyses d'urine, des contrôles de glycémie capillaire, etc. Ils délivrent également des messages de prévention et des conseils d'hygiène. Les psychologues ont, quant à eux, assuré 2 388 consultations pour 546 patients différents.

Les travailleurs sociaux ont réalisé 19 532 entretiens en 2011 (+ 20 % par rapport à 2010), dont 3 566 aides à la constitution de dossiers pour la couverture maladie (en baisse de 31 % par rapport à 2010⁽⁹⁾).

Au total en 2011, 57 % des patients n'ont été reçus qu'une seule fois dans les Caso, 20 % deux fois, 23 % trois fois ou plus.

Un traitement a été prescrit à plus de 97 % des patients reçus en consultation médicale, traitement qui a été remis en totalité dans la majorité des cas (88,3 %), en particulier lorsque les patients ne disposaient d'aucune couverture maladie (*tableau 10*).

(8) Cependant, tout patient, même s'il ne peut être reçu par l'équipe de Médecins du Monde, se voit proposer une solution et/ou une orientation.

(9) Cette diminution est expliquée en partie par l'arrêt de l'activité de « renouvellement de l'AME » à Nice.

Tableau 9 : Consultations et entretiens délivrés dans les Caso en 2011

Consultations	Nombre de consultations	Nombre de patients différents ¹	Nombre moyen de consultations par patient
Consultations médicales & dentaires	44 739	22 924	
Consultations médicales	40 627	22 081	1,8
dont...			
– Consultations de psychiatrie	1 411	572	2,5
– Consultations d'ophtalmologie	1 280	1 075	1,2
Consultations dentaires ²	4 112	1 771	2,3
Interventions & entretiens	30 669	21 171	
Infirmier(ère)	2 582	1 931	1,3
Psychologue	2 388	546	4,4
Opticien/Ophtalmologiste	1 152	753	1,5
Kinésithérapeute	213	75	2,8
Sage-femme	41	31	1,3
Podologue	31	11	2,8
Entretien avec accueillant	1 733	1 444	1,2
Travailleur social	19 532	14 375	
– dont consultations sociales	15 966	11 016	1,4
– dont instruction CMU ou AME	3 566	3 359	1,1
Autres ³	2 997	1 975	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 10 : Traitements à l'issue des consultations médicales, 2011

Traitements	%	Nombre de consultations
Remis	88,3	26 527
Non remis	8,7	2 603
Remis partiellement	0,7	220
Non nécessaires	2,3	699

Taux de réponses : 74,3 %.

Chaque consultation doit constituer une occasion de proposer les dépistages adaptés aux facteurs de risques auxquels les patients ont été exposés et de faire bénéficier aux patients des préventions et/ou traitements nécessaires, même si cela n'est pas leur motif de consultation initial.

Un dépistage ou un examen ont été proposés dans près de 6 000 consultations, soit plus d'une fois sur dix (11,2 %) (tableau 11). Les examens et dépistages les plus fréquemment prescrits, grâce au programme spécifique de Médecins du Monde, sont des sérologies pour le VIH ou les hépatites (autour de 8 %), ou encore des examens radiologiques ou échographiques. On peut relever une augmentation du nombre de patients pour lesquels une radiographie pulmonaire et/ou un dépistage (VIH et/ou hépatites) ont été proposés (6 % en 2009 et 7 % en 2010), traduisant une meilleure sensibilisation des équipes des Caso à la prévention.

À l'issue des consultations, 3 % des patients (1 266 personnes) ont été orientés en interne vers d'autres intervenants des Caso et 130 patients se sont vu proposer une orientation pour obtenir un titre de séjour pour raisons médicales.



M. S. se montre assez agressif et impatient à l'accueil du Caso. Il m'explique qu'il a des problèmes urinaires. En fait, au cours de la consultation, je comprends qu'il est très inquiet à la suite d'un rapport non protégé. Après quelques conseils concernant la prévention du VIH, nous prenons un rendez-vous pour la fin de matinée auprès du CDAG le plus proche."

[Caso de Paris]

➔ L'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS DES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE

Si l'année 2011 a été dans la continuité de 2010 pour l'approvisionnement en médicaments des centres métropolitains, le changement majeur a concerné les centres ultramarins. L'objectif de mise en place de l'approvisionnement en médicaments de ces centres en 2011 a été en partie atteint.

Les contraintes logistiques et douanières rencontrées au début de l'année 2011 pour Mayotte se sont résolues dans le courant de l'année grâce aux efforts conjugués de l'ensemble des acteurs.

La Guyane, en raison de contraintes administratives, n'est entrée dans le système qu'à la fin de l'année 2011.

Pour l'année 2012, notre vigilance portera sur les axes suivants :

- Consolidation de la mise en place du circuit de distribution aux centres ultramarins de Médecins du Monde ;
- Évolution des fonds demandés par Pharmacie humanitaire internationale (PHI) et mis à disposition par l'État dans le contexte :
 - d'un accroissement du nombre de patients et des consultations dans les centres de Médecins du Monde ;
 - d'augmentation du nombre de structures éligibles au dispositif PHI, tant en métropole qu'hors métropole ;
 - d'une réduction des dépenses et des fonds institutionnels en période de crise.

Tableau 11 : Examens complémentaires et dépistages proposés à l'issue des consultations, 2011

	%	Nombre d'examens
Dépistage ou examen	11,2	5 937
Dépistage VHB (dont 69,0 % au CDAG et 31,0 % au labo)	8,3	3 358
Dépistage VHC (dont 70,7 % au CDAG et 29,3 % au labo)	8,3	3 360
Dépistage VIH (dont 68,3 % au CDAG et 31,2 % au labo)	8,2	3 330
Autres examens de laboratoire	5,8	2 351
Radiographie pulmonaire	4,4	1 758
Autres radiographies/échographies	2,7	1 074
Test de grossesse ¹	0,7	98
Dépistage autre IST ²	0,3	95
Mammographie ¹	0,2	30
Frottis cervico-vaginal ¹	0,1	19
Plombémie	<0,1	2
Autres dépistages	0,3	137

Taux de réponses : 29,9 %.

¹ Femmes de 15 ans et plus.

² Patients de 15 ans et plus.



© Christina Modolo

QUI SONT LES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO EN 2011 ?

Ouverts à toute personne en situation de précarité, les Caso accueillent des personnes d'origines diverses confrontées à des difficultés d'accès aux droits et/ou aux soins. Après un examen de leur situation sociale, les personnes sont informées sur leurs droits et orientées ou accompagnées dans les démarches et peuvent bénéficier de consultations médicales. ■

1. Le profil sociodémographique des patients accueillis en 2011

LES POINTS ESSENTIELS

- > 60 % des personnes reçues en 2011 sont des hommes.
- > L'âge moyen des consultants est de 33 ans, 58 % sont âgés de 18 à 39 ans et 12 % sont mineurs.
- > 93 % des personnes sont de nationalité étrangère.
- > Les pays les plus représentés sont la Roumanie (13,9 %), l'Algérie (11,1 %) et la France (6,6 %). En 2011, on note une augmentation des ressortissants tunisiens (6 % contre 4 % en 2010).
- > Près de 7 étrangers sur 10 séjournent en France depuis moins de 1 an et 1 sur 3 depuis moins de 3 mois.

En 2011, près de 60 % des personnes qui se sont présentées aux Caso sont des hommes et 40 % des femmes.

L'âge moyen des consultants est de 33,0 ans, sans variation notable selon le sexe ou la nationalité. Près de 6 personnes sur 10 ont entre 18 et 39 ans et seules 6,1 % sont âgées de 60 ans et plus (*tableau 12*).

En 2011, 12,2 % des consultants sont mineurs (soit plus de 2 800 enfants). L'augmentation de la part de jeunes mineurs parmi la population reçue est observée de façon continue depuis 2006. Un chapitre leur est consacré (page 118).

Une grande diversité des origines des consultants...

En 2011, plus de 9 personnes sur 10 sont de nationalité étrangère (*tableau 13*). La baisse constante des personnes de nationalité française se poursuit cette année. Ainsi, depuis 2004, leur proportion dans la file active des Caso a quasiment été divisée par deux (2 209 personnes en 2004, soit 11,2 %, contre 1 538 en 2011, soit 6,6 %).

Si l'on englobe les Français, l'Union européenne reste le groupe continental le plus représenté parmi les personnes rencontrées dans les Caso (27,1 %), suivi des ressortissants d'Afrique subsaharienne (avec près de 25 % des consultants), puis du Maghreb (22,8 %), de l'Union européenne hors France (20,5 %) et enfin de l'Europe hors UE (11,8 %). Avec 151 nationalités différentes reçues dans les Caso au cours de l'année 2011, la diversité des origines des personnes accueillies est toujours aussi importante. Les Roumains restent les plus nombreux (13,9 %), suivis des Algériens (11,1 %), des Français (6,6 %) et des Tunisiens (6,3 %). L'évolution la plus notable en 2011, en lien certainement avec les révolutions arabes, est la progression de près de 3 points des ressortissants du Maghreb (20 % en 2010), avec une légère augmentation des Algériens mais surtout des Tunisiens, qui passent de 3,9 % en 2010 à 6,3 % en 2011 et représentent ainsi la 4^e nationalité¹⁰ (*figure 4*).

La répartition selon le sexe varie sensiblement selon les nationalités. Les hommes proviennent plus fréquemment du

Tableau 12 : Répartition par âge des patients des Caso

Classes d'âge	%	n
0-4 ans	5,5	1 270
5-9 ans	2,9	666
10-14 ans	1,6	379
15-19 ans	2,2	516
20-24 ans	11,9	2 767
25-29 ans	19,8	4 594
30-34 ans	14,9	3 471
35-39 ans	11,1	2 568
40-44 ans	8,2	1 918
45-49 ans	6,8	1 575
50-54 ans	5,1	1 182
55-59 ans	3,9	910
60-64 ans	2,6	599
65-69 ans	1,5	350
70 ans et plus	2,0	461
Total	100,0	23 226

Taux de réponses : 98,2 %.

(10) Le même phénomène n'est pas observé pour les autres ressortissants concernés par les révolutions arabes de 2011.

Maghreb (28 % vs 15 % des femmes) ainsi que du Proche et Moyen-Orient (7 % vs 1 %). Les femmes a contrario sont plus fréquemment originaires d'Union européenne (25 % vs 17 %), d'Afrique subsaharienne (28 % vs 22 %) et d'Océanie/Amériques (6 % vs 3 %).

Tableau 13 : Répartition des personnes reçues dans les Caso selon le groupe continental, 2011

	%	n
Français	6,6	1 538
Étrangers	93,4	21 609
Groupe continental		
Union européenne (avec France)	27,1	6 280
Union européenne (hors France)	20,5	4 742
Afrique subsaharienne	24,9	5 754
Maghreb	22,8	5 280
Europe (hors UE)	11,8	2 732
Proche et Moyen-Orient	4,8	1 116
Asie	4,3	993
Océanie et Amériques	4,3	991

Taux de réponses : 97,9 %.

... qui implique un recours important à l'interprétariat

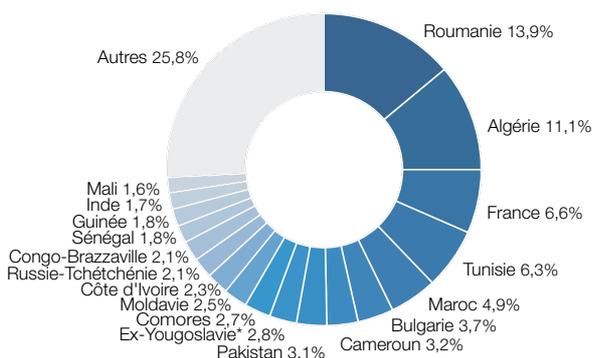
Lors de l'accueil des personnes, l'intervention d'un traducteur était nécessaire dans 47 % des cas. 8 fois sur 10, la traduction a pu être assurée, le plus souvent par une personne accompagnant les patients (tableau 14).

Tableau 14 : Besoins de traduction dans les Caso, 2011

	%	n
Besoin d'un traducteur lors de l'entretien	46,6	9 884
Présence du traducteur		
Présence sur place (personne accompagnante)	47,0	4 121
Présence sur place (intervenant MdM ou externe)	29,8	2 615
Par téléphone avec interprète professionnel	3,4	297
Pas de traducteur	19,8	1 741

Taux de réponses : Besoin traducteur : 89,8 % ; Présence traducteur : 88,8 %.

Figure 4 : Répartition des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité, 2011



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

➔ UN RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL AU SEIN DES CASO DE PLUS EN PLUS IMPORTANT

Afin de répondre aux besoins de traduction des personnes accueillies dans les programmes, Médecins du Monde a développé en 2007 un partenariat formel avec Inter Service Migrants. Depuis cette date, on constate un développement de plus en plus important de l'interprétariat professionnel au sein de la structure. Les dépenses allouées à ce service n'ont cessé de croître depuis 2007, témoignant d'une meilleure sensibilisation des équipes des Caso et de besoins croissants. Cependant, le recours à l'interprétariat professionnel reste encore sous-utilisé par les programmes.

« IL QUITTE LES URGENCES MUNI DE CONSIGNES ET DE DOCUMENTS, SANS COMPRENDRE CE QU'IL DOIT FAIRE... »

“ Arrivé en France en mai, se sentant mal, fatigué, le souffle court, M. S., pakistanais, se rend aux urgences d'un hôpital parisien un soir du mois de mai, accompagné d'un ami possédant des rudiments de français. Il y est examiné, bénéficie d'un bilan biologique et d'un premier bilan cardiologique avec électrocardiogramme et échographie. Le bilan s'arrête là quand on comprend qu'il n'a pas de couverture maladie ni d'argent pour payer ses soins. Un interprète est alors appelé, qui lui explique qu'il doit revenir le lendemain matin pour rencontrer une assistante sociale. Malheureusement, l'interprète, infirmier à l'hôpital, était turc et même s'il parlait une langue orientale ce n'était ni l'ourdou ni le pendjabi... Les deux amis ont donc quitté l'hôpital, munis de toute une série de documents (compte rendu médical, ordonnance, recommandations écrites...) sans comprendre ce qu'ils devaient faire... Sans argent, sans couverture maladie, M. S. est resté 4 mois sans soins. Par chance, accompagnant des amis qui avaient rendez-vous pour un dépistage de la tuberculose au « Camion Radio », il a demandé à bénéficier d'une radiographie pulmonaire. Le médecin a alors découvert un énorme cœur étalé laissant suspecter une insuffisance cardiaque grave et l'a orienté sans délai au Caso. ” [Caso de Saint-Denis]

Un tiers des personnes accueillies aux Caso résident en France depuis moins de 3 mois

Près de 36 % des étrangers reçus en 2011 dans les Caso comptent une durée de résidence en France (depuis leur dernière entrée) inférieure à 3 mois. Pour environ 68 % d'entre eux la durée de séjour en France est inférieure à 1 an (tableau 15).

L'analyse de la durée de résidence¹¹ selon l'origine des personnes révèle d'importantes disparités (figure 5). C'est en effet parmi les ressortissants d'Afrique subsaharienne et d'Europe hors UE que l'on compte le plus de « primo-arrivants » (arrivés depuis moins de 3 mois).

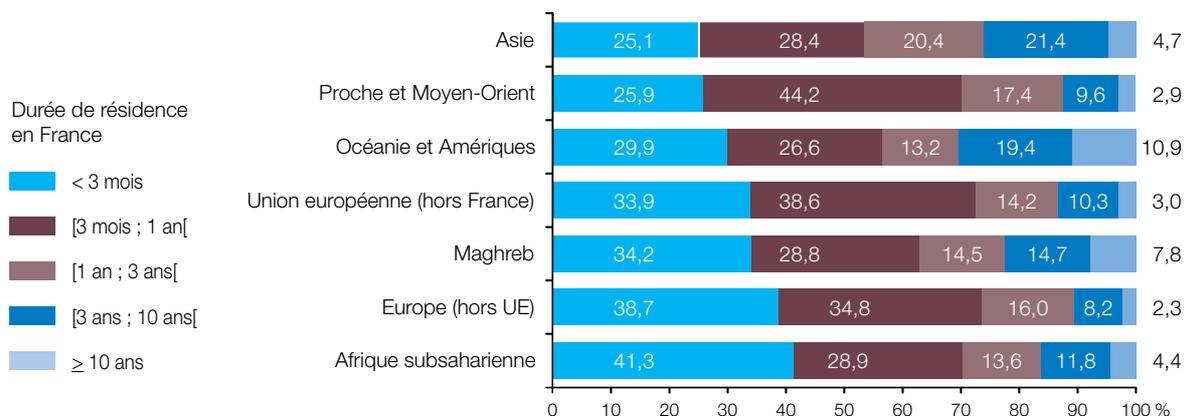
Tableau 15 : Durée de résidence en France¹ des personnes étrangères reçues dans les Caso, 2011

Durée de résidence	%	n
Moins de 3 mois	35,6	7 037
3 mois à moins de 1 an	32,2	6 373
1 an à moins de 3 ans	14,8	2 925
3 ans à moins de 10 ans	12,5	2 467
10 ans et plus	4,9	978

Taux de réponses : 89,5 %.

¹ Depuis la date de la dernière entrée en France.

Figure 5 : Durée de résidence en France des personnes étrangères reçues dans les Caso selon le groupe continental, 2011



(11) La durée de séjour prise en compte est établie à partir de la dernière date d'entrée sur le territoire, même si les personnes ont vécu antérieurement en France.

La situation des personnes originaires du Maghreb est particulière. C'est en effet ce groupe qui compte la durée moyenne de séjour en France la plus élevée (3 ans en moyenne), mais avec également un nombre élevé de personnes présentes en France depuis peu.

Près de 1 étranger sur 5 a cependant vécu auparavant en France (tableau 16). Cette proportion est de 19 % parmi les étrangers dont le dernier séjour en France n'excède pas 3 mois. Ainsi, la plupart des étrangers considérés comme « primo-arrivants » comptent en fait une durée de séjour cumulée en France plus importante : plus de la moitié d'entre eux cumulent au moins 1 an de résidence sur le territoire. Malheureusement, l'ouverture des droits pour l'AME et la CMU est conditionnée à 3 mois de résidence stable en France depuis la date de dernière arrivée sur le territoire français.

Tableau 16 : Séjours antérieurs en France des personnes étrangères reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Étrangers ayant déjà vécu en France	18,2	3 334
Étrangers « primo-arrivants » ¹ ayant déjà vécu en France	19,2	1 219
Durée totale vécue en France (hors dernier séjour) des « primo-arrivants » ²		
Moins de 3 mois	22,1	126
3 mois à 1 an	24,4	139
1 an à 3 ans	23,9	136
3 ans et plus	29,5	168

Taux de réponses : Vécu antérieurement en France : 82,8 % ; Temps total vécu en France : 61,8 %.

¹ Dont le dernier séjour en France est inférieur à 3 mois.

² Le total ci-dessous n'atteint pas 1 219 en raison des non-réponses, qui s'élèvent à 40 % à cette question.

Lecture du tableau : 19,2 % des étrangers « primo-arrivants » ont déjà vécu en France avant leur dernier séjour. Parmi eux, 29,5 % ont déjà séjourné au moins 3 ans sur le territoire.

2. Conditions de vie et environnement social des personnes accueillies en 2011

LES POINTS ESSENTIELS

- > En 2011, les 3/4 des personnes rencontrées aux Caso vivent seules, 39 % indiquent avoir un ou plusieurs enfants.
- > Dans près de 6 cas sur 10, les personnes ayant des enfants sont séparées d'au moins un d'entre eux.
- > Seules 28 % des personnes accueillies disposent d'un logement stable, 46 % vivent dans un logement précaire, 12 % sont hébergées par un organisme et 14 % vivent soit à la rue soit dans un hébergement d'urgence au jour le jour.
- > Parmi les consultants âgés de 16 ans ou plus, près de 9 sur 10 ne disposent d'aucunes ressources financières officielles.
- > 7 étrangers sur 10 sont en situation irrégulière. Parmi eux, 16,7 % sont ressortissants de l'Union européenne.
- > Les personnes concernées par une demande d'asile représentent 31 % des étrangers non communautaires.

En 2011, 3 consultants sur 4 déclarent vivre seuls (avec ou sans enfants) et près de 4 sur 10 indiquent avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Dans la majorité des cas (59 %), les personnes ayant des enfants sont séparées d'au moins un d'entre eux (tableau 17).

Les femmes reçues dans les Caso vivent plus fréquemment en couple (2 fois plus souvent que les hommes) et ont plus souvent des enfants mineurs ; les ressortissants européens

(y compris UE) sont également plus nombreux à vivre en couple.

Parmi les 2 831 mineurs rencontrés dans les Caso, 92 % sont accompagnés de leurs parents, 5 % par un membre de la famille ou une autre personne et près de 3 % (soit 64 jeunes) sont seuls (tableau 18). Un chapitre est consacré aux mineurs (page 118).

Tableau 17 : Situation familiale des personnes de 18 ans ou plus reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Situation familiale		
Seul(e)s (avec ou sans enfants)	75,0	14 215
En couple (avec ou sans enfants)	25,0	4 751
Ont un ou plusieurs enfants mineurs		
Oui	39,4	6 258
Non	60,6	9 612
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
Vivent avec tous leurs enfants	41,0	2 304
Vivent avec une partie de leurs enfants	7,6	426
Ne vivent pas avec leurs enfants	51,4	2 887

Taux de réponses : Situation familiale : 93,0 % ; Ont des enfants mineurs : 77,8 % ; Lieux de vie des mineurs : 89,8 %.

Tableau 18 : Situation des mineurs reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Vivent...		
Avec leurs parents (père et/ou mère) ou tuteur légal	92,1	2 024
Avec un autre membre de la famille	3,4	76
Avec d'autres personnes	1,0	21
Sont isolés	2,9	64
Avec concubin(e)	0,6	13

Taux de réponses : 77,6 %

Des conditions de logement très difficiles

Dans le contexte actuel de crise du logement, ce sont 3,6 millions de personnes qui sont non ou très mal logées aujourd'hui en France selon le dernier rapport de la Fondation Abbé-Pierre¹². Parmi elles, 85 000 vivent dans des logements de fortune (cabanes, mobil-homes, tentes...) et 133 000 seraient sans domicile. Le mal-logement concerne une très large majorité des personnes reçues dans les Caso. En effet, la plupart d'entre elles connaissent des difficultés de logement majeures (tableau 19) : seules 8 % des personnes déclarent disposer d'un logement stable personnel, près de 2 sur 10 sont hébergées durablement, les autres personnes vivent majoritairement dans un logement précaire, généralement sous la forme d'un hébergement temporaire chez des connaissances ou dans de la famille (29,6 %), mais aussi parfois dans un squat (6,6 %) ou un campement illégal (6,6 %). On compte également environ 16 % de personnes hébergées par un organisme ou une association, pour certains sur une courte durée (15 jours), voire au jour le jour quand il s'agit d'un hébergement d'urgence ; 10,2 % enfin ne disposent d'aucune solution même temporaire et vivent à la rue. L'analyse des caractéristiques des personnes sans domicile fait l'objet d'un chapitre spécifique dans la suite de ce rapport (page 132).

« FAUTE DE PLACE EN HÉBERGEMENT D'URGENCE, UN COUPLE AVEC UNE PETITE FILLE DE 4 ANS SÉJOURNE UN MOIS AUX URGENCES DE L'HÔPITAL »



Une famille accompagnée de leur petite fille de 4 ans est arrivée d'Algérie en France en mars 2011. La famille a quitté son pays à la suite de menaces et de violences subies.

À son arrivée en France, la famille a été hébergée provisoirement par un compatriote dans une cave pendant 3 mois.

La famille s'est présentée au Caso au mois de juin, leur fillette était malade. Au regard des conditions de logement, cela n'avait rien d'étonnant. Nous avons contacté le 115 de Paris. Faute de places disponibles, le 115 a orienté cette famille aux urgences des hôpitaux. Ils y ont séjourné tout le mois de juillet." [Caso de Paris]

(12) Fondation Abbé-Pierre, « L'état du mal-logement en France. 17^e rapport annuel », 2012, 226 pages.

Tableau 19 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso¹ (le jour de leur première visite), 2011

	%	n
Logement stable	27,8	5 951
dont...		
– Hébergé(e)s durablement (famille ou amis)	18,4	3 936
– Logement personnel	8,1	1 742
Logement précaire	45,9	9 826
dont...		
– Provisoirement hébergé(e)s par famille ou amis	29,6	6 345
– Occupent un logement sans bail (sans contrat légal)	6,6	1 403
– Occupent un terrain sans droit (campement illégal)	6,6	1 409
– Autre	2,2	480
Hébergé(e)s	16,1	3 439
Hébergé(e)s par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	10,9	2 331
Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours	1,5	310
Hébergement d'urgence au jour le jour	3,7	798
À la rue	10,2	2 189

Taux de réponses : Logement : 90,5 % ; Précisions logement précaire : 98,1 % ; Précisions logement stable : 95,4 %.

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

lecture du tableau : 45,9 % des patients vivent dans un logement précaire. Ils se répartissent de la façon suivante : 29,6 % sont provisoirement hébergés, 6,6 % occupent un logement sans bail, 6,6 % un terrain sans droit et 2,2 % sont dans une autre situation.

Le total diffère légèrement de 45,9 % 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.

→ L'HÉBERGEMENT D'URGENCE : DES PLACES ENCORE TROP RARES ET BIEN SOUVENT INADAPTÉES

« Mme H. est nigériane, elle est arrivée en France en 2001. Ce jour, elle se retrouve à la rue, désœuvrée, ne sachant où aller. Je contacte le 115. Après une durée d'attente de 1 heure et 45 minutes, j'obtiens un interlocuteur. Une place est réservée pour Mme H. mais malheureusement l'adresse de l'hôtel ne sera communiquée que l'après-midi. Je dois retéléphoner à partir de 16 heures. Mme H. reste la journée au Caso. À 16 heures, je rappelle le 115. Après une heure d'attente nous obtenons l'adresse de l'hôtel. »
[Caso de Paris]

Entre 2000 et 2010, les capacités d'hébergement d'urgence ont été augmentées¹³ mais insuffisamment au regard des besoins, et ces efforts ne seront sans doute pas poursuivis dans la mesure où l'année 2011 a connu une baisse importante des fonds alloués à l'hébergement d'urgence¹⁴. De plus, certaines associations ont connu des coupes budgétaires importantes, les exposant à des difficultés croissantes pour venir en aide aux personnes qu'elles accueillent. Les besoins en hébergement d'urgence sont donc loin d'être couverts. D'après la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), 47 % des demandes d'hébergement au 115 ont donné lieu à un hébergement en janvier et 64 % en février. Cependant, ce dernier chiffre ne traduit pas la réalité de la situation critique de l'urgence sur les territoires du fait notamment des déclenchements des niveaux 2 puis 3 du plan « grand froid » à cette période et des besoins toujours présents même en dehors de la période hivernale. Sans compter le nombre toujours important de personnes qui n'appellent plus le 115 à force d'essuyer des refus ou de recevoir des propositions inadaptées.

(13) « Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la politique de l'hébergement d'urgence », 26 janvier 2012, Assemblée nationale.

(14) D'après le Collectif des associations unies pour une nouvelle politique publique du logement des personnes sans abri et mal logées (article paru dans Marianne : « L'hébergement d'urgence n'est pas une priorité du gouvernement ! », 30 juin 2011).

Alors que, par un arrêt du 10 février 2012, le Conseil d'État qualifie le droit à l'hébergement d'urgence de liberté fondamentale, qu'en est-il des conditions actuelles d'application de ce droit ?

En 2012, Médecins du Monde a réalisé un état des lieux de la situation dans sept villes de France (Grenoble, Lyon, Marseille, Montpellier, Saint-Denis, Strasbourg et Toulouse)¹⁵. Du 16 janvier au 29 février 2012, tous les signalements au 115 réalisés pour les personnes rencontrées par les équipes de Médecins du Monde ont été suivis et documentés. Au total 190 signalements ont été effectués, correspondant à 213 personnes, dont 23 familles et 66 enfants. Dans 58 % des cas (soit 123 personnes), les signalements n'ont pas abouti à une solution d'hébergement.

L'absence de places disponibles demeure la raison majeure du non-hébergement – elle concernait 23 % des personnes signalées. Toutefois, dans 17 % des cas, d'autres motifs évoqués par le 115 étaient à l'origine du refus. Parmi les raisons les plus fréquemment évoquées, on peut citer :

- La personne a « épuisé son quota de nuits » (10 personnes) ;
- La personne est « connue pour des problèmes de comportement » (3 personnes) ;
- La personne est en situation irrégulière (3 personnes) ;
- La personne « n'a pas rappelé, ne s'est pas présentée la fois dernière ou a déjà refusé une place » (5 personnes).

Dans 18 % des cas, les solutions d'hébergement proposées ont été refusées par les personnes elles-mêmes car elles n'étaient pas adaptées à leurs besoins (lieux non adaptés pour les familles ou les couples, promiscuité, absence de possibilité de rester en journée, refus des animaux, violences, vols, manque d'hygiène, lieux trop éloignés du centre-ville...). Rappelons que beaucoup de personnes ne font même plus la démarche d'appeler le 115 pour les motifs évoqués plus haut, mais également en raison de refus répétés, de temps d'attente trop longs...

Parmi les personnes restées à la rue, on compte 74 % des familles (soit 17 familles), 58 % des enfants (soit 38 mineurs), 100 % des femmes enceintes (soit 7 femmes enceintes) et 43 % des personnes malades (soit 38 individus malades). Les facteurs de vulnérabilité ne semblent plus être des critères de priorisation dans la distribution des places et l'irrégularité du séjour peut constituer un handicap.

Dans ces conditions, le principe de l'inconditionnalité¹⁶ de l'hébergement d'urgence, pourtant garanti par la loi, n'est pas strictement appliqué.



Un couple avec un enfant de 2 mois et demi, est suivi par le Caso dans le cadre de son accès aux droits et aux soins. Hébergé par le 115 depuis la sortie de la maternité de la mère et du bébé, il a dû quitter l'hôtel à la demande du 115. Après avoir passé un appel au 115

le 16 mai 2011, le couple bénéficie d'un nouvel hébergement dans le cadre de la mise à l'abri à titre humanitaire pour une période de 3 jours. Il a rappelé suivant nos conseils le 19 mai 2011 au matin pour renouveler cette prise en charge pour 3 jours. Le 23 mai 2011, malgré l'appel pour renouveler une troisième fois cette prise en charge, faute de disponibilité la famille ne s'est vu proposer aucune solution et a donc passé la nuit à l'extérieur." [Caso de Saint-Denis]



Mme B. vit seule avec son enfant. Elle a épuisé son compte de jours. Le 115 ne prend plus en charge son hébergement. Elle ne peut désormais appeler le 115 qu'après 17 heures pour obtenir une solution pour la nuit. Chaque jour se répète le scénario. Sans solution le vendredi, à 18 heures, elle rappelle la puéricultrice, qui passe 18 appels dans des structures caritatives. En vain. À 23 heures, elle lui conseille de se rendre aux urgences." [Caso de Saint-Denis]

Ces dysfonctionnements n'épargnent aucune région et ne sont pas réduits à la seule période hivernale, comme le démontre l'enquête flash menée en juillet 2011 par la Fnars dans 34 départements¹⁷. Cette enquête faisait apparaître que 65 % des demandes d'hébergement étaient laissées sans solution et dans 82 % des cas par manque de place.

Les figures 6 à 9 présentent les conditions de logement des personnes ayant fréquenté les Caso en 2011 selon leurs principales caractéristiques (sexe, nationalité, groupe continental d'origine et durée de résidence en France).

On constate que les situations de grande précarité face au logement concernent davantage les hommes que les femmes (figure 6). En effet, la part des hommes sans domicile est près de 3 fois plus élevée que celle des femmes. Ces dernières, a contrario, déclarent plus fréquemment un logement stable. Par ailleurs, les étrangers se distinguent par une proportion très élevée de personnes vivant dans un logement précaire alors que les Français eux sont majoritairement soit dans un logement stable soit sans domicile.

Signalons également la situation difficile de nombreuses familles, qui sont près de 10 % à vivre à la rue et 44 % dans un logement précaire.

C'est parmi les ressortissants du Maghreb, d'Océanie et des Amériques que l'on compte le plus de personnes en

(15) Médecins du Monde, « Enquête sur l'hébergement d'urgence. Hiver 2011/2012 », 2012, 15 pages.

(16) 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.

(17) Observatoire de la Fnars, « Quelles sont les réponses apportées aux personnes sans abri pendant l'été ? », 2011

logement stable, alors que les ressortissants européens (y compris UE) et des Proche et Moyen-Orient déclarent plus fréquemment un logement précaire. On peut constater également une proportion importante de personnes hébergées parmi les ressortissants d'Europe hors UE (figure 8). Les conditions de logement s'améliorent avec le temps : en effet, plus la durée de séjour des étrangers augmente, plus

les personnes déclarent un logement stable. Néanmoins, quelle que soit la durée du séjour, la précarité du logement est la situation majoritaire.

Notons enfin le recours à l'hébergement d'urgence, qui diminue avec la durée de résidence mais ne disparaît pas complètement (figure 9).

Figure 6 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon le sexe, 2011

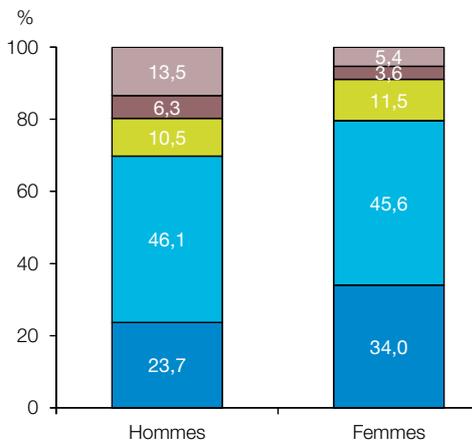


Figure 7 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon la nationalité, 2011

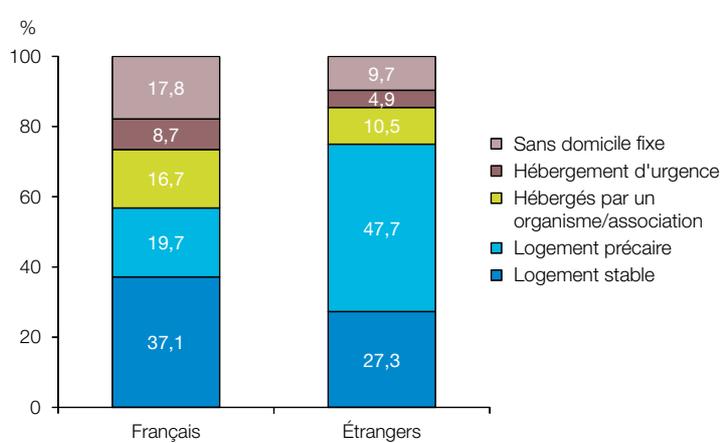


Figure 8 : Situation du logement des personnes reçues dans les Caso selon le groupe continental d'origine, 2011

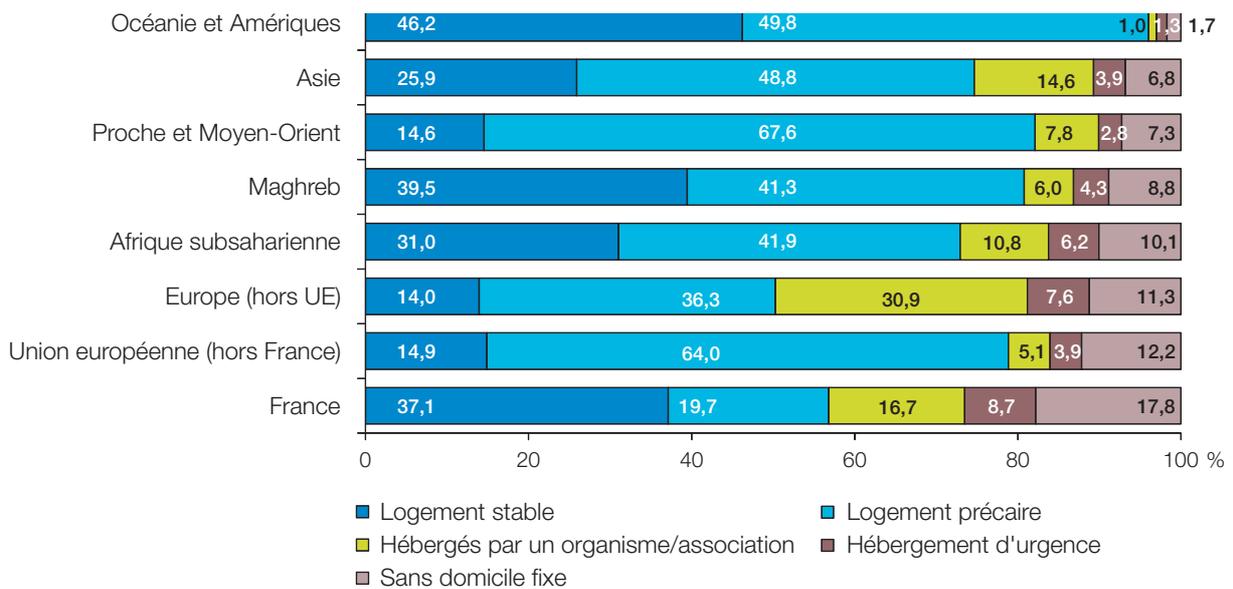
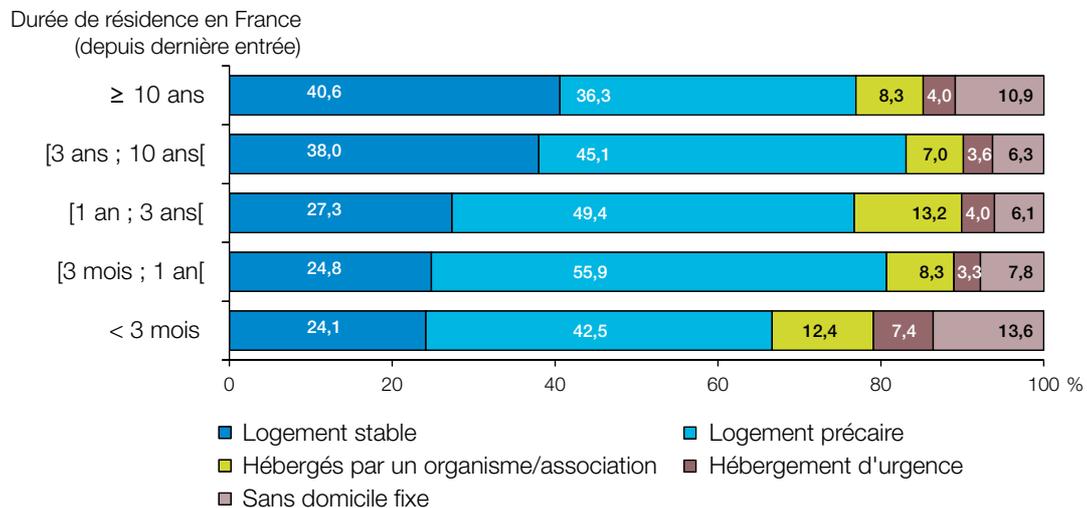


Figure 9 : Situation du logement des personnes étrangères reçues dans les Caso selon la durée de résidence en France, 2011



→ LA MISSION SANTÉ-LOGEMENT MENÉE DANS LE VAL-DE-MARNE EN ÎLE-DE-FRANCE

Selon la loi du 25 mars 2009, l'habitat indigne désigne « [...] les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état (ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés) expose les occupants à des risques manifestes, pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé ». Selon les estimations actuelles, plus de 600 000 logements en France, dans lesquels vivent un peu plus d'un million de personnes, seraient considérés comme de l'habitat indigne¹⁸.

La mission Santé-Logement de Médecins du Monde est la suite logique de la mission Saturnisme créée en 1993. Face au recul de l'épidémie saturnine en Île-de-France, et devant le constat des effets délétères de l'habitat indigne sur la santé somatique et psychique des habitants, Médecins du Monde a souhaité élargir ses actions à la prise en charge de l'ensemble des pathologies liées aux conditions de vie insalubres dans le département du Val-de-Marne et non plus au seul risque de saturnisme. La mission Santé-Logement poursuit ainsi un double objectif :

- améliorer la prise en charge des problèmes de santé des populations vivant dans un logement indigne dans 13 communes du Val-de-Marne ;

- favoriser la prise en compte des problèmes de santé dans les procédures de relogement.

Ces suivis se placent dans le cadre plus global d'une recherche-action sur le thème de l'impact de l'habitat indigne sur la santé qui vise à qualifier l'ensemble des problèmes de santé qui peuvent être accentués ou causés par les conditions de logement indigne, à identifier les acteurs pertinents pour l'intervention sur ces situations et à tester des manières de travailler ensemble pour aller vers une amélioration de l'état de santé.

En 2011, l'équipe a traité 46 signalements (qui concernaient 52 familles), dont la moitié émanait des services du conseil général, des centres de protection maternelle et infantile (PMI) et des Espaces départementaux des solidarités (EDS) et 20 % directement de familles qui avaient pris contact avec la mission. Selon l'équipe, plus des deux tiers des logements présentent des signes d'humidité ou de moisissures et la moitié des peintures écaillées. Enfin, plus de 8 logements sur 10 sont suroccupés. Dans la majorité des cas (93 %), une demande de relogement est en cours, mais pour un tiers des familles cette demande date de plus de 3 ans.

Les familles vivant dans ces logements présentent un état de santé souvent dégradé : ainsi près d'un tiers des enfants rencontrés ont déclaré des problèmes d'asthme au cours des 12 derniers mois précédant la visite. Enfin, les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, la fatigue et les maux de tête sont cités par plus de 1 adulte sur 3.

(18) Fondation Abbé-Pierre, « L'état du mal-logement en France. 17^e rapport annuel », 2012, 245 pages.

**« M. V., QUASIMENT AVEUGLE,
VIT DANS UNE CAVE DE 10 M² DISPOSANT
D'UNE SEULE PETITE FENÊTRE »**



Contactés par une assistante sociale, nous nous rendons dans un quartier pavillonnaire du Perreux pour explorer le cas de M. V., âgé d'une cinquantaine d'années, quasiment aveugle et vivant en sous-sol dans un logement en mauvais état.

À notre arrivée, nous découvrons que les fenêtres correspondant au logement de M. V. sont situées au ras du jardin, sous le balcon de l'appartement du rez-de-chaussée. Nous sonnons et après avoir descendu un escalier en colimaçon et franchi un dédale de couloirs nous arrivons au niveau des caves, se composant de boxes et de trois petits locaux, apparemment habités.

L'odeur de renfermé et de moisi nous saisit dès l'entrée. L'appartement est constitué d'une pièce unique d'environ 10 m², très basse de plafond et disposant d'une seule fenêtre qui mesure environ 1 mètre de largeur sur 30 centimètres de hauteur. Il n'y a pas de ventilation. M. V. doit donc ouvrir cette fenêtre en permanence, hiver comme été.

Le logement est humide mais peu de moisissures sont visibles (sans doute enfermées sous les lambris qui couvrent les murs du logement).

M. V. nous apprend qu'au décès de ses parents avec lesquels il vivait dans un grand pavillon il a dû se résoudre à vendre la maison (il y a environ une dizaine d'années) et à prendre cette location. C'est à cette époque que semblent démarrer ses problèmes de santé : une hépatite chronique nécessitant un traitement par interféron alfa associé à des immunosuppresseurs lui occasionne des ulcères cornéens avec surinfections oculaires, en grande partie liées aux moisissures ambiantes. Peu à peu, ces surinfections oculaires et ulcères engendrent une cécité ; des greffes de cornée sont tentées, d'où de nouveaux traitements immunosuppresseurs, de nouvelles surinfections favorisées par ces traitements et l'environnement : c'est le cercle vicieux...

M. V. vit seul dans ce logement avec son chien.

Jusqu'à une période récente il n'avait jamais fait appel aux services sociaux de sa commune, et se contentait de l'aide d'une personne de son voisinage. Il nous explique que sa cécité s'aggrave et devenant presque complète, il n'arrive pratiquement plus à faire sa cuisine... Il apparaît donc que le logement de M. V. est non seulement un facteur aggravant de son état

de santé, mais encore totalement inadapté à son cas ; il doit bénéficier d'un logement correspondant à son handicap et d'aides ménagères pour l'assister dans sa vie quotidienne.

Nous apprenons que deux autres familles vivent comme M. V. en sous-sol dans le même immeuble. Nous déposons dans les boîtes aux lettres de ces familles des courriers leur proposant de passer les voir... [Mission Santé-Logement]

La mission peut également rencontrer d'autres types de situations non liées à de l'habitat insalubre mais pouvant toutefois avoir un impact sur la santé mentale des occupants, comme le montre le témoignage ci-dessous :

**« UNE FAMILLE DÉSINVESTIT
SON APPARTEMENT À LA SUITE
D'UN TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE
AYANT EU LIEU SUR PLACE »**



Il s'agissait d'évaluer la situation d'une famille habitant dans un F4 en moyen état, dans lequel a eu lieu le suicide de M. B. en présence de ses 3 petits-enfants (âgés de 16, 10 et 8 ans). Le traumatisme est présent chez tous les membres de la famille et le délaissement du logement se fait sentir (peintures écaillées, papiers peints semi-arrachés, chambre inoccupée).

Le plus âgé des enfants, qui a appelé les secours et sa mère au moment des faits, a maintenant peur de se retrouver seul dans l'appartement et attend le retour de ses frères ou de sa mère pour rentrer. Il a complètement désinvesti sa chambre, dans laquelle il refuse de coucher.

Le garçon de 10 ans a tenté de retenir son grand-père au moment du drame, ce dernier l'a repoussé par un violent coup de pied. Depuis, il présente un syndrome de stress post-traumatique avec une angoisse permanente, des troubles de l'attention et une baisse du rendement scolaire.

Le garçon âgé de 8 ans était aux toilettes lors du drame. Il reste maintenant angoissé quand il doit se rendre aux toilettes. Il présente aussi des troubles de l'attention.

Les 3 enfants ont un sommeil agité, perturbé par des cauchemars et des sueurs abondantes. Ils sont suivis au centre médico-psychologique (CMP) ou par une psychologue privée.

Mme T. se sent débordée par la situation et ne sait comment aider ses enfants. Elle rencontre régulièrement une psychologue. Elle est par ailleurs

*atteinte d'un cancer osseux mais a abandonné son suivi médical depuis plus de 2 mois.
Au quotidien, la famille vit sur les lieux du drame.
Elle a désinvesti leur appartement où avant elle se plaisait. Cette situation bloque le travail de reconstruction psychique pourtant indispensable pour chacun d'entre eux et risque de fixer les symptômes.
Il est urgent pour l'équilibre psychique de chacun que cette famille puisse bénéficier d'un relogement.”*
[Mission Santé-Logement]

En 2011, à l'issue des visites à domicile, 33 dossiers médicaux ont été ouverts pour les familles dont le logement présentait un risque pour la santé. Ces dossiers concernent 45 adultes et 52 mineurs. 17 dossiers ont été ouverts en raison de problèmes respiratoires d'un membre au moins de la famille, 12 pour suspicion de risques saturnins, 2 pour des situations de souffrances psychiques liées à des traumatismes vécus dans le logement, 1 pour immunosuppression liée à un traitement de la maladie de Crohn et 1 pour immunodépression d'une personne malvoyante.

Une très large majorité des personnes sans ressources officielles

Parmi les personnes âgées de 16 ans et plus en 2011, la très grande majorité (85,5 %) ne disposent d'aucunes ressources officielles et seule 1 sur 4 indique exercer une activité professionnelle. Il s'agit pour nombre d'entre elles d'activités non déclarées en raison de l'impossibilité de travailler de façon légale (tableau 20).

Par voie de conséquence, le niveau de ressources financières de la quasi-totalité des personnes fréquentant les Caso se situe en dessous du seuil de pauvreté, avec près de 40 % ne disposant d'aucunes ressources financières. À titre de comparaison, en 2009, 13,5 % de la population générale française vivait en dessous du seuil de pauvreté¹⁹.

Les femmes exercent moins souvent une activité que les hommes, elles sont également plus fréquemment sans aucunes ressources (41 % vs 38 %), d'où une plus grande vulnérabilité. Par ailleurs, l'absence totale de ressources est nettement plus fréquente parmi les étrangers originaires

Tableau 20 : Activité et ressources des personnes de 16 ans ou plus reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie	25,2	4 241
Existence ou non de ressources officielles		
Pas de ressources officielles	85,5	9 907
Ressources officielles	14,5	1 685
dont...		
– Salaire/Indemnités journalières	3,3	378
– Revenu de solidarité active	3,1	361
– Allocation chômage	3,1	353
– Pension de retraite	1,5	170
– Allocation adulte handicapé	1,3	150
– Minimum vieillesse	0,4	40
– Autre revenu ou allocation	3,1	353
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
Ressources inférieures au seuil de pauvreté ¹	98,9	8 573
dont...		
– Aucunes ressources	39,0	3 381
Ressources supérieures au seuil de pauvreté	1,1	93

Taux de réponses : Exerce une activité : 79,6 % ; Ressources du foyer : 41,0 % ; Origine des ressources officielles : 54,8 %.

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 2009 à 954 euros mensuels pour une personne seule, sur la base des revenus 2008.

Lecture du tableau : 85,5 % des personnes ne disposent d'aucunes ressources officielles, 3,1 % perçoivent le RSA.

(19) ONPES, « Crise économique, marché du travail et pauvreté », rapport 2011-2012, 134 pages.

d'Afrique subsaharienne (47 %) et du Maghreb (54 %) et de façon générale parmi les étrangers séjournant en France depuis moins de 3 mois (73 % sans ressources).

Plus de deux tiers des adultes accueillis sont en situation irrégulière au jour de la consultation

À l'exception des mineurs qui ne sont pas concernés, tous les étrangers ressortissants d'un pays n'appartenant pas à l'UE doivent posséder un visa ou une autorisation de séjour pour résider en France.

Avant 2007, la France considérait que les ressortissants d'un pays de l'UE devaient être pleinement assimilés aux Français et ne devaient pas avoir à justifier de la régularité de leur séjour, notamment pour accéder aux droits à la couverture maladie. Ainsi, les ressortissants de l'UE en situation de précarité avaient accès à l'Assurance maladie et à la CMUc. Depuis 2007 et la transposition en droit français d'une

directive européenne de 2004²⁰, les conditions de séjour des ressortissants de l'UE ont été considérablement durcies. Ces derniers peuvent, au titre de la liberté de circulation, passer 3 mois en France sans condition particulière. Au-delà de 3 mois de résidence, ils doivent remplir certaines conditions pour que leur séjour soit régulier : avoir un travail déclaré, ou, pour les inactifs, des ressources suffisantes et une couverture maladie. Par conséquent, les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs, pauvres et sans couverture maladie sont considérés comme en situation irrégulière et ne peuvent à ce titre prétendre à la CMU mais uniquement à l'AME.

En 2011, 72 % au total des étrangers majeurs reçus dans les Caso peuvent être considérés comme étant en situation irrégulière. Cette proportion est en légère augmentation par rapport à l'année précédente (67 % en 2010). Respectivement 65 % des ressortissants de l'UE et 73 % des étrangers hors UE reçus dans les Caso sont considérés en situation irrégulière (tableau 21). Un chapitre est consacré aux ressortissants étrangers en situation irrégulière (page 150).

Tableau 21 : Situation administrative des personnes étrangères de plus de 18 ans reçues dans les Caso, 2011

	%	n
R ressortissants de l'UE		
N'ont pas besoin de titre de séjour (en France depuis moins de 3 mois)	30,8	939
Autorisés à rester en France (ont des ressources officielles en France)	3,9	119
Ne sont pas autorisés à rester en France (résident en France depuis plus de 3 mois, sans ressources et sans couverture maladie)	65,4	1 996
Étrangers hors UE		
Visa touriste en cours de validité	7,1	963
Rendez-vous ou convocation préfecture	3,6	490
Titre de séjour valide de 1 à 3 mois	8,6	1 174
Titre de séjour valide de 3 mois à 1 an	1,6	224
Titre de séjour valide pour 1 an	2,5	340
Titre de séjour valide pour 10 ans	2,4	329
Titre de séjour valide autre durée	1,0	133
Sans titre de séjour	73,2	9 959
Ensemble des étrangers		
Situation « régulière »	28,3	4 711
Situation « irrégulière »	71,7	11 955

Taux de réponses : 85,9 %.

(20) 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.

Près d'un tiers des étrangers (hors UE) concernés par une demande d'asile en 2011

En 2011, environ 31 % des étrangers originaires d'un pays hors UE accueillis dans les Caso sont concernés par une demande d'asile, qu'ils aient ou non déposé leur demande, que celle-ci ait abouti ou non (*tableau 22*). Parmi eux, 41,5 % ont déposé leur demande d'asile (demande en cours ou recours). Observée depuis 2007, l'augmentation continue du nombre de personnes concernées par une demande d'asile parmi les consultants des Caso semble marquer une inflexion cette année, avec une baisse de près de 7 points par rapport à l'année précédente (38 % en 2010).

Les étrangers concernés par une demande d'asile sont en moyenne plus jeunes que les autres étrangers (32 ans vs 36 ans). Leur proportion est élevée parmi les ressortissants d'Europe hors UE (62 %) et d'Océanie/Amériques (46 %). Les ressortissants d'Afrique subsaharienne sont dans 36 % des cas concernés par une demande d'asile. En revanche, la part des personnes concernées par une demande d'asile est très faible parmi les étrangers provenant du Maghreb (8 %).

Les nationalités les plus représentées parmi ces patients sont les pays de l'ex-Yougoslavie (9 %), la Russie/Tchéquie (7 %), l'Arménie (6 %) le Congo-Brazzaville et l'Algérie (5 % chacun). La plupart des étrangers concernés par une demande d'asile (71 %) ont déjà déposé leur demande lorsqu'ils sont reçus

aux Caso. Dans 55 % des cas, ils sont dans l'attente d'une réponse de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), dans 26 % des cas leur demande d'asile a été refusée²¹ et dans environ 16 % des cas ils ont déposé un recours devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Au total, les demandeurs d'asile en cours de procédure (demande en cours ou recours) représentent 6,9 % de l'ensemble des personnes reçues dans les Caso en 2011.

Seule une petite minorité (2,5 %) des demandeurs d'asile se présentant au Caso s'est vu reconnaître le statut de réfugié. Le faible nombre de réfugiés se présentant aux Caso est sans doute lié au fait que ces personnes, ayant acquis le statut de réfugié, fréquentent peu ou pas les Caso car leur statut (et l'ensemble des démarches effectuées au cours de la procédure) leur permet de lever un certain nombre d'obstacles à l'accès aux soins.

Enfin, 28,9 % des étrangers concernés par une demande d'asile n'ont pas encore déposé leur demande le jour de la consultation aux Caso, le plus souvent en raison de leur arrivée trop récente sur le territoire. 2 sur 5 cependant indiquent rencontrer des difficultés pour mener les démarches ; 6 % enfin sont en attente du déroulement des procédures Dublin II. Ces procédures sont issues des conventions de Schengen et du règlement 343/2003, dit Dublin II, qui prévoient que l'État qui a délivré un visa ou par lequel le demandeur est entré dans l'« espace Dublin²² » est responsable de la demande d'asile. À cette fin, un fichier de recherche d'empreintes digitales (Eurodac) a été créé afin d'enregistrer tous

Tableau 22 : Étrangers (originaires d'un pays hors UE) concernés par une demande d'asile reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	31,4	3 936
dont...		
– demande non déposée	28,9	1 137
– demande déposée	71,1	2 799
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
Débouté(e)s	26,0	594
Demande Ofpra en cours (ou procédure prioritaire)	55,0	1 259
Recours en cours	16,5	378
Reconnu(e)s réfugié(e)s	2,5	57
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile		
Arrivée trop récente	72,7	635
Difficultés pour les démarches	21,5	188
Placement en procédure Dublin II ou Eurodac	6,3	55

Taux de réponses : Demande d'asile : 74,4 % ; Situation si demande d'asile déposée : 81,7 % ; Motif de non-dépôt de la demande : 76,8 %.

(21) On parle alors de déboutés du droit d'asile.

(22) L'« espace Dublin » comprend les 27 pays de l'UE plus l'Islande et la Norvège.

les demandeurs d'asile dans tous les pays européens. Ainsi, si la France considère que la demande d'asile incombe à un autre pays de l'« espace Dublin », l'intéressé n'est pas admis au séjour en France et l'Ofpra n'est pas saisi. N'ayant pas accès à une procédure Ofpra, ces personnes ne peuvent obtenir le statut de demandeur d'asile et n'ont pas de possibilité de déposer un recours suspendant leur transfert. Ils font alors l'objet d'une longue procédure pour saisir le pays responsable de l'examen de la demande, qui peut durer jusqu'à 2 ans et au cours de laquelle ces « dublinés » n'ont pas de véritable statut. En 2010, 14,5 % des demandes d'asile ont fait l'objet d'une procédure Dublin II en France²³. Un chapitre est consacré plus particulièrement aux demandeurs d'asile (page 145).

« ... EN MOINS D'UN MOIS, H. AURA SÉJOURNÉ 2 FOIS EN CENTRE DE RÉTENTION. À LA SUITE DE CES SÉJOURS, IL A SYSTÉMATIQUEMENT ÉTÉ RENVOYÉ EN BELGIQUE »

“ Le 5 juillet 2011, nous rencontrons H. sur le camp de Tétéghem. Âgé de 28 ans, il se dit palestinien de Gaza, nationalité pour laquelle aucun renvoi vers le pays d'origine n'est possible. Il nous explique qu'après avoir été découvert dans un camion en provenance de la Belgique lors d'un contrôle dans le port de Calais il a passé 15 jours au centre de rétention administrative (CRA) de Coquelles avant d'être renvoyé en Belgique. Nous le rencontrons à nouveau le 21 juillet et H. nous explique que depuis notre dernière rencontre il a été arrêté sur le camp lors d'une intervention de la police et qu'il est alors resté 5 jours en CRA avant d'être de nouveau renvoyé vers la Belgique. En moins d'un mois, H. aura séjourné deux fois en centre de rétention, une fois pendant 15 jours et une autre fois pendant 5 jours. À la suite de ces séjours en CRA, il a systématiquement été renvoyé en Belgique.” [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

« IL EST FATIGUÉ DE CETTE VIE D'ERRANCE MAIS IL INSISTE : L'ITALIE N'A RIEN À LUI OFFRIR... »

“ A. est un jeune Afghan de 28 ans. Il a obtenu le statut de réfugié en Italie. Nous le rencontrons sur le camp de Tétéghem en avril 2011. Il nous explique qu'il a quitté l'Italie parce que ses conditions de vie y étaient trop mauvaises : pas de travail, pas d'hébergement après qu'il a obtenu sa carte de réfugié... Il a décidé

de se rendre en Angleterre, où il pense être mieux accueilli et pouvoir travailler au noir car il parle très bien anglais. 2 mois plus tard, nous le rencontrons de nouveau sur le camp. Il nous explique alors qu'il a réussi à passer en Angleterre. Là-bas, il a trouvé du travail dans une entreprise agroalimentaire à Leeds. Cependant, après quelques semaines, il a été arrêté sur son lieu de travail et renvoyé en Italie. Il est revenu sur le camp afin de retenter sa chance en Angleterre. Il est fatigué de cette vie d'errance mais il insiste : l'Italie n'a rien à lui offrir.” [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

Plus de 1 adulte sur 10 a déposé une demande de régularisation : dans près d'un tiers des cas pour raisons médicales

En 2011, 14 % des ressortissants étrangers reçus indiquent avoir déposé une demande de régularisation auprès des services de la préfecture, demande qui a été refusée pour près du tiers d'entre eux (tableau 23). Il est à noter que le recueil de données actuel des Caso ne permet pas de savoir combien de personnes ont obtenu un avis favorable parmi celles ayant déposé une demande de régularisation. 3 fois sur 10, la demande de régularisation est en lien avec une raison de santé. Les demandes de régularisation sont plus fréquentes parmi les personnes de plus de 40 ans (17 % vs 12 % pour les plus jeunes) et parmi les étrangers présents en France depuis plus de 3 ans (31 % vs 10 % pour les étrangers présents depuis moins de 3 ans).

Tableau 23 : Demandes de régularisation des étrangers¹ de plus de 18 ans reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Demandes de régularisation	14,0	1 474
dont...		
– Demande en cours	9,7	1 021
– Demande refusée	4,3	453
Motifs de la demande (plusieurs réponses possibles)		
Pour raisons médicales/soins	30,7	182
Autre motif	70,3	416

Taux de réponses : Demande de régularisation : 44,7 % ; Motifs de régularisation : 40,2 %.

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

(23) La Cimade, « Migrations. État des lieux 2012 », rapport 2012, 103 pages.

« **MALGRÉ UN DOSSIER COMPLET,
LA PROCÉDURE A DURÉ 2 ANS,
M. N. A DÛ QUITTER SON EMPLOI
ET ABANDONNER SON LOGEMENT** »



*M. N., originaire de la République démocratique du Congo, est arrivé sur le territoire français en 2001, il a alors déposé une première demande d'asile qui lui a été refusée. Il s'est ensuite adressé à un avocat pour que sa demande soit de nouveau examinée par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), il n'a pas obtenu gain de cause. En 2005, son état de santé n'étant pas bon, il a déposé une demande de titre de séjour pour raison médicale. 2 ans de suite il a pu bénéficier d'une « carte vie privée et familiale » l'autorisant à travailler. M. N., spécialisé dans les travaux de la voie publique, n'a pas eu de mal à décrocher un emploi et a rapidement compris la nécessité de se mettre en règle avec les institutions : il a réglé son impôt sur le revenu et ouvert un compte bancaire pour y mettre ses économies...
Fin 2007, son état de santé étant rétabli, il n'a pu renouveler sa demande de titre de séjour pour raison médicale. Il a fallu alors le réorienter vers une demande de régularisation au titre de salarié. Malgré un dossier complet (et étayé avec promesse d'embauche et perspective d'un contrat de travail en CDI pour un emploi dit en tension dans la région Aquitaine), la procédure a duré 2 ans. M. N. a dû quitter son emploi (étant en situation irrégulière le temps de la procédure), abandonner son logement pour absence de ressources et se résoudre à vivre chez des compatriotes.
En 2010, enfin, la préfecture lui a attribué une carte de 12 mois « vie privée et familiale » qui a été renouvelée en 2011. Pour 2012 nous travaillerons sur l'élaboration du dossier « carte de résident »". [Caso de Bordeaux]*

→ LA LOI DU 16 JUIN 2011 : UNE LOI QUI VIDE DE SON CONTENU LE DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

Contrairement à certaines idées reçues, les personnes émigrent le plus souvent pour fuir la misère, les violences ou les conflits dans leur pays, à la recherche de conditions de vie plus favorables et non pour profiter d'un système social plus avantageux en France que dans leur pays d'origine, comme en témoignent les résultats d'une enquête récente réalisée dans 11 pays d'Europe auprès des personnes en situation irrégulière²⁴ : seules 6 % des personnes interrogées citent la santé parmi les raisons qui les ont poussées à migrer. De plus, les résultats d'une enquête réalisée dans cinq villes européennes montrent que seule une minorité (13,7 %) des patients accueillis dans les Caso et dont un traitement est indispensable étaient au courant de leur maladie avant de venir en Europe²⁵.

Dès 1998, la France s'est dotée de lois pour protéger les étrangers gravement malades contre l'expulsion et favoriser leur accès à un titre de séjour²⁶ afin de pouvoir résider sur le territoire et bénéficier des soins appropriés inexistant dans leur pays d'origine.

10 ans après, ce droit a vu son application se dégrader considérablement. On assiste en particulier à de nombreuses dérives des préfectures et à une interprétation des lois souvent erronée, comme le constatait l'ODSE²⁷ en 2008 : « [...] *attaqué mais maintenu dans la loi, c'est néanmoins dans son application et dans les pratiques administratives et juridictionnelle que le droit au séjour pour raisons médicales est quotidiennement remis en cause* ». On peut citer en particulier la mise en place, en 2007, de « fiches pays », disponibles sur internet, censées répertorier les traitements existants dans les pays. Ces fiches légitiment une interprétation très restrictive de la loi, en dénaturent l'esprit et favorisent des violations du secret médical.

En 2010, pourtant, le Conseil d'État par deux décisions²⁸ a réaffirmé la position du législateur de 1998 et son engagement contre l'éloignement et pour le droit au séjour des étrangers malades n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine. Mais malgré un maintien de l'esprit de la loi de 1998, ces deux arrêts ont paradoxalement servi de prétexte pour justifier sa réforme en 2011.

Ainsi, en dépit d'une très forte mobilisation des associations et des sociétés médicales et savantes, la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité a été modifiée et définitivement promulguée

(24) Observatoire international de l'accès aux soins de Médecins du Monde, « *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe* », 2009, 156 pages.

(25) Observatoire international de l'accès aux soins de Médecins du Monde, « *Accès aux soins des populations les plus vulnérables dans l'Union européenne en 2012* », 2012, 24 pages. Ces résultats suggèrent que le pourcentage de migrants entrés dans l'UE en connaissant déjà leur maladie est encore plus faible que celui obtenu dans cette enquête, étant donné que l'échantillon de l'enquête est constitué uniquement des patients se rendant dans les Caso pour un problème de santé.

(26) Ces personnes peuvent bénéficier d'une carte de séjour « vie privée et familiale » de un an renouvelable.

(27) ODSE, « *La régularisation pour raisons médicales en France. Un bilan de santé alarmant* », 2008, 52 pages.

(28) Conseil d'État, 7 avril 2010, n° 316625 et n° 301640.

le 16 juin 2011. Compte tenu de la stabilité et de la faiblesse du nombre de cartes de séjour délivrées dans ce cadre (6 200 nouveaux titres ont été délivrés en 2009²⁹) et de l'absence avérée de « migration thérapeutique » (à la fin de 2010, le nombre total d'étrangers régularisés pour raison médicale était de 32 940 personnes, soit moins de 1 % des étrangers en France³⁰), cette réforme était injustifiée.

Cette loi a vidé de son contenu le droit au séjour pour raison médicale en conditionnant l'obtention de ce droit à l'absence du traitement approprié dans le pays d'origine (et non plus à son accès effectif). Or il est reconnu que l'existence d'un traitement ne garantit en rien que la personne puisse y avoir effectivement accès³¹. Enfin la loi précise que le préfet « peut » prendre en considération des « circonstances humanitaires exceptionnelles » pour accorder le droit au séjour, quand bien même le médecin de l'ARS aurait estimé que la condition d'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine n'est pas remplie³². Les associations militent à ce jour pour rappeler que l'option des circonstances humanitaires exceptionnelles ne doit en aucun cas conduire à ce que les éléments relatifs à l'état de santé et à la prise en charge médicale d'une personne soient révélés. Or dans les faits, cette procédure risque de compromettre le respect du secret médical, dans la mesure où elle incite la personne à dévoiler sa pathologie pour « appuyer » la notion de circonstances humanitaires exceptionnelles. Afin d'éviter une interprétation restrictive et arbitraire de la notion d'« absence de traitement approprié », le ministère de la Santé a toutefois apporté des précisions dans une instruction du 10 novembre 2011³³.

Le « traitement » est défini comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour une prise en charge globale de la pathologie (médicaments, soins, examens). L'absence ou la présence de traitement doit être évaluée en fonction de l'état de santé de la personne (stade de la maladie, complications éventuelles...) et de la réalité de l'offre de soins dans le pays (les structures, équipements, dispositifs médicaux doivent être suffisants en qualité, quantité, disponibilité et continuité effectives et appropriées).

En 2011, les équipes de Médecins du Monde continuent d'observer de nombreuses pratiques préfectorales allant à l'encontre de la loi, telles que des demandes de documents et de justificatifs abusifs (exigence d'un passeport en cours de validité, exigence d'une adresse personnelle...), l'absence de délivrance de récépissé de première demande ou de renouvellement... Enfin, les délais de procédure sont longs, pouvant dépasser fréquemment les 6 mois. Et lorsqu'une personne voit sa demande de titre de séjour pour raison médicale acceptée, il lui est le plus souvent remis une autorisation provisoire de séjour (APS) (au lieu d'une carte de séjour temporaire d'un an comme prévu par la loi), qui ne donne pas toujours droit au travail et qui a des durées variables (souvent de 3 ou 6 mois).



« Mme C, et son fils I., sont tous deux porteurs d'une hépatite C active contractée en Roumanie lors de transfusions sanguines non sécurisées. Ils font tous deux l'objet de traitements et d'un suivi médical important depuis plusieurs années en France.

Leur dossier de demande de régularisation pour raison médicale a été constitué, il ne reste qu'à le déposer au bureau de la préfecture. Ils sont dans la file d'attente depuis 2 heures du matin et sont en trentième position. À 8h30, je les rejoins et attends à proximité qu'ils soient reçus. Lorsque leur tour arrive, M. I. présente la lettre d'accompagnement préparée et sa pièce d'identité roumaine.

La personne chargée du premier accueil refuse de leur donner un ticket. Je demande le motif de ce refus. La personne m'explique de façon catégorique que les Européens ne peuvent pas faire de demande de titre de séjour. S'ensuit une discussion

« surréaliste » durant laquelle elle affirme que les Européens n'ont pas besoin de titre de séjour. Je lui explique que passé 3 mois de présence en France les Européens comme les autres sont en situation irrégulière. Agacée, elle réplique que de toute façon la Roumanie ne fait pas partie de l'Europe. D'autres éléments sont ainsi avancés, et elle maintient son refus de donner un ticket. Je demande à parler au responsable du guichet.

Au bout d'une heure d'attente, ce dernier consent à écouter ma demande, lit les articles de loi que je lui soumetts et accepte que la famille dépose sa demande. Je lui laisse la copie des articles de loi. Il dit : « Dans tous les cas, je ne peux pas m'opposer à un dépôt de demande, elle sera traitée comme il se doit... »

Durant cette heure d'attente, tous les tickets de la journée ont été distribués. La famille devra revenir pour déposer son dossier. Nous sollicitons une attestation de passage en préfecture. Cela nous permettra si nous essayons un nouveau refus de ticket de pouvoir entamer une procédure (de plus) contestant ces refus au niveau des guichets.

15 jours plus tard nous revenons, la personne chargée de la distribution des tickets est la même que la première fois. Lorsque notre tour arrive, elle nous sourit et nous remet un ticket. « Nous avons eu

(29) Direction générale de la santé, « Avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé. Bilan de l'année 2009 », 2012, 19 pages.

(30) Comede, « La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2011 », 2012, 70 pages.

(31) Par exemple, un traitement peut exister dans une seule clinique privée réservée aux seules élites...

(32) Une circulaire interministérielle, annoncée par l'instruction du 10 novembre 2011, est censée intervenir pour préciser cette notion de circonstances humanitaires exceptionnelles et les modalités de sa mise en œuvre. À ce jour, aucun texte n'a été publié.

(33) Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417.

de nouvelles instructions. » 2 heures plus tard, notre numéro de ticket est appelé au guichet. Les documents sont présentés. L'agent du guichet nous remet un formulaire et nous demande de revenir avec le dossier complété et un rapport médical sous pli confidentiel. Nous avons ce rapport. Je lui demande s'il est possible de compléter ce dossier et de le lui remettre tout de suite. Il réfléchit puis accepte." [Caso de Saint-Denis]

Certaines équipes de Médecins du Monde ont mis en place depuis quelques années des actions spécifiques pour accompagner les étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raison médicale, souvent en partenariat avec des associations d'aide juridique. C'est le cas notamment à Bordeaux, Cayenne, Mayotte, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg et Toulouse.

À titre d'exemple, 117 patients ont été reçus au Caso de Marseille en 2011 dans le cadre de cet accompagnement. Au Caso de Lyon, deux médecins bénévoles, agréés par la préfecture du Rhône pour l'établissement de rapports médicaux en vue d'une régularisation pour raison médicale, ont assuré 268 entretiens en 2011.



V. est originaire du Kosovo. Il a 11 ans et présente une cystinurie³⁴. V. a souffert d'épisodes itératifs de coliques néphrétiques par calculs et a déjà subi six interventions chirurgicales au Kosovo avec pyélotomie et urétérostomie (ouverture du bassin et de l'uretère) par incisions sous-ombilicales et lombaires.

Saisi d'une demande de régularisation pour soins, le préfet, au vu de l'avis du médecin de l'agence régionale de santé (ARS), incomplètement informé, refuse et les parents reçoivent chacun une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

Ils se rendent au Caso, où nous prenons contact avec un avocat qui nous demande une relecture détaillée du problème. Muni de notre rapport médical, établi sur des données objectives indiscutables, l'avocat obtient du tribunal administratif l'annulation des OQTF des parents tandis qu'un nouvel avis du médecin de l'ARS reconnaît que la maladie de l'enfant ne peut être soignée au pays d'origine. [Caso de Strasbourg]

(34) Maladie héréditaire responsable d'une excrétion urinaire accrue de cystine avec formation de calculs de cystine dans les voies urinaires.



© Christina Modolo

ÉTAT DE SANTÉ

DES PERSONNES RENCONTRÉES EN CONSULTATION MÉDICALE EN 2011

Près des trois quarts des personnes qui se rendent dans les Caso viennent avant tout pour une consultation médicale à la suite d'un problème de santé. Cette consultation est aussi l'occasion de réaliser un bilan de santé et de faire le point sur la prévention. ■

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

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2011, selon les vaccins, 26 à 41 % des adultes et 54 à 71 % des mineurs sont considérés comme à jour de leurs vaccinations.
- Le taux de couverture du ROR est plus élevé chez les jeunes de moins de 15 ans, les Français, ainsi que les enfants suivis en PMI.
- Les difficultés de logement sont associées à une moindre couverture vaccinale.

Une couverture vaccinale encore bien inférieure aux recommandations nationales

Cette partie de l'analyse aborde l'état des vaccinations des patients reçus dans les Caso. Sont concernées les vaccinations obligatoires (tétanos, diphtérie, polio), mais aussi la vaccination contre la tuberculose, l'hépatite B, la coqueluche et enfin le ROR (rougeole, oreillons, rubéole). Signalons d'emblée que les taux de réponses relatifs aux vaccinations restent encore trop faibles (< 30 %) pour permettre des analyses robustes, rendant ainsi délicate l'interprétation des

résultats. En effet, au total, le statut vaccinal n'est connu que pour environ 15 % des consultants.

La couverture vaccinale des adultes reçus dans les Caso apparaît globalement insuffisante avec seulement 26 à 41 % des personnes à jour concernant le tétanos, la diphtérie/polio, la tuberculose et l'hépatite B (*tableau 24*). La situation des jeunes de moins de 18 ans sur ces questions apparaît meilleure avec des taux de couverture vaccinale variant de 54 % pour l'hépatite B à environ 71 % pour le tétanos (*tableau 25*), mais reste encore bien en dessous des recommandations nationales. La loi de santé publique de 2004 préconise en effet d'atteindre ou de maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % pour les maladies à prévention vaccinale.

Tableau 24 : État des vaccinations des adultes consultant dans les Caso, 2011

(% en ligne)	À jour ¹		Pas à jour		Ne sait pas	
	%	n	%	n	%	n
Tétanos	39,9	2 891	29,2	2 116	30,9	2 242
Diphtérie/Polio	37,8	2 674	30,3	2 141	31,9	2 256
BCG	40,9	2 643	24,5	1 582	34,6	2 235
Hépatite B	25,9	1 654	35,0	2 238	39,1	2 496

Taux de réponses : Téta's : 28,8 % ; Diphtérie/polio : 28,2 % ; BCG : 25,9 % ; Hépatite B : 25,3 %.

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.

Tableau 25 : État des mineurs consultant dans les Caso, 2011

(% en ligne)	À jour ¹		Pas à jour		Ne sait pas	
	%	n	%	n	%	n
Tétanos	70,6	700	15,0	149	14,4	143
Diphtérie/Polio	70,2	699	14,9	149	14,9	149
BCG	69,5	652	13,4	126	17,1	160
Hépatite B	54,1	455	21,4	180	24,5	206
Rougeole/Oreillons/Rubéole	64,4	593	16,1	148	19,5	180
Coqueluche/Haemophilus ²	67,5	455	15,1	102	17,4	117

Taux de réponses : ROR : 27,5 % ; Coqueluche : 24,1 % ; Téta's : 28,8 % ; Diphtérie/Polio : 28,2 % ; BCG : 25,9 % ; Hépatite B : 25,3 %.

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.

→ LA COUVERTURE VACCINALE DES POPULATIONS ROMS : UNE ENQUÊTE DANS 4 VILLES MÉTROPOLITAINES

Dans le contexte de résurgence de la rougeole en population générale et de risques élevés de tuberculose, liés aux conditions de vie des populations roms, une enquête a été réalisée entre juillet 2010 et juin 2011 dans 4 villes métropolitaines (Nantes, Bordeaux, Strasbourg, Marseille) auprès de 281 adultes de moins de 30 ans afin de mieux connaître la couverture vaccinale de ces populations³⁵.

Les résultats de l'enquête confirment que, si une majorité de personnes a probablement été vaccinée un jour, les données objectives restent difficilement vérifiables, voire indisponibles. De façon générale, les intervenants de Médecins du Monde ont pu s'assurer que le calendrier vaccinal était à jour pour seulement 8 % des personnes interrogées.

Parmi les personnes disposant d'un carnet de santé, on constate un taux de couverture vaccinale contre le DTP globalement satisfaisant

(près de 85 %). Cependant, les taux de couverture vaccinale sont bien moindres en ce qui concerne le ROR (50,9 % à jour), l'haemophilus (48,1 %), la tuberculose (38,9 %), le pneumocoque (12,6 %), le méningocoque (3,7 %) ou encore les hépatites (hépatite B : 43,5 % ; hépatite A : 0 %).

Bon nombre de personnes déclarent avoir été vaccinées dans leur pays d'origine (notamment pour les vaccins obligatoires à la naissance). Mais, une fois arrivées en France, elles ont peu ou pas accès à la vaccination, ce qui conduit à une rupture du suivi vaccinal pour les vaccins dont les rappels sont nécessaires. La principale raison de l'absence de vaccination demeure le manque d'informations (sur les lieux de vaccination existant à proximité, sur les rappels et le nombre d'injections nécessaires, mais aussi sur l'utilité des vaccins...).

Les faibles taux de couverture vaccinale et les freins identifiés imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés (PMI et centres de vaccinations). Il s'agit d'informer, de convaincre et de s'assurer que les messages sont compris et de faciliter l'accès aux services et à la médecine de ville par des démarches de sensibilisation et de médiation adaptées.

(35) Médecins du Monde, « Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par les équipes de Médecins du Monde », 2011, 22 pages.

La rougeole : seuls deux tiers des enfants accueillis aux Caso sont vaccinés

La rougeole est une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Depuis 2008, une épidémie de rougeole sévit en France en population générale, liée à un taux de couverture vaccinale insuffisant pour éliminer la maladie³⁶. Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2011, plus de 22 000 cas de rougeole ont été déclarés en France.

Cette épidémie de rougeole concerne la majorité des pays européens, et plus particulièrement la France, la Roumanie, l'Italie et l'Espagne, qui concentraient, en 2012, 83 % des cas de rougeole déclarés parmi les pays de l'Union européenne³⁷. Entre 2008 et 2011, l'incidence des cas de rougeole a particulièrement augmenté chez les nourrissons et chez les sujets âgés de 20 à 29 ans³⁸.

Actuellement, la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de 24 mois en France est estimée à 87 % (pour au moins une dose) alors qu'elle devrait être de 95 % pour permettre l'arrêt de la circulation du virus. Les populations en situation de précarité sont particulièrement exposées aux risques car elles sont moins souvent vaccinées et ont un accès à la prévention limité, comme en témoignent les taux de couverture obtenus auprès des patients fréquentant les Caso : seuls 64,4 % des enfants de moins de 18 ans et 43,4 % des adultes de moins de 30 ans sont à jour de leur vaccination pour ces 3 maladies (rougeole/oreillon/rubéole). L'analyse des caractéristiques associées à la couverture vaccinale ROR chez les patients de moins de 30 ans (tableau 26) met en évidence une couverture vaccinale plus fréquente chez les mineurs que parmi leurs aînés, d'autant plus lorsqu'ils sont suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI).

Les difficultés de logement sont associées à une plus faible couverture vaccinale. Enfin, la couverture vaccinale est plus faible parmi les étrangers que parmi les Français. S'il ne semble pas exister de phénomène de « rattrapage » de la vaccination chez les patients étrangers de moins de 30 ans lorsque le séjour en France se prolonge, on peut observer en revanche chez les jeunes étrangers de moins de 15 ans une progression du taux de vaccination lorsque la durée de résidence en France augmente (65 % des enfants présents depuis moins de 1 an sont vaccinés contre 77 % de ceux résidant depuis au moins 3 ans).

→ DES CAMPAGNES DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE EN PÉRIODE DE PIC ÉPIDÉMIQUE ENTRAÎNÉES PAR DES EXPULSIONS FRÉQUENTES : L'EXEMPLE DE MARSEILLE

Les populations migrantes roms connaissent des conditions de vie bien souvent marquées par la promiscuité, l'insécurité et le manque d'hygiène. Couplé à la faible couverture vaccinale des enfants comme des adultes, ce phénomène surexpose les familles aux vagues épidémiques de rougeole (et aux complications qui lui sont liées) qui ont sévi en France entre 2008 et 2011.

Entre janvier et avril 2011, plusieurs cas de rougeole ont été détectés à Marseille sur les lieux de vie au sein de familles roms. Ces cas ont alerté l'agence régionale de santé (ARS) et conduit Médecins du Monde à procéder au plus vite à une campagne de vaccination sur ces lieux. Les populations cibles de la campagne vivaient sur différents lieux de vie dans Marseille ; toutes étaient sous la menace d'une expulsion imminente ou programmée³⁹. Entre le 15 mai et le 15 septembre 2011, les équipes de Médecins du Monde, en partenariat avec les services de protection maternelle et infantile (PMI), ont procédé à 326 primo-immunisations par le Priorix®, soit 45,3 % de la population cible.

Malheureusement, la campagne a dû être interrompue prématurément du fait de la reprise massive des expulsions en juin 2011 et la seconde injection n'a pu être réalisée que très partiellement (37 rappels).

La nécessité d'une seconde dose est indiquée afin d'assurer une réelle protection individuelle et de permettre l'interruption à terme de la propagation de la maladie. Bien que les populations aient été averties en amont et malgré la planification de l'action, les expulsions de terrain les ont empêchées de bénéficier de la campagne.

Ces expulsions sont lourdes de conséquences sur la santé et la continuité des soins : elles éloignent les personnes du système de soins, entraînent des ruptures de soins et/ou des retards de recours aux soins et rendent particulièrement difficiles la prévention et la lutte contre les épidémies.

(36) InVS, « Caractéristiques de l'épidémie de rougeole démarrée en France depuis 2008 ; bilan des déclarations obligatoires pour les cas survenus jusqu'au 30 avril 2011 », BEH, 2011 : 33-34.

(37) ECDC, "ECDC measles and rubella monitoring", Surveillance report, 2012 : 12, 13 pages.

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

(39) Au total, 24 terrains devaient bénéficier de la campagne et des deux passages nécessaires à une immunisation efficace. L'effectif global de la population cible a été estimé à 720 personnes âgées de 12 mois à 30 ans.

Tableau 26 : Caractéristiques associées à la couverture vaccinale contre le ROR des patients consultant dans les Caso, 2011

(Analyse limitée aux patients de moins de 30 ans)	Patients vaccinés		
	%	n	p ¹
Ensemble des patients de moins de 30 ans	43,4	1 418	
Sexe			
Garçons	41,1	788	ns
Filles	46,7	628	
Âge			
Moins de 7 ans	68,0	331	
8 à 15 ans	70,0	210	*
16 à 23 ans	40,2	412	***
24 à 29 ans	32,0	465	***
Nationalité			
Français	69,6	192	***
Étrangers	40,9	1 200	
Durée de résidence en France (parmi les patients étrangers)			
≤ 1 an	38,7	805	
1 an à < 3 ans	38,4	142	ns
≥ 3 ans	40,8	102	ns
Logement			
Stable	47,5	393	
Hébergés (organisme ou association)	46,7	179	ns
Précaire	39,2	547	***
Sans domicile fixe	38,4	158	*
Suivi PMI (parmi les enfants de moins de 7 ans)			
Non	60,9	98	*
Oui	81,4	83	

¹ Analyse multiple ajustée sur l'ensemble des variables du tableau.
 *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif.

La vaccination contre la tuberculose : des efforts nécessaires auprès des populations en situation de précarité

Parmi les personnes fréquentant les Caso en 2011, seuls 40,9 % des adultes et 69,5 % des jeunes de moins de 18 ans sont vaccinés contre la tuberculose.

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 pour 100 000 habitants. Pour 52 % d'entre eux, il s'agit de personnes nées à

l'étranger, dont 64 % en Afrique⁴⁰. La situation épidémiologique place la France comme un pays à faible incidence de tuberculose. Mais cela ne doit pas masquer de grandes disparités régionales et populationnelles. Si l'incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, l'Île-de-France et la Guyane sont à l'inverse les régions avec les plus forts taux de déclaration (respectivement 16,3 et 15,9 pour 100 000 habitants). En Île-de-France (qui concentre 37 % des cas déclarés en France), les départements avec les taux de déclaration les plus élevés restent la Seine-Saint-Denis (31,4/100 000) et Paris (22,1/100 000). Dans certains groupes de population, comme celui des personnes sans domicile fixe, les risques sont particulièrement élevés (> 50/100 000).

En France métropolitaine, le taux de déclaration chez les

(40) InVS, « Épidémiologie de la tuberculose en France. Données 2010 », BEH, 2012 : 24-25.

personnes nées à l'étranger est environ 9 fois supérieur à celui 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 2 ans vs 16,8/100 000 chez celles arrivées en France depuis 10 ans ou plus). Chez les personnes nées en Afrique et arrivées en France depuis moins de 2 ans au moment du diagnostic, le taux de déclaration est de 408/100 000. Ces résultats justifient pleinement la mise en œuvre d'actions spécifiques auprès des migrants récemment arrivés.

Un programme de lutte contre la tuberculose a été lancé en juillet 2007 par la Direction générale de la santé (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 fortes incidences et les personnes en situation précaire ;
- favoriser l'accès aux soins et renforcer la confiance dans le dispositif de soins ;
- renforcer le dépistage de la tuberculose-maladie.

Rappelons enfin que l'obligation vaccinale contre la tuberculose a été suspendue depuis 2007 mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents considérés à risque⁴¹ (cf. encart ci-contre).

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

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse (cf. encart ci-contre);
- 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 par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU de base, CMUc, AME...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

Un chapitre spécifique est consacré à la tuberculose (page 76).

→ ZONES GÉOGRAPHIQUES À FORTE INCIDENCE TUBERCULEUSE⁴²

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les zones à forte incidence tuberculeuse sont :

- le continent africain dans son ensemble ;
- le continent asiatique dans son ensemble, y compris les pays des Proche et Moyen-Orient ;
- les pays d'Amérique centrale et du Sud ;
- les pays d'Europe centrale et de l'Est, y compris les pays de l'ex-URSS ;
- dans l'Union européenne : la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, le Portugal, la Roumanie.

(41) InVS, « Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique ». BEH, 2012 : 14-15.
(42) *Ibid.*

2. Les problèmes de santé des patients accueillis en 2011

LES POINTS ESSENTIELS

- > **Les infections respiratoires, les pathologies digestives et ostéoarticulaires sont les pathologies les plus fréquentes.**
- > **Les pathologies chroniques sont également fréquemment diagnostiquées parmi lesquelles l'hypertension artérielle (6,2 %), le diabète (3,9 %) et les troubles anxieux (5,2 %).**
- > **Dans 4 consultations sur 10 les pathologies identifiées nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme.**

Dans les Caso, le recueil des données médicales est réalisé par les médecins qui utilisent la Classification internationale des soins de santé primaires pour coder les pathologies diagnostiquées (CISP – cf. annexe 1). Sont présentés dans ce chapitre les problèmes de santé (ou résultats de consultation) identifiés par les médecins au cours des visites médicales et non pas les problèmes déclarés par les patients⁴³. Ces résultats regroupent l'ensemble des pathologies identifiées par les médecins dont les affections en cours ne faisant pas forcément l'objet de la demande de consultation. Il peut s'agir également de symptômes et plaintes si le diagnostic est en attente ou s'il n'y a tout simplement pas de diagnostic.

Les résultats de consultation sont présentés successivement par appareil et selon la durée prévisible de prise en charge des patients. Les analyses sont réalisées à partir de l'ensemble des consultations médicales réalisées en 2011 ; soit 40 627 consultations, et s'appuient sur différents dénominateurs selon le type d'analyse (cf. annexe 1).

Les problèmes de santé diagnostiqués par les médecins des Caso : la prédominance des affections respiratoires

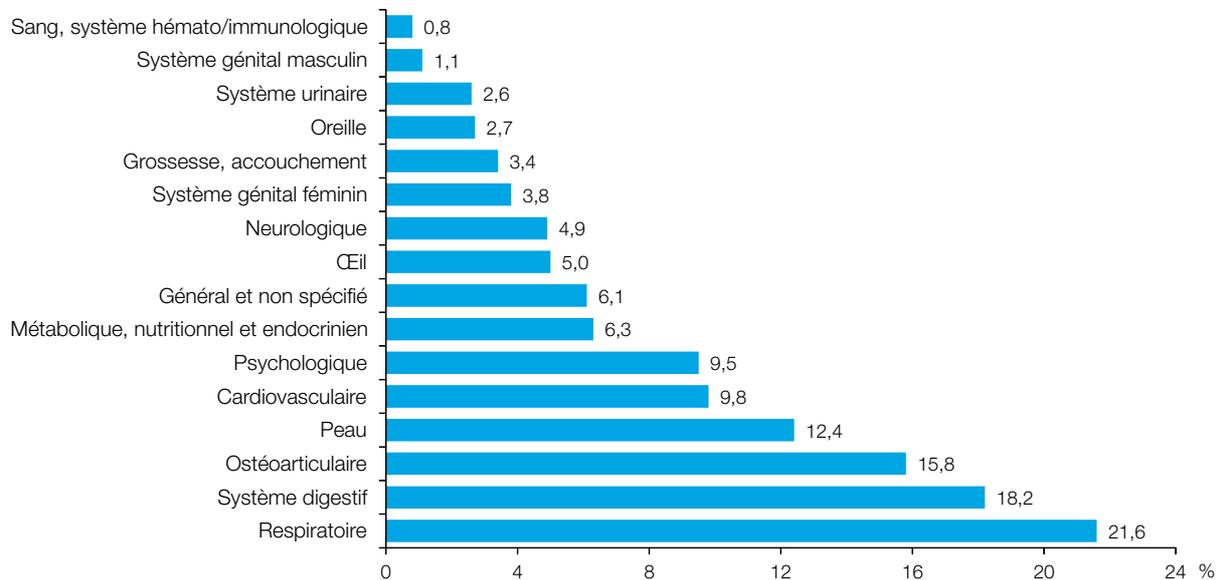
La figure 10 présente, l'ensemble des diagnostics par appareil, codés par les médecins à l'issue des consultations.

Dans près de 80 % des consultations au moins un problème de santé a été identifié, dans 17 % des cas les praticiens en ont renseigné 2 et dans environ 4 % des consultations 3 problèmes de santé ont été renseignés.

Les affections respiratoires occupent la 1^{re} place des pathologies diagnostiquées avec près de 22 % des résultats de consultation, devant les affections digestives (18,2 %), ostéoarticulaires (15,8 %) et dermatologiques (12,4 %). Viennent ensuite les troubles psychologiques et cardio-vasculaires qui se situent autour de 10 %.

(43) Contrairement aux années précédentes, où les motifs de recours aux soins déclarés par les patients étaient également présentés.

Figure 10 : Répartition des résultats de consultation par appareil, 2011*



Taux de réponses : 79,5 %.

* 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...).

Si l'on considère les résultats de consultation par grandes catégories de diagnostics (*tableau 27*), on constate que les affections respiratoires infectieuses constituent le premier résultat de consultation (14,2 %), suivies par les symptômes et plaintes du système digestif (symptômes et plaintes du système digestif : 6,7 % ; et autres diagnostics du système digestif : 5,4 %), l'hypertension artérielle (6,2 %), les troubles anxieux et psychosomatiques (5,2 %), les plaintes ostéoarticulaires (symptômes et plaintes ostéoarticulaires : 4,8 % ; autres diagnostics locomoteurs : 4,1 %) et le diabète (3,9 %). Un chapitre spécifique (page 62) est consacré aux pathologies potentiellement graves (hors VIH, hépatites et tuberculose, qui sont traités à part).

Certaines affections font l'objet d'un dépistage dans les Casos, comme l'hypertension ou le diabète. Ainsi, ces deux affections représentent respectivement 3,2 % et 2,4 % des motifs de recours, mais sont mentionnées dans 6,2 % et 3,9 % des résultats de consultation.

Le dépistage des pathologies chroniques est essentiel lors d'une consultation. Elles peuvent rester longtemps silencieuses et sans dépistage actif. Les personnes concernées attendront les complications de la maladie pour consulter à nouveau, parfois plusieurs années plus tard, sans avoir pu bénéficier des soins médicaux destinés à ralentir l'évolution et à prévenir les complications graves.

Tableau 27 : Résultats de consultation détaillés, 2011

	%	Nombre de consultations
Respiratoire	21,6	6 928
Toux	2,1	675
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	1,3	412
Symptômes et plaintes nez-sinus	0,9	285
Infections respiratoires supérieures	10,6	3 406
Asthme	1,9	605
Infections respiratoires inférieures	3,6	1 168
Autres diagnostics du système respiratoire	2,2	711
Système digestif	18,2	5 861
Symptômes et plaintes du système digestif	6,7	2 149
Affections dents-gencives	4,0	1 275
Autres diagnostics du système digestif	5,4	1 733
Hépatite virale	1,1	356
Infections gastro-intestinales	0,9	296
Pathologies ulcéreuses	0,5	152
Ostéoarticulaire	15,8	5 068
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	4,8	1 529
Symptômes et plaintes du rachis	3,0	961
Autres diagnostics locomoteurs	4,1	1 305
Syndromes dorsolombaires	3,3	1 049
Peau	12,4	3 968
Symptômes et plaintes cutanés	1,8	573
Éruptions cutanées / Tuméfactions	1,0	315
Autres pathologies cutanées	2,9	931
Infections cutanées	1,8	567
Parasitoses / Candidoses	3,0	949
Dermatites atopiques et contact	1,7	559
Cardiovasculaire	9,8	3 142
Hypertension artérielle	6,2	2 005
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	0,6	191
Pathologies vasculaires	1,5	471
Cardiopathies, troubles du rythme	1,2	373
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,7	223
Psychologique	9,5	3 062
Angoisse / Stress / Troubles psychosomatiques	5,2	1 676
Syndromes dépressifs	2,3	740
Autres problèmes psychologiques	1,3	412
Usage de substances psycho-actives (alcool)	0,5	152
Psychoses	0,5	144
Usage de substances psycho-actives (drogues)	0,1	49
Usage de substances psycho-actives (tabac-médicaments)	0,1	43
Métabolisme, nutrition, endocrinien	6,3	2 008
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	3,9	1 257
Autres diagnostics métaboliques	1,3	405
Symptômes et plaintes métaboliques	0,5	146
Excès pondéral-obésité	0,9	285
Général et non spécifié	6,1	1 971
Symptômes et plaintes généraux	2,4	776
Diagnostics non classés ailleurs	2,7	855
Tuberculoses	0,1	42

	%	Nombre de consultations
Œil	5,0	1 604
Symptômes et plaintes du système oculaire	0,9	275
Lunettes-lentilles	1,2	377
Autres diagnostics du système oculaire	1,5	473
Infections de l'œil	1,5	493
Neurologique	4,9	1 559
Symptômes et plaintes neurologiques	2,3	747
Autres diagnostics neurologiques	2,0	631
Épilepsie	0,5	162
Système génital féminin	3,8	1 206
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,1	357
Troubles des règles	1,0	314
Autres diagnostics du système génital féminin	0,9	278
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	0,9	277
Grossesse, accouchement	3,4	1 104
Grossesses et couches non pathologiques	2,5	796
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	0,3	94
Contraception	0,4	117
Grossesses et couches pathologiques	0,2	76
Oreille	2,7	859
Symptômes et plaintes du système auditif	0,5	173
Infections du système auditif	1,6	511
Autres diagnostics du système auditif	0,5	149
Système urinaire	2,6	844
Symptômes et plaintes urinaires	0,7	238
Infections urinaires / rénales	1,2	398
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,6	198
Système génital masculin	1,1	350
Symptômes et plaintes du système génital masculin	0,5	145
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,2	56
Autres diagnostics du système génital masculin	0,4	134
Sang, système hémato/immunologique	0,8	270
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,1	33
VIH	0,1	45
Anémies	0,4	116
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,2	56
Catégories transversales		
Peurs de / Préoccupations	0,5	144
Traumatismes	2,5	801
Cancers	0,5	151
Maladies infectieuses non classées ailleurs	0,7	224

Taux de réponses : 79,5 %.

Les 15 résultats de consultation détaillés les plus fréquents sont signalés en gras.

Remarque : la somme des résultats détaillés ne correspond pas toujours au total par appareil. Ces différences ont deux explications : certains résultats ne sont codés que par la lettre désignant l'appareil sans plus de précisions. Ils sont donc comptabilisés uniquement dans la ligne correspondant à l'appareil et non dans la partie détaillée. D'autre part, certains patients peuvent être affectés de plusieurs pathologies pour un même appareil. Ces pathologies sont susceptibles d'apparaître de façon distincte dans la partie détaillée. Elles ne sont en revanche comptabilisées qu'une seule fois dans les fréquences par appareil. L'écart peut également provenir du fait que certaines pathologies ont été regroupées dans des catégories dites transversales : traumatismes, cancers, préoccupations...

Dans plus de 4 consultations sur 10, une prise en charge de plus de 6 mois est nécessaire

Les items de la CISP ont fait l'objet d'une classification par des médecins selon la durée prévisible de prise en charge des affections, distinguant les prises en charge de moins de 6 mois, les prises en charge de plus de 6 mois et les prises en charge indéterminées.

En 2011, dans 42 % des consultations, une prise en charge de 6 mois ou plus est nécessaire, et dans 44 % des cas les pathologies diagnostiquées relèvent d'une prise en charge de moins de 6 mois (*tableau 28*).

En tête des affections nécessitant un suivi de moins de 6 mois, nous retrouvons les pathologies respiratoires infectieuses inférieures et supérieures (41 % des diagnostics court terme), suivies des affections dermatologiques (parasitoses : 9 %) et des traumatismes (5 %).

Les maladies nécessitant un suivi sur le moyen ou long terme sont dominées par l'hypertension artérielle (20 % des diagnostics), le diabète (12,5 %), les syndromes dépressifs et l'anxiété (respectivement 7 % et 5 %), ou encore l'asthme (6 %).

Tableau 28 : Répartition des consultations selon les durées nécessaires de prise en charge¹, 2011

Durée nécessaire de prise en charge	%	Nombre de consultations
Moins de 6 mois	44,4	10 601
6 mois ou plus	42,0	10 025
Indéterminée	21,9	5 227

¹ Le dénominateur (n = 23 855) est le nombre de consultations médicales pour lesquelles au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement par « symptômes et plaintes » sont exclus de l'analyse, de même que certains diagnostics où la durée de prise en charge n'a pas de sens (absence de maladie, consultation de prévention...).

3. Prévalence de certaines pathologies à potentiel de gravité

LES POINTS ESSENTIELS

- 12 % des patients présentent une des pathologies à potentiel de gravité suivantes : hypertension artérielle, diabète (insulino et non insulino-dépendant), asthme, épilepsie, psychoses ou cancers.
- L'hypertension artérielle concerne 6 % des patients, le diabète 3,7 %, et l'asthme 2,3 %.
- Près de 60 % des patients atteints d'une pathologie à potentialité de gravité n'ont aucunes ressources financières ; seuls 8 % disposent de droits ouverts à une couverture maladie.

L'objet de ce chapitre est d'apprécier, parmi les personnes consultant dans les Caso, la fréquence de certaines pathologies potentiellement graves, ainsi que les principales caractéristiques des patients affectés.

Les pathologies retenues sont celles repérées comme étant les plus courantes dans les dossiers de demande de régularisation pour raison médicale (hors VIH et hépatites) :

- l'hypertension artérielle (HTA) ;
- le diabète insulino et non insulino-dépendant ;
- l'asthme ;
- l'épilepsie ;
- les psychoses ;
- les cancers (quelle que soit la localisation).

En 2011, au moins une de ces pathologies a été diagnostiquée chez 12 % des patients (*tableau 29*).

Les affections les plus fréquemment rapportées sont l'hypertension artérielle (6 % des patients), le diabète (3,7 %) et l'asthme (2,3 %). Les autres pathologies (épilepsie, psychoses, cancers) concernent moins de 1 % des patients. Il est à noter que les affections graves ne sont pas toujours diagnostiquées lors de la première consultation. En effet, la part des patients concernés par de telles affections est de 11,1 % si l'on ne considère que les premières consultations ; elle s'élève à 15,1 % si l'on considère les consultations suivantes (soit environ 700 personnes potentiellement dépistées

au sein des Caso). Cela met en évidence l'activité de « dépistage » réalisée dans les Caso et l'orientation des patients vers des examens complémentaires pour confirmer des diagnostics.

Soulignons également que ces chiffres ne reflètent pas la réalité de la prévalence des affections graves parmi les patients reçus. En effet, en cas de suspicion de pathologies graves, les médecins orientent les patients vers des examens complémentaires (sans noter le diagnostic dans le dossier, puisqu'il n'est pas encore avéré). Les patients ainsi orientés, le plus souvent vers les urgences ou les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) hospitalières, ne reconsultent pas toujours au centre.

Notons enfin que très peu d'étrangers affectés par une pathologie potentiellement grave (1,1 %, soit 26 personnes) ont déposé une demande de régularisation pour raison de santé lorsqu'ils arrivent pour la première fois au Caso. Ce faible nombre est à rapprocher de la méconnaissance par ces publics de leurs pathologies lorsqu'ils arrivent en France, comme le souligne le Comede dans son rapport d'activité⁴⁴. D'autre part, ces personnes connaissent peu ou pas les procédures et les démarches à entreprendre ou refusent de mener ces démarches par peur de s'exposer à un refus et par conséquent à une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

(44) Comede, « La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2011 », 2012, 70 pages.

Tableau 29 : Fréquence des pathologies à potentiel de gravité diagnostiquées au cours des consultations¹, 2011

	%	n
Hypertension artérielle	6,0	1 135
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	3,7	702
Asthme	2,3	432
Épilepsie	0,6	109
Psychoses	0,5	86
Cancers	0,7	132
Au moins une de ces pathologies	12,1	2 302

¹ Le dénominateur regroupe l'ensemble des patients reçus en consultation médicale et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé, à l'exception des diagnostics codés uniquement par la lettre de l'appareil (n = 17 718).

Les analyses proposées dans le tableau 30 visent à préciser les caractéristiques des patients concernés par ces différentes affections, sur le plan de l'âge, du sexe, de la nationalité et de la situation vis-à-vis du logement.

Concernant le diabète et l'hypertension artérielle, on constate que la probabilité d'être atteint de ces affections augmente avec l'âge. Les femmes sont plus souvent

concernées que les hommes. Enfin, les étrangers ont un risque 2 fois plus important de développer ces pathologies que les Français.

L'épilepsie et les psychoses concernent significativement plus souvent les hommes et le risque de développer ces pathologies est plus important chez les Français.

Tableau 30 : Caractéristiques des patients atteints d'une pathologie à potentiel de gravité, 2011

	Diabète		HTA		Cancer		Asthme		Épilepsie		Psychose	
	%	p ¹										
Ensemble des patients	3,7		6,0		0,7		2,3		0,6		0,5	
Sexe												
Hommes	3,0		4,3		0,7		2,4		0,8		0,7	
Femmes	4,7	***	8,4	***	0,7	ns	2,1	ns	0,3	***	0,2	***
Nationalité												
Français	1,5		2,8		0,8		3,2		1,5		1,6	
Étrangers	3,8	***	6,2	***	0,7	ns	2,2	ns	0,5	***	0,4	***
Âge												
Moins de 20 ans	0,3		< 0,1		0,2		2,2		0,6		0,1	
20-39 ans	1,2	**	1,4	***	0,3	ns	1,8	ns	0,6	ns	0,6	**
40-59 ans	7,8	***	13,2	***	1,2	***	3,3	***	0,4	ns	0,4	ns
60 ans et plus	15,2	***	27,8	***	2,7	***	2,6	ns	0,5	ns	0,1	ns
Logement												
Stable	5,5		9,2		0,8		2,2		0,7		0,3	
Hébergés (organisme ou association)	2,1	**	2,8	***	0,5	ns	2,6	ns	0,5	ns	1,0	**
Précaire	3,7	***	5,7	**	0,8	ns	2,0	ns	0,3	**	0,3	ns
Sans domicile fixe	1,8	***	3,7	*	0,4	ns	2,7	ns	1,0	ns	0,6	ns

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

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

L'analyse de la situation administrative des patients présentant une affection grave révèle que près de 6 sur 10 sont des étrangers en situation irrégulière et 25 % environ sont concernés par une demande d'asile (*tableau 31*).

En outre, seuls 8 % d'entre eux disposent de droits ouverts à une couverture maladie, ce qui pose de façon cruciale la question de la prise en charge et du suivi de ces personnes et la nécessité de disposer de Pass efficaces pour ces populations. Enfin, les patients présentant une affection grave ont dans 99,5 % des cas des ressources inférieures au seuil de pauvreté.

Signalons pour conclure que 11 % de ces patients, selon les médecins qui les ont examinés, auraient dû être traités plus tôt⁴⁵. Ils ont par ailleurs 10 % à indiquer avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (vs 6 % des autres consultants).

Tableau 31 : Situation administrative et droits à la couverture maladie des patients souffrant de l'une des pathologies à potentiel de gravité¹, 2011

	%	n
Droits ouverts couverture maladie	8,3	157
En situation irrégulière	57,8	1 064
Demandeurs d'asile ²	24,8	301
Ressources		
– aucunes ressources	52,5	403
– < seuil pauvreté	46,9	360
– > seuil pauvreté	0,5	4

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

² Il s'agit des personnes concernées par l'asile, que leur demande ait été faite ou non en cours de procédure ou ait été déboutée.

(45) Il est à noter que la question a été modifiée entre 2010 et 2011 et ne permet pas de comparer les résultats sur ces deux années. En 2010, le médecin se prononçait sur le retard aux soins du patient en général quel que soit le nombre de pathologies repérées. En 2011, pour chaque pathologie repérée le médecin indique s'il y a un retard aux soins ou non.

4. La prévention du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2011, environ 1/3 des personnes reçues aux Caso déclarent connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et des hépatites ; les Français, beaucoup plus fréquemment que les étrangers.
- Les pratiques de dépistage des étrangers sont plus fréquentes lorsque leur séjour en France se prolonge.
- 26 953 personnes ont été concernées par des actions de prévention du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles, grâce au programme mis en place dans 11 Caso et 5 actions mobiles en 2011.
- Plus de 1 700 personnes ont été dépistées pour le VIH et les hépatites dans les deux Caso de Paris et de Saint-Denis. La prévalence du VIH atteint 2,34 %, celle de l'hépatite B (Ag Hbs+) 6,75 %, celle du VHC 5,35 %, soit respectivement 11, 10 et 6 fois plus que la moyenne en population générale.

Moins d'un tiers des patients reçus dans les Caso connaissent leur statut sérologique

Les consultations aux Caso sont aussi l'occasion d'aborder avec les patients les questions relatives au VIH et aux hépatites pour, le cas échéant, délivrer des messages de prévention et les orienter vers un dépistage. Ces questions ne sont malheureusement pas encore abordées de façon systématique, comme en témoignent les faibles taux de réponses à ces questions (32 %). Notons néanmoins que ces taux de réponses sont sensiblement meilleurs pour les patients âgés de 20 à 39 ans (environ 40 %).

Il ressort que 34 % des patients déclarent connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et un peu moins de 30 % vis-à-vis des hépatites B et C (tableau 32).

La méconnaissance des statuts sérologiques vis-à-vis des hépatites et du VIH est beaucoup plus fréquente chez les patients étrangers (7 sur 10 ignorent leurs statuts) que chez les Français (4 sur 10).

Le tableau 33 présente les caractéristiques associées à la moindre connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH chez les patients étrangers. Ainsi, on constate une ignorance du statut sérologique significativement plus importante chez les hommes (les femmes se font dépister plus fréquemment durant la grossesse), ainsi que parmi les patients des classes d'âges extrêmes (moins de 20 ans et plus de 60 ans). L'origine géographique est également un élément discriminant : les étrangers originaires d'Afrique subsaharienne et d'Océanie et Amériques ont, semble-t-il, une meilleure connaissance de leur statut ; à l'inverse, la méconnaissance du statut sérologique est maximale parmi les patients originaires de l'UE (hors France). Enfin, la durée de séjour en France est un élément favorable aux pratiques de dépistage, qui augmentent sensiblement lorsque le séjour se prolonge.

On voit ainsi toute la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention envers les populations reçues à Médecins du Monde.

Tableau 32 : Connaissance des statuts sérologiques (VHB, VHC et VIH) des personnes reçues dans les Caso, 2011

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu	29,6	2 093	29,2	2 053	33,8	2 415

Taux de réponses : 32,0 %.

Tableau 33 : Caractéristiques associées à la méconnaissance du statut sérologique VIH parmi les patients étrangers reçus dans les Caso, 2011

	Méconnaissance statut VIH		
	%	n	p ¹
Ensemble des patients étrangers	67,9	4 547	
Sexe			
Hommes	70,9	2 898	
Femmes	63,3	1 645	***
Âge			
Moins de 20 ans	83,3	404	
20-39 ans	66,2	2 695	***
40-59 ans	65,6	1 010	***
60 ans et plus	75,9	283	ns
Groupe continental			
Union européenne (hors France)	76,1	789	
Europe (hors UE)	77,2	346	ns
Afrique subsaharienne	57,8	1 360	***
Maghreb	77,7	1 120	ns
Proche et Moyen-Orient	73,4	300	ns
Asie	84,2	266	**
Océanie et Amériques	48,4	261	***
Durée de résidence en France			
Moins de 3 mois	70,0	1 675	
3 mois à 1 an	68,6	1 415	ns
1 an à 3 ans	67,8	542	*
3 ans à 10 ans	60,4	436	***
10 ans et plus	58,8	147	***

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 : 70,9 % des hommes ignorent leur statut sérologique VIH contre 63,3 % des femmes, différence significative au seuil de 0,001 %.

Une nécessaire amélioration de la prévention des pathologies infectieuses

En France, les populations migrantes et/ou précaires sont, pour la plupart, en grande difficulté d'accès à la prévention et par conséquent plus vulnérables aux pathologies infectieuses comme le VIH et les hépatites.

Le programme de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose, mis en place dès 2003 au Caso de Paris, s'est largement étendu en 2006 dans les Missions France⁴⁶. Ainsi en 2011, 16 équipes ont été impliquées dans le projet :

– 11 Caso (Bordeaux, Cayenne, Lyon, Marseille, Nantes, Nice, Paris, Rouen, Saint-Denis, Strasbourg et Toulouse) ;

– 2 programmes auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (à Nantes et Paris) ;
 – 2 programmes auprès des patients sans domicile fixe (à Lyon et Metz) ;
 – le programme d'Éducation aux risques liés à l'injection auprès des patients usagers de drogues (ERLI).

Dans l'ensemble de ces programmes, 26 953 personnes ont été concernées par les actions de prévention.

L'objectif général du projet est de renforcer la prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose et d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour les populations rencontrées.

Les objectifs spécifiques sont :

– délivrer des messages de prévention pour le VIH, les hépatites, les IST et la tuberculose, en les adaptant à la population étrangère et/ou précaire reçue à Médecins du Monde ;
 – inciter les patients à se faire dépister précocement pour le

(46) En effet, une convention entre la Direction générale de la santé (DGS) et Médecins du Monde a été établie, permettant la mise en place d'actions de prévention, coordonnées par un médecin référent. Cette convention (qui 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) a été reconduite pour quatre ans en 2010.

VIH, les hépatites, les IST et la tuberculose, afin de faciliter une prise en charge précoce et l'accès aux soins ;
– témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies.

Ainsi, les équipes de prévention ont été formées, entre autres, grâce à une convention avec le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) d'Île-de-France et proposent aux patients en attente de leur consultation des entretiens de prévention individualisés ou des animations de prévention en salle d'attente. 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), et parfois vers des laboratoires de ville. Enfin, dans certains programmes, les patients se voient proposer des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH lors de l'entretien de prévention.

« **UNE MULTITUDE DE QUESTIONS QUI, LORSQUE LA SALLE EST ATTENTIVE, SE SOLDE PAR UNE RUÉE VERS LES PRÉSERVATIFS** »



Exemple d'une séance de prévention collective en salle d'attente concernant la prévention des hépatites B et C et du VIH :

« Combien de temps après un rapport, si j'ai pas mis de préservatif, je dois aller faire le test ? »

« Et si j'ai le doigt un peu coupé et que je caresse une femme, est-ce que c'est risqué ? »

« Si la femme a une petite carie, est-ce contaminant de l'embrasser ? »

« J'ai fait une première piqûre de vaccination, est-ce que je peux reprendre la vaccination après 1 an ? » [Caso de Paris]

Rappel des données épidémiologiques en population générale

■ Le VIH

En France, on estime à environ 6 300 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010⁴⁷. Après avoir diminué significativement entre 2004 et 2007, ce nombre se stabilise depuis. La proportion de sérologies

confirmées positives est estimée au niveau national à 2,2 % en 2010. Elle varie selon les régions : plus élevée en Guyane (8,7) en Guadeloupe (5,0) en Île-de-France (4,4) à Mayotte (2,1) et en Martinique (2,0) que dans les autres régions (entre 0,6 et 1,7 %).

En 2010, 29 % des personnes découvrent leur séropositivité à un stade avancé (moins de 200 CD4) et plus de 70 % à un stade où il est recommandé de mettre en œuvre un traitement (moins de 500 CD4).

Les personnes nées à l'étranger sont plus touchées par l'épidémie : 47 % des patients ayant découvert leur séropositivité sont de nationalité étrangère et 67 % de ceux-ci sont originaires d'Afrique subsaharienne. Les dernières données sur le VIH concernant la population migrante confirment cependant des résultats encourageants : le nombre de découvertes de séropositivité chez les personnes de nationalité étrangère a régulièrement diminué entre 2003 et 2010 (de 59 % à 47 %), même s'il est difficile de faire la part des choses entre les flux migratoires, le recours au dépistage... Enfin, bien que le diagnostic reste souvent trop tardif, le dépistage chez les hétérosexuel(le)s de nationalité étrangère est moins tardif qu'auparavant : 11 % des femmes nées à l'étranger sont au stade sida au moment de la découverte de leur séropositivité (versus 14 % en 2003) et 21 % des hommes (versus 26 % en 2003). Cependant ces proportions ne baissent plus en 2009⁴⁸.

Le dispositif du dépistage du VIH en France montre donc ses limites et les experts s'accordent à dire qu'il faut repenser les stratégies de dépistage. En effet, bien que l'activité de dépistage soit particulièrement importante en France, on estime qu'environ 30 000 personnes en France sont aujourd'hui porteuses du virus du sida sans le savoir.

Ainsi, dans le rapport 2010 du groupe d'experts sous la direction du professeur Yeni⁴⁹, une large part est faite à la prévention et à la promotion du concept de prévention combinée : on ne se limite plus aux modifications de comportement (utilisation du préservatif par exemple), mais on associe des méthodes biomédicales : **le dépistage et le traitement antirétroviral doivent être maintenant considérés comme des actions préventives complémentaires des actions comportementalistes**. Ainsi, le nouveau Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010- 2014, lancé le 4 novembre 2010, préconise une proposition de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans⁵⁰, et, pour les populations spécifiques⁵¹, une proposition de dépistage ciblé et régulier. Ces populations sont,

(47) InVS, « L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida », BEH, 2011, p. 43-44.

(48) InVS, « L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence », BEH, 2010, p. 45-46.

(49) Yeni P., « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Recommandations du groupe d'experts », La Documentation française, 2010, 417 pages.

(50) Hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière.

(51) Populations des départements français d'Amérique, usagers de drogues par voie intraveineuse, personnes originaires d'une zone de haute prévalence comme l'Afrique subsaharienne ou les Caraïbes, personnes se prostituant...

pour une large part, celles que nous recevons dans les programmes de Médecins du Monde.

■ Les infections sexuellement transmissibles

Si les données disponibles démontrent bien qu'en France, les populations migrantes et/ou en situation de précarité 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 ne permet pas d'avoir une vision exhaustive des nouveaux diagnostics de ces pathologies en population générale. C'est donc grâce aux différents réseaux de surveillance que nous pouvons avoir des données.

Ainsi, les dernières données disponibles montrent⁵² :

– Pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct), IST bactérienne la plus fréquente, une progression annuelle régulière du nombre de diagnostics depuis 2000. Par ailleurs : « La proportion de dépistages (diagnostics d'infection à Ct) réalisés chez des sujets asymptomatiques a progressé fortement pendant la dernière décennie. Alors que moins d'un tiers des cas étaient asymptomatiques en 1998, plus de deux tiers des cas sont asymptomatiques en 2009. » En 2009, dans le réseau Rénachla, « le taux de positivité était de 5,5 %. Il était bien plus élevé dans les laboratoires qui traitent les prélèvements des structures faisant du dépistage (9,4 %) tels que les CDAG que dans les laboratoires privés qui traitent les prélèvements demandés par des praticiens exerçant en libéral (3,8 %) ».

– Pour les infections à gonocoques, d'après les données du réseau Rénago que : « Le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an est en nette progression (+ 52 %) entre 2008 et 2009, et ce pour les deux sexes et dans l'ensemble des régions. » Entre 2001 et 2009, le nombre de gonocoques isolés était 6,5 fois plus élevé chez l'homme que chez la femme. Parmi les cas déclarés entre 2004 et 2009 dans le réseau RésIST, si la majorité des patients sont nés en France, 12 % des femmes et 15 % des hommes sont nés en Afrique et 6 % dans un autre pays européen. « La proportion importante de formes asymptomatiques chez la femme est à l'origine d'une sous-estimation du diagnostic pour cette population. »

– En ce qui concerne la surveillance de la syphilis précoce de moins d'un an, mise en place en 2000 devant la recrudescence

de cette maladie, que, « entre 2000 et 2009, 4 022 cas de syphilis précoces ont été notifiés. Le nombre de cas a augmenté en 2007, puis diminué ces deux dernières années. Globalement, le profil des personnes atteintes de syphilis a peu évolué. Sont constatés : une majorité (83 %) d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; une augmentation récente des syphilis déclarées au stade latent. La proportion de femmes était de 5 % ; 15 % d'entre elles ont consulté en cours de grossesse... En conclusion, le nombre de cas de syphilis a baissé ces deux dernières années. Il pourrait s'agir d'une baisse soit de l'incidence, soit liée aux limites du système de surveillance ou à un retard au diagnostic. »

En ce qui concerne la syphilis congénitale (SC), celle-ci reste très rare en France (< 1 cas/100 000 naissances). Cependant, « un peu plus des deux tiers des cas de SC ont été trouvés dans une population de femmes n'ayant pas reçu de soins ou de suivi anténataux. Parmi ces femmes, quelques-unes sont issues d'une population marginalisée avec des barrières culturelles, comme les "gens du voyage", ou bien sont des femmes vivant en France dans la précarité sociale et économique. Pour les femmes pour qui une séroconversion a été identifiée à la fin de la grossesse, quelques caractéristiques communes ont été relevées (immigrantes, vivant dans des conditions socioéconomiques précaires), ce qui montre l'intérêt de réaliser un second dépistage avant 28 semaines de gestation dans certains groupes de femmes ». Ces femmes sont celles que nous rencontrons dans les Casos de Médecins du Monde.

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 qu'avaient formulée la Haute Autorité de santé (HAS) sur :

– le dépistage des *Chlamydiae* chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans⁵³ ;

– le dépistage de la syphilis chez les personnes qui se prostituent et leurs clients, les personnes migrantes, les personnes détenues et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes⁵⁴.

Enfin, en 2010, la HAS a recommandé un dépistage ciblé des gonocoques chez les personnes diagnostiquées pour une autre IST, ayant des antécédents d'IST, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les personnes porteuses du VIH et les personnes ayant des rapports sexuels à risque.

(52) InVS, « Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance et la prévention », BEH, 2011, n° 26-27-28.

(53) ANAES, « Évaluation du dépistage des infections urogénitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France », rapport, 2003, 95 pages.

(54) HAS, « Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. Recommandations en santé publique », Recommandations en santé publique, 2007, 284 pages.

■ Les hépatites

L'enquête 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 VHB⁵⁵ en 2004.

Cette enquête souligne l'influence de la précarité sociale sur ces prévalences : les prévalences de l'hépatite B (portage de l'Ag HBs) et de l'hépatite C étaient respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMUc que chez les non-bénéficiaires.

La surveillance nationale de l'hépatite B chronique a été mise en place en 2008, en collaboration avec 29 CHU d'hépatologie⁵⁶. Elle permet de décrire les caractéristiques épidémiologiques et clinico-biologiques des patients nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique.

Ainsi, entre janvier 2008 et août 2009, 1 016 patients naïfs de traitement antiviral ont été pris en charge. Ce sont majoritairement des hommes (59 %), principalement nés dans des pays de moyenne ou forte endémicité (78 %). La positivité de l'Ag HBs est découverte le plus souvent de façon fortuite, témoignant d'un dépistage insuffisamment ciblé sur les expositions à risque dans le pays de naissance. La proportion non négligeable (8 %) de formes sévères (cirrhose ou cancer hépatocellulaire) témoigne d'un retard au dépistage. Enfin, l'InVS a développé en 2000 deux réseaux 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 2007⁵⁷, l'activité de dépistage a augmenté. Il s'agit plus souvent d'hommes (60,7 %), plus jeunes en moyenne que les femmes (46 vs 54 ans). Plus de 1 patient sur 10 présente un stade avancé de la maladie, témoin d'une durée d'infection élevée et d'un retard au dépistage.

De façon générale, ces données doivent nous inciter à accentuer nos actions de prévention et notamment d'incitation au dépistage.

Il ne faut pas oublier que si, en France, 152 000 personnes sont infectées par le VIH, et que, parmi elles, environ 30 000 l'ignorent, ce sont aussi environ 500 000 personnes qui sont porteuses du VHB ou du VHC, parmi lesquelles respectivement 43 % et 55 % ne le savent pas.

Il faut rappeler par ailleurs que plus d'un quart des personnes infectées par le VIH sont VHC+ et que 7 % sont co-infectées par le VHB. On sait de plus que l'infection par le VIH aggrave le pronostic des hépatites B et C⁵⁸.

Ainsi, compte tenu de la non-maîtrise des épidémies d'hépatites B et C en France, la Direction générale de la santé (DGS) a lancé le 24 février 2009 le Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012. Les cinq axes stratégiques du plan s'inscrivent dans la continuité des plans précédents : il s'agit de réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites chroniques virales B et C par la combinaison d'une meilleure prévention et d'un dépistage plus accessible, tout en améliorant l'accès aux traitements efficaces et les prises en charge.

En ce qui concerne les populations migrantes et/ou en situation de précarité, on retiendra entre autres, comme recommandations :

- le renforcement des actions de prévention et notamment la nouvelle relance de la vaccination contre l'hépatite B auprès de patients venant de zones de forte ou moyenne endémie, après contrôle sérologique ;
- le 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 l'origine de pays d'endémie, mais aussi sur la notion plus récente de marqueurs de risque que représentent toutes les situations de précarité ;
- l'adaptation de la prise en charge sanitaire et sociale aux besoins des personnes en situation de précarité ;
- le recours plus large à l'interprétariat pour le dépistage et la prise en charge des personnes non francophones.

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

Les Caso de Paris et Saint-Denis orientent le plus souvent les patients vers un laboratoire, ce qui permet d'avoir un retour exhaustif des résultats⁵⁹. Le Caso de Saint-Denis a par ailleurs établi un partenariat avec le Centre de dépistage anonyme et gratuit (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. Cette dernière activité a démarré en mars 2010. Une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière du Centre d'information de

(55) InVS, ChamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », Rapport InVS, 2007, 112 pages.

(56) Larsen C. et al., « Hépatite B chronique prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008 : premiers résultats », InVS, BEH Web, 2010, n° 1.

(57) 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, 2009 : 20-21.

(58) Yeni P., « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts », La Documentation française, 2010, 417 pages.

(59) Les autres équipes de Médecins du Monde orientent les patients vers des CDAG mais le retour anonymisé des résultats n'est pas toujours possible.

dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) de l'hôpital Avicenne (Bobigny) assurent des vacations délocalisées au Caso.

Plus de 1 700 patients ont été dépistés en 2011 dans les deux Caso d'Île-de-France (tableau 34).

Les prévalences du VIH, des hépatites B (Ag Hbs+) et C dans les deux Caso d'Île-de-France sont respectivement de 2,34 %, 6,75 %, et 5,35 %, soit respectivement 10,7, 10,4 et 6,4 fois plus que les moyennes en population générale. Par ailleurs, le Caso de Paris dispose de données sur la prévalence des co-infections VIH, VHB et VHC. En 2011, 39 % de la file active du Caso a bénéficié d'un dépistage du VIH et des hépatites, soit plus de 1 340 dépistages. Sur les 32 patients diagnostiqués séropositifs au VIH (2,4 %), 5 sont Ag HBs+ et 4 sont VHC+. Entre 2006 et 2011, sur les 191 patients séropositifs au VIH, 11 patients sont co-infectés par le VHC (5,8 %), 22 patients par le VHB (11,5 %). Ainsi, la prévalence des co-infections est élevée parmi les patients reçus. Ces résultats mettent en évidence l'intérêt de disposer, comme pour le VIH, de Trod des hépatites, qui constituent des outils particulièrement adaptés aux programmes de Médecins du Monde.

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, et la proportion de sérologies VIH confirmées positives estimée à 2,2 % en 2010 en France est de 4,4 en Île-de-France, ce qui en fait la région de plus forte prévalence après la Guyane et la Guadeloupe. Cela explique aussi la

forte prévalence de ces pathologies parmi les patients rencontrés à Médecins du Monde.

Les données ci-dessous montrent bien cette année encore, que les Caso sont des lieux privilégiés pour délivrer des messages de prévention et amener les patients à un dépistage le plus précoce possible.

« ELLE FRÉQUENTE DEPUIS QUELQUES SEMAINES CELUI QU'ELLE APPELLE SON CAMARADE, AVEC LEQUEL ELLE UTILISE DES PRÉSERVATIFS... QUAND CELUI-CI Y CONSENT »



M. T. a 39 ans. Elle vient en consultation ce jour-là pour des douleurs diffuses, surtout localisées au dos. Elle a laissé ses filles au Mali, n'ayant pu les emmener avec elle dans son voyage vers la France depuis la Côte d'Ivoire, qu'elle a fuie au moment des événements du début de l'année 2011. Elle me dira à la fin de l'entretien qu'elle y a subi plusieurs viols par des miliciens. La question de la contraception étant abordée, elle explique qu'au pays elle prenait la pilule et pouvait en discuter avec une amie ; en France, elle ne la prend pas, faute d'argent. À la question délicate des violences conjugales éventuelles, elle se détourne pour dire qu'elle reçoit des coups tous les jours. Il s'avère que la sérologie VIH, prescrite au décours de cette première consultation, reviendra positive. » [Caso de Saint-Denis]

Tableau 34 : Prévalences des hépatites B et C et du VIH parmi les patients dépistés dans les Caso de Paris et de Saint-Denis, 2011

	Caso de Paris	Caso de Saint-Denis	Caso de Saint-Denis et de Paris	Prévalences en pop. générale France ^{60,61}
Nombre de dépistages VIH	1 343	363	1 706	
Nombre de séropositivités VIH	32	8	40	
Prévalence du VIH	2,38 %	2,20 %	2,34 %	0,22 %
Nombre de dépistages hépatite B	1 379	398	1 777	
Nombre de séropositivités hépatite B (Ag HBs+)	94	26	120	
Prévalence de l'hépatite B (Ag HBs+)	6,82 %	6,53 %	6,75 %	0,65 %
Nombre de dépistages hépatite C	1 378	399	1 777	
Nombre de séropositivités hépatite C	67	28	95	
Prévalence de l'hépatite C	4,86 %	7,01 %	5,35 %	0,84 %

(60) InVS, « L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida », BEH, 2011 : 43-44.

(61) InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », Rapport InVS, 2007, 112 pages.

Dépistages de la syphilis et des *Chlamydiae* : données des actions « hors les murs » des CDAG/Ciddist

De plus, grâce aux partenariats très étroits que nous entretenons avec les CDAG, qui proposent le plus souvent les dépistages de la syphilis et des *Chlamydiae* (les gonocoques si points d'appel cliniques) de façon systématique, nous disposons de données de prévalences dans le cadre d'actions « hors les murs » auprès des publics rencontrés à Médecins du Monde.

- Le Caso de Saint-Denis bénéficie d'une vacation hebdomadaire du Ciddist de l'hôpital Avicenne (Bobigny), qui assure des vacations délocalisées au Caso.
- Au Caso de Marseille, le Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Cidag) assure depuis novembre 2009 deux permanences mensuelles (entretiens de prévention et dépistages VIH/hépatites/IST) au sein du Caso. Enfin à Metz, Médecins du Monde mène aussi des actions conjointes de prévention et de dépistage avec le CDAG dans le cadre d'un partenariat dans les foyers d'hébergement de la ville.
- Le Lotus Bus, programme en direction des femmes chinoises se prostituant dans la rue à Paris, a travaillé dès 2008 avec l'équipe du CDAG de l'hôpital Saint-Louis à Paris, qui a mené des actions de dépistage « hors les murs » auprès des femmes fréquentant le Bus. En 2009 le Lotus Bus a créé un partenariat avec le CDAG Fernand-Widal, via Aremedia⁶². Depuis, l'équipe poursuit les actions de dépistage « hors les murs », qui font désormais partie intégrante de l'activité du Lotus, sans toutefois négliger d'orienter autant que possible les bénéficiaires vers les structures de droit commun. Les remises de résultats ont lieu au CDAG de Fernand-Widal, en présence de membres de l'équipe du Lotus Bus (bénévoles sinophones ou salariés) et d'une infirmière sinophone de l'association Arcat. Par ailleurs, l'équipe a également créé un nouveau partenariat avec le Centre médico-social (CMS) de Belleville pour faciliter l'orientation et l'accompagnement des femmes chinoises vers le centre de dépistage. Chaque mois, une plage horaire est réservée aux bénéficiaires du Lotus Bus, qui s'inscrivent au préalable dans le bus. Lors du rendez-vous un bénévole du Lotus Bus assure

l'interprétariat auprès du médecin. Les personnes avec une sérologie positive bénéficient d'une prise en charge à la policlinique de l'hôpital Fernand-Widal.

Le tableau ci-dessous présente les données disponibles sur le dépistage de la syphilis et des *Chlamydiae* grâce aux partenariats établis avec les quatre CDAG/Ciddist, depuis 2008.

Tableau 35 : Dépistage de la syphilis et des *Chlamydiae* dans quatre actions des CDAG/Ciddist « hors les murs »

	Syphilis	Chlamydiae
Nombre de dépistages	781	500
Nombre de cas positifs	22	18
Prévalence	2,8 %	3,6 %

La prévalence des *Chlamydiae* parmi les patients que nous rencontrons est équivalente à celle retrouvée dans les laboratoires de ville, mais nettement inférieure à celle retrouvée dans les CDAG.

Nous avons peu de données sur la prévalence de la syphilis en France. Dans l'étude réalisée dans les CDAG parisiens en 2002⁶³, la prévalence de la syphilis parmi les hétérosexuels multipartenaires consultant dans les CDAG était de 0,29 %, contre 2,62 % chez les homosexuels.

Ainsi, ces données doivent nous inciter à proposer des dépistages beaucoup plus systématiques des IST autres que le VIH et les hépatites aux patients que nous rencontrons. C'est un de nos axes de travail.

Développer de nouvelles stratégies et toucher des populations spécifiques

Les actions de prévention et de dépistages du VIH, des hépatites et des IST restent encore insuffisantes auprès des publics reçus et encore trop d'occasions manquées de dépistage subsistent pour ces populations particulièrement vulnérables. Aussi, il nous apparaît indispensable de mettre en place des projets spécifiques pour favoriser les dépistages.

(62) Association de recherche européenne pour la médecine et l'informatique interactive. L'association met à disposition une infirmière, un médecin et une animatrice de prévention.

(63) Couturier E. et al., « Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit », InVS, 2002, 24 pages.

→ LES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) DU VIH

En novembre 2010, le ministère de la Santé a publié au *Journal officiel* un arrêté fixant les nouvelles conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)⁽⁶⁴⁾ du VIH. Cet arrêté élargit non seulement les conditions de recours au Trod du VIH mais aussi la qualité des personnes habilitées à réaliser 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, entre autres, par les personnels médicaux et non médicaux, travaillant au sein de structures de prévention et d'associations impliquées en matière de prévention sanitaire, comme Médecins du Monde.

Pour les équipes de Médecins du Monde, le test rapide n'a pas pour vocation de remplacer les tests classiques en CDAG ou en laboratoire, mais plutôt d'offrir une nouvelle occasion de dépistage et de faciliter l'accès au dépistage pour les personnes qui sont 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.

Médecins du Monde a 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 est bien entendu dans le cadre d'un dispositif global d'accompagnement médico-psycho-social. Une évaluation du dispositif et un système d'assurance de la qualité sont mis en place. Sans attendre la parution de l'arrêté de novembre 2010, Médecins du Monde avait devancé l'autorisation légale d'utiliser ces tests en lançant les TROD à Cayenne à l'occasion du 1^{er} décembre 2009 et de façon continue en février 2010, avec le soutien de Sidaction. L'urgence de la situation en Guyane, département en situation d'épidémie généralisée selon l'OMS, justifiait cette action. La Guyane est en effet aujourd'hui le département français le plus touché par le VIH et, plus

encore qu'en métropole, la part des personnes prises en charge tardivement est importante, ce qui nécessite une politique de dépistage plus large et l'assurance d'un lien direct avec l'accès aux soins.

En 2011, ces actions ont été étendues aux Caso de Strasbourg et Nice⁽⁶⁵⁾, qui, avec Cayenne, ont répondu avec succès à l'appel à projet de la DGS en 2011 « Soutien aux activités de dépistage communautaire par Trod VIH ».

Ainsi, depuis le début de l'action en 2010 et jusqu'à la fin de 2011, 126 Trod (dont 5 réalisés par l'association Aides⁽⁶⁶⁾) ont été proposés, dont 6 se sont avérés positifs. Il faut noter cependant que, parmi les 6 patients, 2 ont été malheureusement perdus de vue (un à Cayenne ne s'est pas présenté à sa première consultation hospitalière, l'autre à Strasbourg à son rendez-vous pour confirmation du résultat). Ainsi, dans la mise en place de cette action innovante, il convient de rester très vigilants afin de tenter de réduire au maximum les perdus de vue. Peu de tests ont été pour l'instant proposés aux patients venus consulter aux Caso en 2011. Les équipes ont surtout travaillé à l'écriture d'un document de référence pour l'ensemble des équipes de Médecins du Monde qui souhaiteront à terme mettre en place ce type d'actions⁽⁶⁷⁾. Ce document poursuit deux objectifs :

1. aider les équipes dans la mise en place d'actions de réduction des risques intégrant une offre de dépistage du VIH à l'aide de Trod pour les populations cibles ;
2. permettre (grâce à des objectifs et des indicateurs communs à l'action) dans les différents programmes de Médecins du Monde une évaluation nationale de l'action, afin de pouvoir témoigner avec d'autant plus de pertinence.

En 2012, ce sont maintenant 7 programmes qui proposent des Trod VIH aux patients rencontrés, certains en partenariat avec Aides.

Au total, depuis la mise en place en 2010 des actions de réduction des risques à l'aide de Trod et jusqu'en juin 2012, ce sont 309 tests qui ont été proposés aux patients consultant dans les programmes de Médecins du Monde, dont 8 se sont révélés positifs, soit une prévalence de 2,6 %. Il est intéressant de noter que cette prévalence est sensiblement équivalente à celle que nous retrouvons depuis 5 ans dans les deux Caso d'Île-de-France. Même si le nombre de Trod pratiqués reste faible, nous avons maintenant une vision plus globale de la prévalence du VIH parmi la population consultant dans nos programmes en France.

Comme pour le VIH, les Trod des hépatites seraient des outils particulièrement adaptés aux programmes de Médecins du Monde.

(64) 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).

(65) À Nice, ces actions se font aussi en partenariat avec Aides, dont les intervenants assurent une permanence au Caso une fois tous les 15 jours.

(66) Depuis février 2011, l'association Aides a proposé cinq Trod aux patients venant consulter au Caso de Nice, dont aucun ne s'est révélé positif.

(67) Dépistage du VIH à l'aide de Trod : *Guide d'aide à la mise en place de l'action pour les équipes de Médecins du Monde*.

Tableau 36 : Bilan des Trod réalisés en 2010 et 2011 à Cayenne, Nice et Strasbourg¹

Début de l'action	Cayenne	Nice	Strasbourg	Total
	Février 2010	Novembre 2011	Novembre 2011	
Professionnels de santé dédiés à l'activité	4	3	17	24
Non-professionnels de santé dédiés à l'activité	1	0	0	1
Nombre de Trod réalisés	102	1	18	121
Nombre de Trod positifs	4	0	2	6
Nombre de personnes ayant reçu le résultat de confirmation	1		1	2
Nombre de perdus de vue	1		1	2
Nombre de personnes ayant un Trod+ qui connaissaient déjà leur séropositivité	2		0	2

¹ Les activités ont débuté pour Nice et Strasbourg en novembre. Pour Cayenne, l'activité mise en place en 2010 a dû être interrompue en 2011 et ce jusqu'en octobre, faute de ressources humaines disponibles.

Médecins du Monde mène également des programmes de réduction des risques auprès de populations spécifiques telles que les usagers de drogues et les populations proposant des services sexuels tarifés.

→ LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE : INVENTER ET EXPÉRIMENTER DE NOUVEAUX OUTILS ET STRATÉGIES DE SOINS ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

En France, la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues a été fondée à partir des années 1990 sur l'accès élargi au matériel d'injection stérile, aux traitements de substitution aux opiacés, au dépistage de l'infection par le VIH et aux traitements antirétroviraux. Si cette politique a permis une réduction importante de l'incidence de l'infection par le VIH et du nombre de décès liés à l'usage de drogues et l'amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues, elle reste encore insuffisante au regard de la prévention de l'hépatite C

chez ces derniers. En effet, une enquête multicentrique réalisée en 2004⁶⁸ établit une prévalence de l'hépatite C à près de 60 % chez les usagers de drogues ; la consommation de drogues par voie intraveineuse reste le premier mode de contamination au VHC ; enfin, la co-infection VIH/VHC apparaît préoccupante dans ces populations. En matière de réduction des risques, les initiatives successives prises par Médecins du Monde (programme d'échange de seringues dès 1989, centre méthadone en 1993, ouverture des missions Rave en 1997, premier programme mobile méthadone en 1998...) sont toujours apparues dans un contexte sociopolitique peu favorable, mais ont fini par être reprises par les associations ou le système de droit commun du fait de la preuve de leur efficacité. Face à l'absence de dispositifs destinés à accompagner et informer les usagers de drogues, Médecins du Monde s'est mobilisé dans le but d'inventer et d'expérimenter de nouveaux outils et stratégies de soins et d'éducation pour la santé qui tiennent compte des réalités des consommations, des usages et des contextes de vie des personnes. Ainsi, Médecins du Monde, en partenariat avec le Caarud⁶⁹-Sida Paroles et le Csapa⁷⁰-Caarud Gaïa Paris, a mis en place, dès 2010, une nouvelle action d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) auprès des usagers de drogues afin de contribuer à lutter contre l'épidémie d'hépatite C qui sévit dans cette population.

L'objectif général du projet est de réduire les morbidités et la mortalité

(68) Jauffret-Roustide M., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », InVS, BEH 2006 : 33.

(69) Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

(70) Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux (VIH et VHC notamment), overdoses, détérioration du capital veineux, etc.) en Île-de-France et par conséquent de :

- renforcer la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention ;
 - repérer les pratiques à risque et les facteurs de vulnérabilité, en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation ;
 - inciter à la connaissance du statut sérologique et accompagner l'entrée des usagers dans un parcours de soins ;
 - entrer en contact avec les usagers les plus à risque (les injecteurs nouveaux ou récents, et les injecteurs les plus marginalisés qui sont peu ou pas en lien avec des structures médico-sociales) et favoriser l'ouverture d'un dialogue sur les risques liés à la pratique de l'injection ;
 - témoigner de l'utilité d'une éducation pratique aux risques liés à l'injection à partir d'une évaluation issue de l'expérience de terrain.
- L'activité consiste en une approche éducative individuelle théorique et pratique au cours de séances où l'usager utilise le produit qu'il consomme habituellement sur la base d'un protocole explicite avec les usagers. L'action se développe dans la boutique de Sida Paroles à Colombes et à partir d'une unité mobile à Paris.

Le projet ERLI s'inscrit aussi dans le cadre d'une recherche-action. En effet, les associations Aides et Médecins du Monde ont décidé de développer un projet commun de recherche afin, d'une part, d'affiner le projet, si nécessaire en conduisant les équipes à une réflexion critique, et, d'autre part, de capitaliser cette expérience. Il s'agira ainsi d'apporter des éléments tangibles permettant de déterminer si ces approches ERLI méritent d'être développées plus largement. Cette recherche-action est menée en partenariat avec l'équipe de recherches UMR912-Sesstim de Marseille, son évaluation est portée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) pour en garantir qualité et impartialité. Le soutien officiel de l'ANRS a été apporté en janvier 2011. Le financement porte sur l'évaluation.

À la fin de 2011, 12 personnes sont incluses dans le programme ERLI à Colombes et 54 personnes à Paris, dont 27 dans la recherche-action débutée le 18 juillet 2011.

Enfin, toujours dans une volonté d'innover en introduisant des mesures ou des modalités nouvelles dans le domaine de la réduction des risques, Médecins du Monde, en partenariat avec l'association Gaïa Paris, soutient la mise en place d'une « salle de consommation à moindre risque et à visée éducative » dans l'objectif de réduire la mortalité, la morbidité, l'exclusion sociale et les troubles à l'ordre public liés à la consommation de drogues dans l'espace urbain, à Paris.

➔ UN EXEMPLE DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX PRATIQUES PROSTITUTIONNELLES : L'ACTION DE MÉDECINS DU MONDE AUPRÈS DES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

En 2009, l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) estimait le nombre de personnes se prostituant en France entre 18 000 et 20 000. Ce chiffre est probablement sous-estimé en raison notamment du développement d'une prostitution plus masquée, via internet par exemple. Les personnes qui se prostituent sont majoritairement des femmes étrangères, venant d'Europe de l'Est, d'Afrique, d'Amérique latine et dans une moindre mesure du Maghreb ou de Chine. La prostitution masculine représente environ 10 % de la prostitution et concerne souvent des jeunes étrangers originaires des pays de l'Est. Enfin, les personnes transgenres représentent une part importante des personnes se prostituant dans les grandes agglomérations⁷¹.

L'action de Médecins du Monde auprès des personnes se prostituant se traduit par des actions (mobiles et en lieux fixes) de promotion de la santé et de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles, avec un accompagnement social, médical, administratif et juridique. Les équipes s'attachent à donner une information adaptée (et traduite si nécessaire) sur les risques liés aux IST, VIH et hépatites et autres problèmes de santé, sur les questions de contraception ainsi que sur les droits. Elles mettent à disposition du matériel de prévention.



Pendant une tournée de nuit, Mlle T. vient vers le bus pour partager un problème qu'elle n'a pas voulu aborder devant les autres. Le soir même un préservatif a cassé. Les bénévoles lui proposent de l'accompagner immédiatement aux urgences pour étudier avec un médecin l'exposition aux risques et la nécessité éventuelle de prendre un traitement post-exposition. La personne accepte. Aux urgences, un traitement post-exposition de trois jours lui est donné. Elle doit aussi prendre rendez-vous avec le CISIH dans les 3 jours pour faire le point sur cette première prise de traitement." [Funambus de Nantes]

(71) Ministère de la Santé et des Sports, « Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 », 266 pages.



Mlle L. est originaire de Roumanie et est présente en France depuis plus de 3 mois. Elle ne possède aucun document relatif à son identité, tous ses documents ont été perdus. Elle souhaite ouvrir ses droits à l'AME mais on lui demande des papiers d'identité qu'elle ne possède pas.

Elle n'a pas de contact avec un tiers en Roumanie, et craint pour sa sécurité si elle retourne dans son pays. Les démarches avec l'ambassade de Roumanie à Paris n'ont pas abouti.

Cependant, une circulaire⁷² existe pour ce type de situation. Nous constituons donc un dossier AME et l'accompagnons dans ses démarches et lors du rendez-vous à la CPAM, munis de la circulaire en question. Après discussions, et lecture de la circulaire, la personne a pu ressortir de l'entretien avec une carte AME et des droits ouverts à l'Assurance maladie." [Funambus de Nantes]

Les évolutions récentes en France en matière législative ont eu un impact non négligeable sur l'accès aux soins des personnes se prostituant. En effet, la pénalisation du racolage passif⁷³ et les contrôles plus stricts de l'immigration impliquent le développement d'une prostitution plus cachée qui oblige les personnes à se déplacer des centres-villes vers les périphéries, les éloigne des structures de soins et de prévention et complique ainsi le travail de proximité mené par les associations de santé.

En 2011, 5 équipes travaillent auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Elles ont réalisé plus de 19 900 contacts. Les programmes de Médecins du Monde auprès des personnes se prostituant s'adressent en très grande majorité à des personnes étrangères qui, d'une part, se heurtent aux difficultés de tout migrant pour accéder aux soins en France, et, d'autre part, subissent une stigmatisation et des discriminations importantes. Les missions proposent un espace d'écoute et des outils d'information sur l'éducation à la santé et les risques liés aux pratiques prostitutionnelles et les informent sur leurs droits et l'accès aux soins. De plus, dans l'objectif de sensibiliser et d'offrir un meilleur accès au dépistage du VIH, les équipes développent des actions spécifiques de dépistage « hors les murs », en partenariat avec les CDAG et les associations auprès de ces publics.

(72) Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005, qui présente les règles relatives à l'AME après les décrets du 28 juillet 2005. Le décret n° 2005-860 dispose que le demandeur doit justifier de son identité. « Dans le cas où un demandeur qui prouve sa bonne foi par la cohérence de ses déclarations n'est en mesure de produire aucun de ces documents, une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la CPAM. »

(73) Loi de sécurité intérieure de 2003.

5. La tuberculose : de plus grandes difficultés d'accès à la prévention pour les populations précaires

LES POINTS ESSENTIELS

- **Le dépistage de la tuberculose auprès des patients des Caso de Saint-Denis et Paris a permis de dépister 10 cas pour 1 888 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 0,5 %, alors que le taux de déclaration de cas de tuberculose est estimé à 0,016 % en population générale en Île-de-France en 2010.**
- **2 tuberculoses extrapulmonaires ont été diagnostiquées en 2011.**

Comme nous l'avons vu, les populations migrantes et/ou précaires, en grande difficulté d'accès à la prévention, sont par conséquent vulnérables face à la tuberculose. Ainsi, intégrer la prise en charge de la tuberculose dans les actions de prévention de Médecins du Monde paraît essentiel. L'amélioration du dépistage et de la collecte de données pour la tuberculose est demeurée un objectif majeur en 2011.



M. S. est à nouveau hospitalisé en pneumologie pour tuberculose pulmonaire.

Un traitement déjà prescrit quelques mois auparavant n'a pas été suivi, M. S. étant reparti en Roumanie.

L'interne du service nous contacte pour mettre en place un protocole de soins infirmiers dans le but d'accompagner M. S. pour la prise de son traitement antituberculeux. Nous prenons contact avec l'Association des centres de soins de la région nantaise (ACSRN) pour la mise en place de ce suivi.

La coordination est assurée entre l'infirmière de l'ACSRN et le service de pneumologie. Médecins du Monde accompagne l'infirmière pour sa première visite sur le terrain." [Caso de Nantes]

Sont rapportées ici les actions des deux Caso d'Île-de-France qui ont établi des partenariats effectifs avec des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT).

- Au Caso de Paris, les radiographies sont effectuées et lues au Centre de lutte antituberculeuse de Paris (CLAT Édison) ; la double lecture est faite au Caso par les pneumologues ; elle est couplée à l'étude du dossier clinique. Cette confrontation radio/clinique permet d'adapter la décision médicale aux antécédents et aux conditions de vie de la personne. Une radiographie pulmonaire est ainsi proposée aux consultants du Caso chez :

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

En 2011, 847 radiographies pulmonaires ont été pratiquées auprès de 25 % des nouveaux patients du Caso. Le rendement au Caso est élevé : 4 cas de tuberculose pulmonaire évolutive dépistés sur 847 radiographies de thorax faites, soit 0,5 %. Par ailleurs, 2 cas de tuberculose extrapulmonaire ont été diagnostiqués : une tuberculose péricardique et une tuberculose lombosacrée avec abcès du psoas.

- Au Caso de Saint-Denis, le dépistage de la tuberculose, possible grâce à la participation d'une équipe dédiée au Plan tuberculose du conseil général de Seine-Saint-Denis, a été poursuivi. Il a lieu chaque semaine, dans un camion stationné devant le Caso. En 2011, le « Camion Radio » a effectué 46 séances, qui ont permis le dépistage de 1 041 personnes (soit presque 3 fois plus qu'en 2010). Parmi elles, 6 tuberculoses-maladies ont été diagnostiquées, soit un rendement de 0,6 %.

En 2010, la situation épidémiologique place la France comme un pays à faible incidence de tuberculose⁷⁴. Si l'incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, l'Île-de-France est la région avec le plus fort taux de déclaration. Les départements avec les taux de déclaration les plus élevés restent la Seine-Saint-Denis (31,4/100 000) et Paris (22,1/100 000).

Ainsi au total, sur 1 888 patients dépistés dans les 2 Caso franciliens par une radiographie pulmonaire, 10 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit environ 0,5 % des patients.

Nous pouvons penser, par ailleurs, que ces chiffres sont

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 évaluer le nombre des 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 populations en situation précaire. Elles démontrent aussi l'importance et la nécessité de proposer systématiquement aux patients reçus à Médecins du Monde une radiographie pulmonaire, d'autant plus s'ils sont en France depuis moins de 2 ans.

Tableau 37 : Cas de tuberculose déclarés en 2010

	Paris	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
Nouveaux cas pour 100 000 habitants	22,1	31,4	16,3	8,1

Source : InVS, 2011

(74) InVS, « Tuberculose en France : la vigilance reste nécessaire », BEH, 2012, n° 24-25.

6. Les violences subies

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2011, les accueillants des Caso ont repéré 2 101 personnes victimes de différentes formes de violences (soit près de 10 % des patients), le plus souvent parce qu'elles vivaient dans un pays en guerre ou encore à la suite d'agressions de la part des forces de l'ordre ou de tiers.
- Les étrangers concernés par une demande d'asile sont particulièrement exposés aux violences, de même que certaines nationalités (étrangers originaires de Côte d'Ivoire, du Congo-Brazzaville, de Guinée, du Pakistan ou d'Haïti).
- Les patients qui ont été exposés à des situations violentes sont beaucoup plus fréquemment affectés par des troubles psychiques.

Depuis les enquêtes européennes menées par Médecins de Monde⁷⁵, l'association cherche à identifier les situations de violence auxquelles ont été soumis les patients accueillis dans les Caso afin de leur apporter l'aide la plus adaptée. En effet, les violences subies constituent un facteur de vulnérabilité supplémentaire et nécessitent une prise en charge spécifique. Ces questions s'adressent à tous les patients des Caso, quelle que soit leur nationalité, mais ne permet pas de distinguer la période de survenue des événements⁷⁶. Délicate par nature, la question des violences n'est pas systématiquement abordée avec les personnes consultant les Caso, comme en témoigne le taux de réponses relativement modeste (21 %), qui peut aussi être lié aux barrières linguistiques. Il s'agit donc ici de situations repérées, qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des patients reçus dans les Caso.

En 2011, parmi les consultants, 2 101 personnes ont déclaré avoir été victimes de situations violentes (tableau 38).

Les événements le plus souvent évoqués sont le fait d'avoir vécu dans un pays en guerre, les violences et agressions de la part des forces de l'ordre ou de tiers et le fait d'avoir souffert de la faim.

Relevons les cas de torture ou d'agressions sexuelles, qui, bien que moins fréquents, ont été exprimés par respectivement 328 et 226 personnes.

« TÉMOIN DE FRAUDES MASSIVES AU COURS DES ÉLECTIONS, IL FAIT L'OBJET DE PRESSIONS CONSTANTES DE LA PART DE PROCHES DU GOUVERNEMENT »



M. et K. ont 30 ans, ils sont iraniens originaires de Shiraz. Nous les rencontrons sur le camp de Tétéghem alors qu'ils viennent d'arriver. Ils ont fui l'Iran avec leur fils de 8 ans et le frère de M. Ils acceptent de nous raconter leur histoire assis devant leur abri. M. et K. menaient une vie confortable jusqu'à ce que K. soit réquisitionné par le gouvernement iranien pour tenir un bureau de vote lors de l'élection présidentielle de 2009. Il est alors témoin de fraudes massives. Après les élections, il fait l'objet de pressions constantes de la part de proches du gouvernement pour qu'il ne révèle pas ce qu'il a vu. Quand les menaces commencent à porter sur la vie de son fils, le couple décide de partir. Le frère de M. les accompagne car lui aussi craint pour sa sécurité dans la mesure où il a participé aux manifestations étudiantes après les élections, raison pour laquelle il a été exclu de l'université où il étudiait. [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

(75) Observatoire international de l'accès aux soins de Médecins de Monde, « Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière », juin 2007, 76 pages.

(76) Ce recueil a été simplifié en 2011. En 2010, le recueil de données permettait de distinguer si les violences avaient eu lieu avant l'arrivée en France, pendant le parcours migratoire ou une fois en France.

La fréquence des situations de violences subies par les personnes reçues dans les Caso varie selon leurs caractéristiques personnelles (tableau 39), avec notamment une exposition légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Si l'ensemble des classes d'âges sont concernées par ces situations, on peut constater une fréquence des violences plus importante parmi les jeunes adultes de 20 à 39 ans.

Les conditions de logement sont également un facteur associé aux violences subies, avec une exposition particulière des personnes vivant à la rue, en lien probablement avec l'insécurité permanente et les violences qui y règnent.

« LE SOIR MÊME, LE PROPRIÉTAIRE DES LIEUX EST REVENU ACCOMPAGNÉ D'UNE TRENTAINE DE PERSONNES ARMÉES DE BARRES DE FER ET DE GAZ LACRYMOGÈNES »

Alertée par les personnes d'un squat et le voisinage inquiet, la police a arrêté le propriétaire d'un lieu squatté qui tentait de détruire la façade vitrée de son local occupé. Après avoir été entendu par la police, l'homme a été relâché sans aucune poursuite. Le fonctionnaire de police a alors informé les squatters que ce dernier avait proféré des menaces de mort et de violence envers eux et leur a conseillé de quitter les lieux. Le soir même, malgré la présence des forces de police, le propriétaire est revenu accompagné d'une

trentaine de personnes armées de barres de fer et de gaz lacrymogènes. Il a donné 1 000 euros aux squatters et leur a demandé de sortir du lieu avec leurs effets immédiatement. Cette transaction s'est déroulée devant les forces de l'ordre qui contrôlaient avec zèle les bénévoles de notre équipe ». [Mission Squat Île-de-France]

« ILS ONT APPELÉ LA POLICE QUI AURAIT RÉPONDU 'NE PAS SE DÉPLACER POUR LES ROUMAINS' »

Un soir d'octobre, en fin de maraude, nous passons sur le site d'Arenc. Ce site est en fait un trottoir ou une famille composée d'une dizaine de personnes vit en repliant les tentes et en changeant de lieu tous les jours (sur le gazon du tram, sous le pont de l'autoroute). Ce jour-là, E. paraît très fatiguée. Elle vient consulter et a en fait deux côtes cassées. Elle nous raconte alors que la veille, une quinzaine de jeunes sont venus avec des barres de fer en leur disant de repartir en Roumanie. Elle dit aussi qu'ils l'ont menacée et qu'elle a alors pris son plus jeune fils sous le bras pour le protéger pendant que les jeunes la frappaient à coups de barre de fer. Ils ont appelé la police qui aurait répondu 'ne pas se déplacer pour les Roumains'. Depuis cet incident, une personne du groupe veille chaque soir. » [Action mobile auprès des populations Roms, Marseille]

Tableau 38 : Situations violentes subies et déclarées par les patients reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Victimes de situations violentes	9,5	2 101
Dont...		
– Ont vécu dans un pays en guerre	4,8	1 052
– Ont été victimes de violences de la part des forces de l'ordre	3,1	652
– Ont été menacé(e)s physiquement ou emprisonné(e)s pour leurs idées	3,0	652
– Ont souffert de la faim	2,6	578
– Ont été battu(e)s ou blessé(e)s lors de violences familiales ou lors d'une agression	2,3	512
– Ont été torturé(e)s	1,5	328
– Ont subi une agression sexuelle	1,0	226
– Ont été exposé(e)s à un autre événement violent non cité précédemment	1,5	332

Taux de réponses : 21,1 %.

Tableau 39 : Caractéristiques associées aux violences subies, 2011

	Patients victimes de situations violentes		
	%	n	p ¹
Ensemble des patients	9,5	2 101	
Sexe			
Hommes	10,3	1 341	
Femmes	8,4	754	**
Âge			
Moins de 20 ans	3,5	119	
20-39 ans	12,9	1 415	***
40-59 ans	8,6	431	***
60 ans et plus	6,2	88	***
Logement			
Stable	7,1	367	
Hébergés (organisme ou association)	10,7	278	*
Précaire	10,5	928	***
Sans domicile fixe	13,4	387	***
Groupe continental			
France	5,5	83	
Union européenne (hors France)	2,3	104	***
Europe (hors UE)	9,2	193	ns
Afrique subsaharienne	17,7	999	***
Maghreb	4,7	236	**
Proche et Moyen-Orient	22,1	168	***
Asie	10,0	77	ns
Océanie et Amériques	21,3	205	***
Concerné(e)s par une demande d'asile			
Non	6,7	1 227	
Oui	23,7	874	***
Diagnostic de troubles psychiques			
Non	8,9	1 771	
Oui	16,0	330	***

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 : 13,4 % des personnes sans domicile fixe ont été victimes de situations violentes contre 7,1 % disposant d'un domicile stable, différence significative au seuil de 0,001 %.

Toutes les nationalités sont concernées peu ou prou par les violences, mais tout particulièrement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, des Proche et Moyen-Orient et d'Océanie et Amériques. Ces étrangers sont en provenance de Côte d'Ivoire, du Congo-Brazzaville, de Guinée et du Cameroun (pour l'Afrique subsaharienne), mais aussi du Pakistan ou d'Haïti.

De plus, les personnes concernées par une demande d'asile sont plus souvent exposées à des événements violents⁷⁷. On peut enfin relever un lien très net entre la présence de troubles psychiques diagnostiqués par les médecins des Caso et le fait d'avoir été exposé à la violence.



M. et Mme X. sont les parents de six enfants avec lesquels ils partagent deux chambres d'hôtel en tant que demandeurs d'asile. Ils ont quitté la Tchétchénie en 2006 et, après un laborieux périple à travers l'Europe, sont arrivés en France il y a environ 2 ans. S'ils se décident ce jour à rencontrer un psychologue, c'est sur conseil de leur avocat, qui a constaté chez eux un état d'extrême nervosité. En effet, dès le premier entretien, ils font état l'un comme l'autre d'une symptomatologie traumatique très lourde. M. X. se trouve dans un état stuporeux qui rend difficile l'élaboration de son récit. Il explique toutefois avoir été victime de trois enlèvements consécutifs durant lesquels il a subi des sévices corporels. Le fils aîné du couple (atteint d'une pathologie chronique grave) a par la suite été rapté. À la suite à ces 2 semaines de séquestration, il a été hospitalisé dans un état physique critique. Les dommages corporels ont entraîné des conséquences nécessitant pour l'enfant des soins et un suivi médical à vie. Son père s'estime responsable de cet épisode et exprime une forte culpabilité. Mme X. quant à elle, présente un état d'angoisse et de nervosité paroxystique ainsi que de nombreuses plaintes somatiques (céphalées, éruptions cutanées, troubles du sommeil). Le suivi thérapeutique se poursuit régulièrement avec pour axe de travail principal l'élaboration du vécu traumatique. Ici et là-bas." [Caso de Nice]

→ UNE POLITIQUE SÉCURITAIRE ENCADRANT LA PROSTITUTION QUI RELÈGUE LES PERSONNES SE PROSTITUANT DANS UNE VIE PLUS CLANDESTINE ET PROPICE AUX VIOLENCES



Ils [les policiers] nous suivent, ils nous arrêtent... alors on est obligé d'aller plus loin, de se cacher, et puis on se retrouve toute seule, isolée, alors il y a des problèmes...". [Mission prostitution de Poitiers]

Même si la prostitution n'est pas illégale en France, sa pratique est fortement entravée et limitée par la politique sécuritaire actuelle. En effet, la loi de sécurité intérieure (LSI) de 2003, pénalisant notamment le racolage passif, a eu comme effet de reléguer les personnes se prostituant dans une vie plus clandestine et dans des espaces de non-droit, où elles sont plus vulnérables aux violences, perçues comme des délinquantes, plus isolées dans leur vie personnelle et leurs pratiques prostitutionnelles.

Visant à mieux renseigner l'impact de la LSI sur la santé et la sécurité des personnes qui se prostituent, l'équipe du Lotus Bus⁷⁸ a mis en place en 2010 une enquête auprès des femmes se prostituant. Cette enquête a pour objectifs, entre autres, de documenter les violences auxquelles ces femmes sont confrontées dans leur vie quotidienne afin d'adapter au mieux les messages de prévention et la prise en charge des victimes et de sensibiliser les acteurs (de la prévention des violences et de la prise en charge des victimes) aux problématiques des femmes se prostituant.

Le recueil de données a été réalisé entre juin 2010 et mai 2012. Les 56 premiers questionnaires ont fait l'objet d'une analyse préliminaire portant spécifiquement sur les violences liées aux arrestations pour racolage subies par les femmes⁷⁹. En effet, parmi de nombreuses sources de violences (menaces des clients, stigmatisation...), le harcèlement policier se propage dans cet environnement et les personnes sans papiers sont doublement pénalisées.



Aujourd'hui, la police est tellement présente à Belleville que si un ami ou une connaissance proposent d'aller boire un café ou manger ensemble en terrasse, je n'ose plus y aller car je sais que je risque d'être accusée de racolage." [Lotus Bus, Paris]

(77) Observatoire international de l'accès aux soins de Médecins du Monde, « Accès aux soins des populations les plus vulnérables dans l'Union européenne en 2012. Un aperçu de la situation des personnes exclues des systèmes de soins dans l'UE », 2012, 24 pages.

(78) Le Lotus Bus accueille depuis 2004 des femmes chinoises se prostituant à Paris.

(79) Médecins du Monde, « Enquête Lotus Bus. Rapport d'analyse préliminaire. Violences liées aux arrestations pour racolage », 2012, 13 pages.

“ La dernière fois que j’ai été arrêtée, les policiers ont ri quand ils m’ont vue arriver au poste : « Encore ! », et quand ils m’ont relâchée ils m’ont dit « à demain ! ». Franchement, c’est une situation humiliante. Comment ne pas perdre la face quand on se retrouve au poste toute les semaines face au même agent et à la même interprète.” [Lotus Bus, Paris]

Parmi les femmes interrogées, les deux tiers ont été arrêtées au moins une fois par les forces de l’ordre pour racolage. Parmi elles, plus d’un tiers (36,1 %) déclarent avoir subi au moins une interpellation alors qu’elles n’étaient pas en train de pratiquer une activité en lien avec la prostitution. Ce résultat illustre des comportements de harcèlements potentiels de la part des forces de police.

“ [...] les policiers m’ont dit que je faisais des signes aux voitures mais ce n’était pas vrai. L’interprète m’a dit que je faisais des signes quand même... La police cherche des excuses pour m’arrêter même quand je ne travaille pas. Ça me donne envie de ne pas venir travailler mais je n’ai pas le choix...” [Lotus Bus, Paris]

De plus, la moitié des femmes ayant subi une interpellation déclarent avoir été menottées⁸⁰ pour être amenées au poste de police, plus d’un tiers se sont senties humiliés (en partie du fait de devoir se déshabiller, souvent intégralement, pour la fouille⁸¹) et plus d’un quart n’ont pas mangé⁸² durant la procédure de garde à vue.

“ Deux policières m’ont demandé d’enlever mes vêtements et mon soutien-gorge pour la fouille. Elles ont attendu la fin de la déposition pour me permettre de remettre tous mes vêtements...” [Lotus Bus, Paris]

Au-delà de ces mauvais traitements, les femmes décrivent une violence psychologique importante lors des interpellations, a fortiori lors d’interpellations à répétition, et des humiliations fréquentes. On peut souligner que plus de la moitié des femmes interpellées déclare avoir signé un procès-verbal qu’elles ne comprenaient pas ou avec lequel elles n’étaient pas d’accord, malgré la présence d’interprètes.

“ Je ne voulais pas signer car le procès-verbal était mensonger pour autant que j’ai pu le comprendre car l’interprète ne m’a pas fait de traduction détaillée. Il y était écrit que j’étais en jupe avec une tenue voyante alors qu’en réalité j’avais une tenue neutre et un pantalon et que j’interpellais les clients alors que ce n’était pas vrai. C’est l’interprète qui m’a poussée à signer le PV alors que je ne voulais pas.” [Lotus Bus, Paris]

Ces résultats mettent en évidence les pratiques peu conformes à la garantie de la dignité des personnes placées en garde à vue envers ces femmes et les fortes pressions auxquelles elles sont soumises. La menace constante de l’arrestation qui pèse sur ces femmes a un impact direct sur leur bien-être physique et moral et les oblige à adopter des stratégies pour ne pas être repérées par les forces de police : réduire le temps de négociation, changer de lieu de prostitution, s’isoler... Elles sont alors plus exposées à d’autres formes de violences. Avec le projet de pénalisation des clients, des personnes se prostituant et sans remise en question de l’application des politiques publiques en matière de prostitution, la pression sur les clients engendrera l’acceptation de pratiques à haut risque par les travailleurs du sexe qui seront de moins en moins visibles et, donc, de plus en plus vulnérables à la violence.

Il est enfin à noter que la pénalisation et la répression sont parfaitement contreproductives en matière de santé publique et plus particulièrement de réduction des risques et entravent le travail de proximité mené par les associations de santé auprès de ces publics.

(80) Article 803 du Code de procédure pénale : « Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s’il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite. »

(81) Article 63-6 du Code de procédure pénale : « Les mesures de sécurité ayant pour objet de s’assurer que la personne gardée à vue ne détient aucun objet dangereux pour elle-même ou pour autrui [...] ne peuvent consister en une fouille intégrale. La personne gardée à vue dispose, au cours de son audition, des objets dont le port ou la détention sont nécessaires au respect de sa dignité. »

(82) Instructions relatives à la garantie de la dignité des personnes placées en garde à vue (mars 2003) : « Sauf circonstances exceptionnelles, les personnes gardées à vue doivent être alimentées avec des repas chauds, aux heures normales, et composés selon les principes religieux dont elles font état. »

7. Les souffrances psychiques et les pathologies psychiatriques repérées chez les patients

LES POINTS ESSENTIELS

- > Une pathologie psychique ou psychiatrique a été repérée pour 11 % des patients reçus en 2011.
- > Les demandeurs d'asile ainsi que les patients ayant vécu des situations violentes sont plus fréquemment affectés.
- > La fréquence des troubles psychiques et psychiatriques est plus grande lorsque les personnes sont hébergées (par un organisme ou une association) ou vivent à la rue, ainsi que parmi les personnes seules.

En 2011, pour près de 11 % des personnes reçues en consultation, un trouble psychologique ou psychiatrique a été repéré. Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont les troubles anxieux et les syndromes dépressifs. Les affections psychiatriques plus graves comme la psychose ont été diagnostiquées pour 0,5 % des patients (tableau 40). La souffrance psychique n'est pas toujours reconnue et exprimée par les patients, ce sont bien souvent les médecins qui la repèrent, intriquée à d'autres affections. Ainsi, les troubles psychiques motivent 8 % des consultations mais sont diagnostiqués dans 9,5 % des cas. De plus, 32 % des personnes présentant un trouble psychique ou psychiatrique consultent pour un autre motif.

En 2011, 15 Casos proposent des consultations avec des psychologues et/ou des psychiatres.



M. O., nigérian, est arrivé en France il y a 2 ans.

Il a fui précipitamment son pays après une nuit d'horreur au cours de laquelle il a assisté au meurtre de son père devant sa femme et ses enfants et au viol de sa plus jeune sœur. Peu après son arrivée en France, il a appris le décès de sa mère.

Lors des premières consultations psychologiques, il présentait tous les symptômes de stress post-traumatique. Un travail psychothérapeutique avec la psychologue en complément d'un traitement a permis une atténuation de la symptomatologie.

Il vit maintenant avec une amie et il vient d'avoir un enfant. Cet heureux événement a été source de nouvelles angoisses et il s'inquiète de sa situation sociale." [Caso de Saint-Denis]

Tableau 40 : Patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques reçus dans les Casos, 2011

	%	n
Diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques	10,8	2 061
dont...		
– Angoisse, stress, trouble psychosomatique	6,9	1 315
– Syndrome dépressif	2,5	469
– Autres problèmes psychologiques	1,8	334
– Psychose	0,5	86
– Usage abusif de substances psychoactives	0,9	176

Les patients étrangers expriment près de deux fois moins souvent que les patients français de tels troubles (figure 11). Cette expression moins importante parmi les étrangers doit toutefois être considérée avec précaution dans la mesure où ces populations sont confrontées à des barrières linguistiques et culturelles importantes. La prévalence des troubles psychotraumatiques chez les personnes exilées est difficile à estimer précisément. Toutefois, toutes les études s'accordent pour affirmer que la situation est alarmante⁸³. Selon l'association Primo Levi, « au moins 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne seraient gravement traumatisés [...] et auraient besoin d'un traitement et d'assistance »⁸⁴.

Une analyse des facteurs associés aux troubles psychiques pour les patients étrangers est proposée dans le tableau 41. On peut ainsi constater que l'environnement social des patients étrangers ainsi que leurs conditions de logement précaires sont associés à une plus forte prévalence des troubles psychiques ou psychiatriques.

Les demandeurs d'asile sont également plus souvent affectés par des souffrances psychologiques que les autres étrangers, cela probablement en lien avec les situations de violence et d'insécurité vécues dans leur pays d'origine et/ou lors du parcours migratoire. On peut d'ailleurs observer une augmentation très nette de la fréquence des troubles

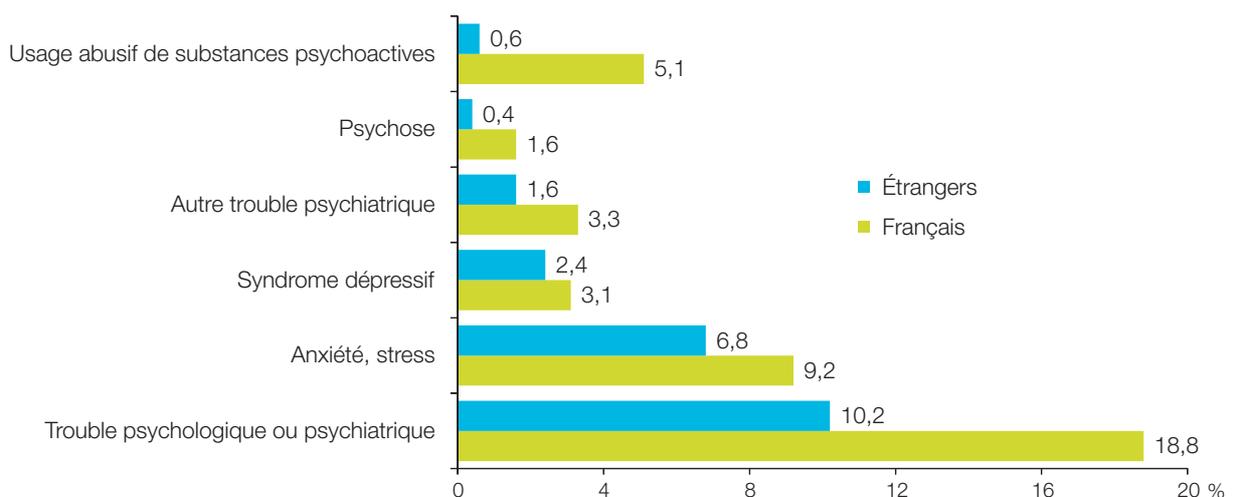
psychiques lorsque les patients indiquent avoir été victimes de violences.

On observe enfin que la fréquence des troubles psychiques repérés est significativement majorée lorsque le séjour en France se prolonge au-delà de 3 ans. Ce constat souligne peut-être l'impact des conditions de vie précaires et d'insécurité sur la santé mentale des étrangers, surtout quand elles se pérennisent.

L'accès aux soins de santé mentale pour les étrangers en situation précaire est particulièrement difficile, d'une part du fait du manque de personnel et de moyens alloués à la psychiatrie publique en France, et d'autre part du fait d'obstacles spécifiques aux situations de ces publics, comme en témoigne le Comede⁸⁵. On peut en particulier relever les difficultés liées à :

- la barrière linguistique : le recours à l'interprétariat professionnel en psychiatrie est encore très insuffisamment développé en France, alors même que la parole est la condition et le moyen du traitement ;
- l'absence de protection maladie : les délais d'attente pour l'obtention de l'AME ou de la CMU impliquent des retards et/ou des ruptures de traitements parfois très longs ;
- une précarité sociale et administrative qui rend complexe l'inscription de ces populations dans une prise en charge de secteur.

Figure 11 : Diagnostic de troubles psychiques et psychiatriques selon la nationalité, 2011



(83) Agrali S., Morel E., « Prendre soin », *Maux d'exil*, 2012 : 36.

(84) Association Primo Levi, *Mémoires*, 2006 : 30.

(85) Wolmark L., « Des structures et des hommes », *Maux d'exil*, 2012 : 36.

Tableau 41 : Caractéristiques associées aux troubles psychiques ou psychiatriques, 2011

	%	n	p ¹
Ensemble des patients étrangers	10,1	1 736	
Sexe			
Hommes	10,9	1 092	
Femmes	9,1	640	ns
Âge			
Moins de 20 ans	3,2	87	
20-39 ans	12,6	1 103	ns
40-59 ans	11,1	440	ns
60 ans et plus	4,9	55	ns
Logement			
Stable	8,0	335	
Hébergés (organisme ou association)	16,7	320	***
Précaire	8,7	642	ns
Sans domicile fixe	14,3	323	**
Situation familiale			
Seul(e)s (avec ou sans enfants)	12,2	1 284	
En couple (avec ou sans enfants)	9,0	314	***
Durée de résidence en France			
Moins de 3 mois	10,0	1 107	
1 an à moins de 3 ans	10,8	207	ns
3 ans et plus	12,2	296	**
Situation administrative			
En situation régulière	10,2	392	
Sans titre de séjour	11,8	1 053	*
Concerné(e)s par une demande d'asile			
Non	9,2	767	
Oui	15,9	490	***
A été victime de violences			
Non	9,3	1 425	
Oui	18,0	311	***

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 : 15,9 % des étrangers concernés par une demande d'asile présentaient des troubles psychiques contre 9,2 % des étrangers non concernés par une demande d'asile. Cette différence est significative au seuil de 0,001 %.

→ LES CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES TRANSCULTURELLES : L'EXPÉRIENCE DU CASO DE NANTES

À Nantes, face à l'absence de lieu spécifique pour accueillir les migrants présentant des psychotraumatismes et à la difficulté du droit commun de prendre en charge cette question, Médecins du Monde a décidé de se former et de spécialiser sa consultation psychologique dans la prise en charge de ces publics. Ainsi, depuis 6 ans, deux psychologues formées à la prise en charge de la souffrance et du psychotraumatisme dans une dimension transculturelle assurent cette consultation spécialisée au sein du Caso, accompagnée, dans une large mesure, d'un interprète. Cette consultation combine à la fois théorie psychanalytique et données anthropologiques, historiques et politiques. La sensibilisation aux questions transculturelles permet un meilleur repérage et une meilleure interprétation de manifestations liées au trauma qui peuvent prendre des formes particulières selon les cultures mais aussi selon les histoires singulières. Elle est devenue, à Nantes, un lieu incontournable d'orientation des personnes migrantes en souffrance durant leur parcours administratif long et souvent douloureux.

En 2011, 70 personnes ont ainsi été suivies à raison de 7 consultations en moyenne par patient. Ces consultations représentent près de 44 % de l'activité du Caso. L'essentiel de la clinique rencontrée dans la consultation consiste en des troubles psychiques graves liés aux événements traumatiques vécus par les migrants. Les syndromes posttraumatiques sont au premier plan, ainsi que des manifestations psychosomatiques et des tableaux dépressifs majeurs. Ces personnes présentent également des manifestations psychiques liées à l'exil ainsi que des tableaux dépressifs largement marqués par des situations administratives ne permettant pas une inscription simple dans un présent et un avenir vécu, de fait, comme insécurisants et précaires. En effet, les pratiques administratives et policières de plus en plus coercitives ainsi que le climat sociétal de « traque » de l'étranger en situation irrégulière ont des conséquences très graves sur le psychisme et l'identité de ces personnes et de leurs enfants. Nous ne pouvons qu'alerter sur les conséquences à plus long terme que cette absence d'accueil et cette violence administrative et policière auront sur la cohabitation et la rencontre des différentes communautés dans notre société où les mouvements migratoires sont importants.



Mme R. a 22 ans, elle vient accompagnée de son fils E., âgé de 2 ans et demi. Mme R. et son fils E. sont angolais. Ils ont fui leur pays et sont arrivés en France en août 2010, le petit garçon n'avait pas 1 an.

Mme R. expose sa situation actuelle en se focalisant sur son fils, sur ses symptômes, qui l'inquiètent, et surtout sur sa propre difficulté à y faire face.

Le petit garçon, depuis cet été, ne mange presque plus. Mme R. fait tout de suite le lien avec l'annonce, par téléphone, du décès du papa de l'enfant qui jusqu'alors, était porté disparu. Depuis lors, E. refuse toute nourriture solide avec sa mère, il ne boit plus que du lait dans un biberon et un peu de jus de fruit ; et depuis quelques semaines le phénomène s'accroît puisque E. fait de même à la crèche. Dans le bureau, Mme R. expose les faits : l'erreur judiciaire, les brutalités policières, l'incompréhension devant la violence, l'arrestation, l'enlèvement, la fuite et l'arrivée dans un pays inconnu alors qu'elle se fait passer pour morte auprès de sa famille, pour sa propre sécurité et celle de sa famille... et aujourd'hui l'annonce du décès de son mari, sa solitude, la peur de l'avenir et l'épuisement psychique.

Mme R. souhaite que nous l'aidions à retrouver « une contenance maternelle » devant son fils et dit aussi comme son énergie à elle est focalisée sur une survie psychique qui ne lui laisse plus d'autre espace à consacrer à son enfant. Mme R. est dans un « no man's land » dont elle ne voit pas l'issue.

Au cours de ce premier entretien et dans l'avenir, Mme R. demande à être reçue avec son fils, dans une consultation mère-enfant, pour que nous l'aidions à parler ; Mme R. demande clairement un étayage à sa relation parentale, elle souhaite que nous l'aidions ici à se sécuriser afin de pouvoir, à nouveau, transmettre à son fils cette même sécurité.” [Caso de Nantes]

Nous voyons à travers ce témoignage à quel point les symptômes psychotraumatiques des adultes résonnent sur l'ensemble de la famille : sur les couples bien sûr mais aussi sur les enfants, que ces derniers soient trop bruyants dans leurs symptômes ou au contraire trop silencieux... Ces adultes, tellement occupés à trouver et mettre en œuvre des stratégies de survie personnelle (et doublées souvent de survie matérielle familiale), se trouvent alors dans l'incapacité de transmettre autre chose que de l'insécurité à leur famille.

L'enjeu de ces consultations est alors de les accueillir à temps, de les recevoir tels qu'ils se présentent (seul, en couple, en famille... en mouvement) et de pouvoir construire avec eux et selon leur demande une prise en charge qui leur convienne et qui les contienne. L'objectif est ainsi de leur offrir un étayage qui puisse remettre du sens, du lien et de la temporalité, et qui leur redonne les clefs d'une sécurité qui soit à son tour retransmise.

Face à des demandes toujours plus importantes et à des listes d'attente qui s'allongent, Médecins du Monde Nantes constate les limites des dispositifs publics actuels. En effet, au-delà du manque de moyens reconnu dans le milieu hospitalier, et surtout en psychiatrie, les professionnels ne sont pas assez sensibilisés à la prise en charge des migrants présentant des psychotraumatismes : refus de soins, difficultés de prise en charge du trauma, refus du travail avec l'interprète... L'ouverture récente de la Pass psychiatrique a permis

de désengorger un peu le Caso mais cette solution reste insuffisante face aux besoins évalués par la mission en 2010.

Ainsi, au regard des besoins toujours croissants et en l'absence de solution alternative dans l'agglomération nantaise, Médecins du Monde se doit aujourd'hui de conserver ces consultations au sein du Caso, mais continue de plaider activement pour la mise en place d'une consultation transculturelle intersectorielle de droit commun qui pourrait répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes.

8. La santé bucco-dentaire des patients accueillis dans les Caso en 2011

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2011, 4 112 consultations dentaires ont été dispensées à 1 771 patients différents.
- Parmi les personnes ayant eu un bilan bucco-dentaire (30%), l'indice CAO s'élève à 9,8 ; l'indice CA, témoignant du besoin en soins bucco-dentaires, s'élève à 8.
- L'indice CAO se détériore fortement avec l'âge (15 dents absentes en moyenne chez les 60 ans et plus) ; il est également plus élevé parmi les Français en raison d'un nombre moyen de dents absentes plus important.

Activité des cabinets dentaires des Caso

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

Au cours de l'année 2011, 4 112 consultations dentaires ont été dispensées par ces huit Caso auprès de 1 771 patients

différents. Les patients bénéficient en moyenne de 2,3 consultations dentaires (tableau 42). Cette activité ne reflète pas la réalité de la demande, dans la mesure où seuls huit Caso assurent des consultations dentaires alors même que ces soins constituent un motif important de recours aux Caso.

Un état de santé bucco-dentaire préoccupant pour les populations défavorisées

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.

Tableau 42 : Répartition des consultations dentaires par Caso, 2011

	Consultations dentaires		Nombre de patients		CAO réalisés	
	%	n	%	n	%	n
Bordeaux	15,4	633	16,2	287	37,3	107
Marseille	9,9	408	14,3	253	15,8	40
Montpellier	12,5	516	10,9	193	33,7	65
Nancy	6,9	282	4,2	75	24,0	18
Nice	35,8	1 470	36,4	645	37,7	243
Rouen	1,0	43	2,0	35	----	0
Strasbourg	17,6	722	14,1	249	16,9	42
Toulouse	0,9	38	1,9	34	67,7	23
Total	100,0	4 112	100,0	1 771	30,4	538

L'indice CAO

L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'atteinte carieuse. Il permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population et est couramment utilisé au niveau international. Il est également un marqueur couramment utilisé afin de mettre en évidence les inégalités sociales de santé.

Il se décompose en 3 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).

L'indice CAO a été calculé pour 538 personnes, soit 30 % environ des patients reçus en consultation dentaire en 2011, et il s'élève en moyenne à 9,8 (tableau 43). Les nombres moyens de dents cariées et absentes sont respectivement de 3,5 et 5,0. En France, le nombre moyen de dents absentes s'élevait à 3,0 chez les adultes de 35-44 ans en 1993⁸⁶.

L'état de santé bucco-dentaire ne varie sensiblement pas selon le sexe des patients ; on relève en revanche un indice CAO significativement plus élevé chez les Français que chez les étrangers. Cette différence provient pour l'essentiel d'un nombre moyen de dents absentes sensiblement plus important parmi les Français⁸⁷. Cette différence a déjà été observée dans l'enquête Precalog menée auprès des patients des structures de soins gratuits en France en 1999-2000⁸⁸.

La variation la plus significative s'observe bien évidemment en fonction de l'âge, avec un indice CAO qui croît de façon très importante au-delà de 40 ans, pour l'essentiel en raison du nombre élevé de dents absentes non remplacées à partir de cet âge. Notons l'état bucco-dentaire des plus de 60 ans particulièrement dégradé avec un nombre de dents absentes qui s'élève en moyenne à 15.

(86) Source OMS.

(87) Cette différence n'est pas en lien avec la nationalité mais avec le fait que les patients français qui consultent un dentiste dans les Caso sont en moyenne plus âgés que les patients étrangers (40 ans en moyenne contre 34 ans). Or le nombre de dents absentes augmente rapidement avec l'âge.

(88) Beynet A., et al., « Problèmes dentaires et précarité », Irdes 2002, Biblio n° 1369, 139 pages.

Tableau 43 : Indice CAO des patients de 15 ans ou plus examinés dans les Caso selon la nationalité, le sexe et l'âge, 2011

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents absentes	Nombre moyen de dents obturées	Indice CAO
Ensemble des patients	3,5	5,0	1,8	9,8
Nationalité				
Français	4,3 ^{ns}	7,1 [*]	2,3 ^{ns}	12,8 ^{**}
Étrangers	3,4	4,7	1,8	9,4
Sexe				
Hommes	3,6 ^{ns}	5,1 ^{ns}	1,7 ^{ns}	9,9 ^{ns}
Femmes	3,2	4,9	2,3	9,6
Âge				
15-20 ans	3,4 ^{ns}	1,9 ^{***}	1,0 ^{ns}	6,2 ^{***}
20-39 ans	3,7	3,1	1,8	8,3
40-59 ans	2,8	8,8	2,3	13,6
60 ans et plus	2,7	15,0	1,4	16,2

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

La santé bucco-dentaire est particulièrement préoccupante parmi les populations défavorisées, comme en témoignent les résultats de l'enquête Precalog. Les problèmes dentaires, et par conséquent les besoins de soins, augmentent en particulier avec la précarité des ressources, l'incertitude de l'emploi et/ou l'instabilité en matière de logement.

Les fortes inégalités en matière de santé bucco-dentaire sont en partie liées à l'offre de soins et au contexte socioculturel, mais elles sont aussi fortement associées au fait que certains traitements dentaires sont très peu remboursés par l'Assurance maladie⁸⁹ et impliquent des retards voire des renoncements aux soins plus fréquents.

La question du retard aux soins est quelquefois abordée, mais très partiellement, par les praticiens des Caso (taux de réponse : 21 %). On peut ainsi estimer, parmi l'ensemble des personnes vues pour la première fois en consultation dentaire, à 15 % environ la part des patients dont les problèmes bucco-dentaires auraient dû être traités plus tôt. Par ailleurs, 5 % des patients reçus en consultation dentaire indiquent avoir renoncé à des soins dentaires au cours des 12 derniers mois. Ces

estimations ne sont que des minima et reflètent probablement très peu les problématiques d'accès aux soins dentaires des plus démunis. En tout état de cause, les besoins en soins des patients des Caso sont importants, comme en témoigne l'indice CA, qui s'élève en moyenne à 8 pour l'ensemble des patients (tableau 44).

Tableau 44 : Retard, renoncement aux soins dentaires et besoin de prothèses, 2011

	%
Retard de recours aux soins bucco-dentaires ¹ (%)	14,6
Renoncement aux soins dentaires (%)	5,1
Besoin de prothèse dentaire (%)	6,1
Indice CA (nombre moyen de dents cariées ou absentes)	8,2

Taux de réponses : Retard de recours aux soins : 21,0 % ; Renoncement aux soins : 10,6 % ; Besoin de prothèses dentaires : 13,9 %.

¹ Analyse limitée à la première consultation dentaire. Cette estimation n'est qu'un minima dans la mesure où les données manquantes, incluses dans l'analyse, ne sont pas considérées comme un retard aux soins.

(89) Azogui-Lévy S., et al., « La santé bucco-dentaire en France », Actualité et Dossiers en santé publique, 2005 : 51.

Les interventions dentaires pratiquées dans les Caso et les orientations

Les différentes interventions pratiquées par les dentistes sont détaillées dans le tableau 45.

Les traitements conservateurs (traitements coronaaires et radiculaires) restent l'essentiel des soins prodigués. À l'issue des consultations dentaires, 3 % environ des patients ont été orientés vers le dispositif de droit commun, hospitalier ou libéral ou centre de santé.

La santé bucco-dentaire constitue rarement une priorité pour les personnes en situation précaire et bien souvent la demande de soins, motivée par la douleur, intervient très tardivement et devient de fait une demande de soins urgents.

Les Pass dentaires permettent l'accès aux soins dentaires pour les groupes sociaux démunis et/ou sans droits ouverts mais elles sont encore peu nombreuses sur le territoire métropolitain et ont des fonctionnements variables. En effet, certaines Pass ne traitent que l'urgence dentaire aiguë et n'assurent pas la continuité des soins, d'autres ne délivrent pas les traitements ou refusent certains soins (prothèses dentaires...) par manque de moyens. De plus, la complexité du parcours de soins pour le patient (et la facturation dans certaines Pass) entraînent bien souvent la rupture ou le renoncement aux soins.

« PLUS DE 6 MOIS D'ATTENTE POUR OBTENIR UNE PROTHÈSE DENTAIRE COMPLÈTE »



Au terme d'un travail social engagé depuis plusieurs mois par l'équipe sociale du Caso, M. B, âgé d'une cinquantaine d'années, bénéficie enfin de l'AME qui va lui être nécessaire pour la continuité de ses soins dentaires. Nous sommes en février 2011. Muni d'une lettre d'orientation et de son AME, nous l'invitons à se rendre à la faculté dentaire Gaston-Berger pour obtenir un rendez-vous assez rapidement. Au vu de l'urgence dentaire, c'est sans grande difficulté qu'il parvient à consulter.

En juin 2011, M. B. revient, il souffre de problèmes gastriques. À la suite des extractions, il est totalement édenté et doit obtenir très prochainement des soins prothétiques. La cicatrisation de ses gencives est terminée. Mais nous sommes en juin et la faculté dentaire va fermer ses portes pour rouvrir en septembre. Je revois M. B. fin septembre lors d'une consultation au Caso, il me fait part de ses difficultés pour obtenir un nouveau rendez-vous. J'appelle moi-même la faculté et après plusieurs tentatives je finis par obtenir une interlocutrice qui me fait part des difficultés d'organisation et de planification des consultations. Je lui souligne l'urgence d'appareiller M. B. et de l'impact sur sa santé du fait de son édentition complète. Elle me recommande de rappeler dans les mois à venir pour un éventuel rendez-vous. M. B. sera finalement reçu en janvier... à la faculté dentaire de l'hôpital Nord !"
[Caso de Marseille]

Tableau 45 : Interventions dentaires pratiquées dans les Caso, 2011

Interventions dentaires	% de consultations	Nombre de consultations	% de patients	Nombre de patients concernés
Traitement coronaire	30,5	1 156	42,2	697
Extraction	19,1	724	31,4	518
Traitement radiculaire	17,3	655	26,0	429
Pansement provisoire	9,4	357	15,5	256
Détartrage/hygiène	9,0	340	16,9	278
Prothèse	8,9	336	8,2	136
Radiologie	6,1	230	9,8	162
Prescription	5,8	220	11,2	184
Traitement parodontologique	2,5	96	4,7	78
Autres	10,0	379	19,6	324

Taux de réponses : 92,3 %.



© Christina Modolo

QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS

D'ACCÈS AUX DROITS
ET AUX SOINS
DES PATIENTS ?

Dans l'objectif d'orienter les patients vers les structures de droit commun et face à la complexité des dispositifs et des démarches à entreprendre, Médecins du Monde offre aide et soutien à l'accès aux droits de chaque personne grâce à la présence des travailleurs sociaux et à l'appui des accueillants, qui assurent les orientations et les accompagnements nécessaires. ■

1. Les droits à la couverture maladie

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2011, près de 80 % des patients accueillis dans les Caso relèvent d'un dispositif de couverture maladie (56 % de l'AME, 20 % de l'Assurance maladie), mais seuls 16 % ont des droits effectivement ouverts.**
- **Les étrangers sont 4 fois moins nombreux que les Français à avoir des droits ouverts.**
- **Au total (quelle que soit la situation administrative des patients accueillis), près de 88 % des patients n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus dans les Caso.**

En 2011, près de 80 % des personnes accueillies dans les Caso disposent de droits théoriques pour obtenir une couverture maladie au regard de leur situation administrative déclarée⁹⁰ : 55,6 % relevaient de l'AME, 19,7 % de l'Assurance maladie et 2,6 % d'un système de protection sociale d'un autre pays européen. Nous pouvons observer cette année, d'une part, une baisse de la proportion de patients relevant de l'Assurance maladie (ils étaient environ 24 % en 2010), en lien avec la diminution du nombre de patients français fréquentant les Caso, et, d'autre part, une hausse des personnes relevant de l'AME (51 % en 2010)⁹¹.

Près de 2 personnes sur 10 reçues dans les Caso se heurtent au critère de résidence de plus de 3 mois pour l'ouverture de leurs droits

Les patients ne relevant d'aucun dispositif (22,1 % en 2011) se heurtent pour la plupart au critère de résidence de plus de 3 mois en France imposé depuis 2004 pour l'ouverture des droits (*tableau 46*).

C'est précisément ce critère de résidence qui à partir de 2004 a multiplié par deux la part des patients exclus de tout dispositif de couverture maladie au sein des Caso (*tableau 46*). En cas de problème de santé, ces personnes ne peuvent bénéficier que du dispositif hospitalier « Fonds pour les soins urgents et vitaux » (FSUV⁹²), qui ne concerne que les « *soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave de l'état de santé de la personne [...]* », ou se rendre dans les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) quand elles existent.



M. B. est en France depuis 2008 sans titre de séjour et en situation très précaire mais il parvient à travailler de temps en temps et à se payer une chambre d'hôtel. Un jour, il perd la vue et toute autonomie. Sans ressources ni possibilités de se déplacer, il est pris en charge par la communauté algérienne. Passant d'un hébergement à l'autre, il perd progressivement ses repères et... tous ses papiers. Reçu en consultation à l'hôpital, on lui diagnostique une cataracte. Sa cécité est donc réversible par le biais d'une opération. Cependant, M. B. n'a plus de couverture santé ni aucun papier pour ouvrir une AME, il ne sera pas opéré. Il se rend alors au Caso, qui après une consultation médicale l'oriente vers la Pass." [Caso de Marseille]

Un accès aux droits différencié selon le dispositif auquel sont rattachées les personnes

L'accès effectif aux droits s'avère difficile pour les consultants des Caso. Ainsi, seuls 16 % des patients relevant d'un dispositif de couverture maladie disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois au Caso, alors que près de 80 % pourraient y prétendre (*tableau 47*). Notons que l'accès aux droits est très différencié selon le dispositif auquel sont rattachées les personnes : ainsi, les patients relevant de l'AME ne sont que 10 % environ à disposer de droits ouverts contre 51 % des patients relevant de la CMU de base. On peut également relever que seuls 17 % des patients pouvant

(90) Il s'agit de la situation déclarée par les personnes. Au terme de l'entretien réalisé avec le patient, les accueillants ou les travailleurs sociaux des Caso font le point sur ses droits à une couverture maladie au regard de sa nationalité, de leur situation administrative, de sa dernière date d'entrée en France et de son niveau de ressources. Il s'agit ici des droits « théoriques » des patients, sans qu'il soit tenu compte de leur ouverture effective ou non.

(91) Rappelons que la plupart des Caso ne reçoivent que des personnes sans couverture maladie et que leur rôle est de les orienter.

(92) Le champ d'application du FSUV est précisé dans la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005.

obtenir la CMUc ont leurs droits ouverts (tableau 47). Or si l'absence de couverture maladie de base est un obstacle majeur à l'accès aux soins, les études montrent que l'absence de complémentaire constitue également un frein au recours aux soins : les personnes sans complémentaire renonceraient 2 fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire⁹³.

La figure 12 illustre les difficultés encore plus importantes que rencontrent les étrangers dans l'accès aux droits par rapport aux Français. Ils sont en effet 4 fois moins nombreux

à disposer de droits effectivement ouverts (13,1 % vs 45,8 % des Français) au jour de leur première visite au Caso.

Au total, quelle que soit leur situation personnelle et administrative, 87,5 % des patients accueillis aux Caso ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus la première fois. Les personnes disposant d'une couverture maladie complète (CMUc ou AME) ne représentent que 8,3 % des consultants, ce qui pose la question des autres barrières à l'accès aux soins, en particulier les refus de soins.

Tableau 46 : Droits théoriques à la couverture maladie des patients reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Assurance maladie	19,7	4 211
CMUc	15,6	3 341
Couverture de base (CMU de base ou sécurité sociale)	4,1	870
AME	55,6	11 876
Droits dans un autre pays européen	2,6	545
Droit à aucune couverture maladie	22,1	4 725
dont...		
- pas droit à l'AME car résidence de moins de 3 mois en France	71,4	3 187
- pas droit à l'AME car plafond de ressources dépassé	0,8	36
- pas droit à la CMU car résidence de moins de 3 mois en France	10,1	453
- touristes ou étrangers de passage	17,7	791

Taux de réponses : Droits théoriques : 90,3 % ; Précisions aucun droit possible : 94,5 %.

Tableau 47 : Croisement entre les droits théoriques et les droits effectifs à la couverture maladie des patients reçus dans les Caso, 2011

	Droits ouverts		Droits non ouverts	
	%	n	%	n
Patients ayant droit à une couverture maladie ¹	16,1	2 315	83,9	12 099
Patients relevant de l'assurance maladie	51,3	425	48,7	403
Patients relevant de la CMUc ²	17,0	542	83,0	2 654
Patients relevant de l'AME	9,6	998	90,4	9 417

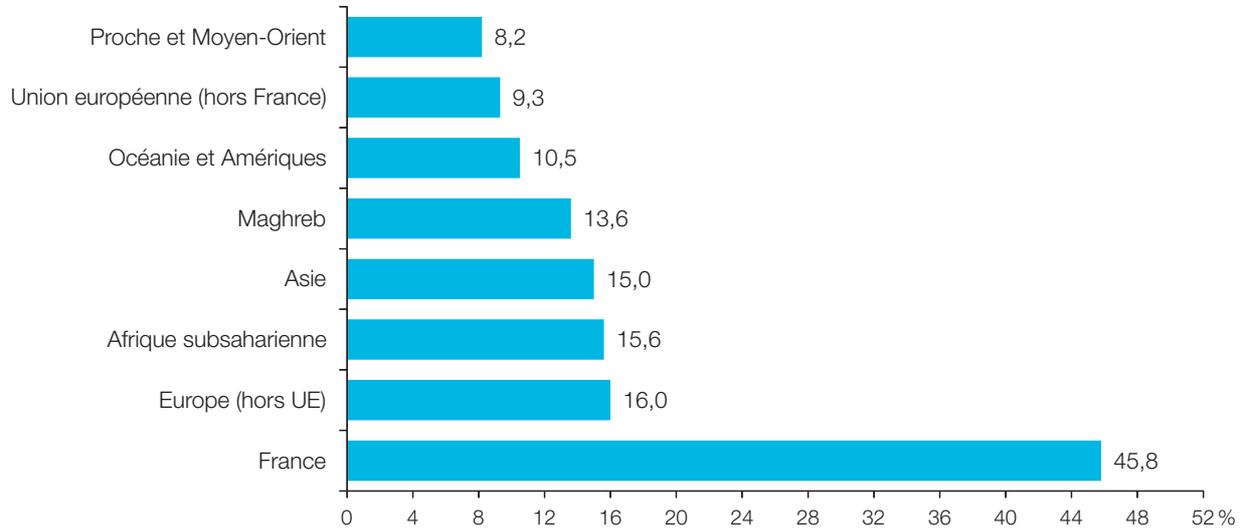
Taux de réponses : 84,1 %.

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

² 10 % environ de ces patients ne disposent que de la CMU de base, ils sont donc inclus dans les patients n'ayant aucun droit ouvert.

(93) Desprès C., et al., « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », Irdes, Question d'économie de la santé, 2011 : 170.

Figure 12 : Part des personnes reçues dans les Caso ayant des droits ouverts selon le groupe continental d'origine, 2011



➔ LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ : GARANTIR L'EXISTENCE, LA PÉRENNIATION ET L'AMÉLIORATION DE CES STRUCTURES AU SEIN DE L'HÔPITAL

Créées par la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, les Permanences d'accès aux soins (Pass) doivent protéger les personnes qui vivent en situation précaire et garantir théoriquement une porte d'entrée à l'hôpital pour tous ceux qui n'ont pas de couverture maladie. Les Pass ont ainsi pour missions d'assurer l'accès aux soins des plus démunis et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Le dernier recensement réalisé par la DHOS en 2006 dénombrait moins de 400 Pass sur les 500 initialement prévues pour couvrir l'ensemble du territoire. Si, selon le rapport de l'IGAS⁹⁴, les Pass implantées dans la plupart des centres hospitaliers généraux représentent un bon maillage du territoire (à l'exception des zones rurales), les équipes de Médecins du Monde observent toutefois de nombreux dysfonctionnements. L'accueil inconditionnel des personnes en situation de précarité, la prise en charge des soins et la délivrance gratuite

des traitements sont loin d'être la règle. Selon l'enquête réalisée en 2010 par Médecins du Monde auprès de 37 Pass dans 23 villes⁹⁵, toutes disposaient d'un travailleur social mais manquaient considérablement de personnel médical, la moitié ne dispensaient pas de consultation de médecine générale et le recours à des interprètes, s'il s'est amélioré, n'était pas encore systématique.

Comme le rappelle le Ciss⁹⁶, « *des financements sont spécifiquement dédiés à la création et au fonctionnement des Pass pour ces établissements mais ils ne sont pas toujours utilisés pleinement à cet effet. [...] À ce jour, il est avéré que certaines Pass sont des services fantômes, [...] d'autres n'ont même jamais été créées* ».

En 2011, les équipes de Médecins du Monde continuent d'observer les mêmes dysfonctionnements qu'en 2010. Ces dysfonctionnements sont particulièrement criants en Île-de-France, comme le montre l'enquête réalisée par la délégation Île-de-France de Médecins du Monde en 2011 auprès de 16 établissements franciliens de la petite et grande couronne : seul 1 hôpital sur 4 offre une consultation de médecine générale... Les Pass spécialisées restent encore trop rares, en particulier pour la prise en charge des soins de pédiatrie, de périnatalité, de psychiatrie et/ou dentaires.

(94) Fabre C., et al., « *Évaluation des permanences d'accès aux soins* », rapport final, 2003, 60 pages.

(95) Médecins du Monde, « *État des lieux des Permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent* », 2010, 26 pages.

(96) Ciss, « *Égales devant la santé : une illusion ? Plaidoyer pour un système de santé qui cesse d'exclure les plus vulnérables* », décembre 2011, 32 pages.

« UNE INFIRMIÈRE D'UN HÔPITAL POUR ENFANTS NE CONNAISSAIT PAS L'EXISTENCE DE LA PASS PÉDIATRIQUE DANS SON ÉTABLISSEMENT »

“ Une infirmière d'un hôpital pour enfants nous appelle pour demander où en sont les droits de l'enfant X., roumaine, en France depuis moins de 1 an. Après recherches, il s'avère que nous n'avons jamais vu cette enfant. Or l'infirmière nous informe qu'elle a besoin d'un traitement antibiotique très urgent et que le bureau des entrées dit qu'elle n'aura son traitement que si elle a une couverture maladie... Nous proposons à l'infirmière de contacter l'assistante sociale : elle l'a fait et lui a dit que sans la carte européenne on ne peut rien faire... Nous informons alors cette infirmière de l'existence d'une Pass pédiatrique dans cet hôpital : ce qu'elle ignorait...” [Caso de Nice]

On peut toutefois noter quelques avancées à la suite de l'appel d'offres lancé en 2009 par la Direction générale de l'offre des soins (DGOS) pour l'ouverture de Pass « spécialisées ». Progressivement, le dispositif se met en place. Selon la DGOS, en 2011, 17 Pass bucco-dentaires, 14 Pass régionales et 41 Pass psychiatriques ont été validées, mais sont encore malheureusement pour un grand nombre d'entre elles loin d'être fonctionnelles.

Certaines équipes témoignent de l'importance des Pass lorsqu'elles fonctionnent :

« À LA PASS, DE L'INSULINE EST COMMANDÉE AUPRÈS DE L'HÔPITAL ET UN EXAMEN CLINIQUE EST RÉALISÉ, AVEC L'AIDE PRÉCIEUSE DE L'INTERPRÈTE »

“ M. A est un Palestinien de 51 ans, diabétique insulino-dépendant, il ne parle ni français ni anglais. Nous le rencontrons au squat des Palestiniennes à Calais en juin 2011, où il nous fait comprendre qu'il ne lui reste que 3 jours de traitement. Nous comprenons, avec l'aide d'un bénévole parlant arabe, qu'il ne parvient pas à sortir du squat car il a trop mal aux jambes, que les autres sont absents pour le moment et qu'il n'a aucun moyen de se déplacer pour se faire soigner. Nous l'amé-nons nous-mêmes à la Pass après lui avoir assuré que nous le ramènerons au squat ensuite. Il souffre de douleurs osseuses provoquées par les conditions de vie (froid, humidité) chez un patient fragilisé. Du Niflugel est fourni afin de le soulager. Après avoir récupéré l'insuline, nous reconduisons A. au squat.

Nous le retrouvons une dizaine de jours plus tard sur le campement de Grande-Synthe, situé près de Dunkerque, à une quarantaine de kilomètres de Calais. Il consulte pour les mêmes raisons : l'insuline va venir à manquer et les douleurs aux jambes sont encore présentes, accentuées par le voyage de Calais à Dunkerque. Nous lui fournissons du Niflugel et le conduisons de nouveau à la Pass de Dunkerque, où l'insuline est fournie.

Une semaine plus tard, lors de la clinique mobile hebdomadaire de Médecins du Monde sur le campement de Grande-Synthe, le patient se plaint de douleurs dorsales. De vives douleurs sont réveillées à la palpation du gril costal droit, l'amplitude de la respiration est diminuée et le patient est légèrement polypnéique. Nous suspectons une fracture des côtes et décidons de l'accompagner à la Pass dès la fin de la consultation.

Grâce à un bénévole arabophone, nous comprenons que A. a chuté dans la rue il y a 3 jours et a perdu connaissance après cette chute.

Il nous raconte également que des passants l'ont emmené à l'hôpital de Calais, où aucune suite n'a été donnée.

Arrivé aux urgences, le patient est adressé en radiologie. Les résultats de la radiographie montrent une nette fracture costale et laissent un doute sur l'intégrité de la plèvre. Des échographies (thoracique, abdominale et pelvienne) sont réalisées par le médecin de garde, suivies d'un scanner.

En somme, deux fractures (côtes 7 et 8), non déplacées et non compliquées. Nous pouvons accompagner A. à l'unité d'hospitalisation de courte durée où il passera la nuit. Le lendemain, le coordonnateur de la mission viendra récupérer A. pour le conduire au centre Intermed de Bailleul, un lieu de convalescence destiné aux migrants et ouvert pendant la saison hivernale par l'association Flandre Terre Solidaire.” [Mission Migrants littoral-Nord Pas-de-Calais]

Les restrictions successives de l'Assurance maladie et de certains dispositifs dédiés aux plus pauvres ont fait des Pass le seul recours aux soins possible pour une partie de la population, d'où l'importance d'en garantir l'existence, la pérennisation et l'amélioration au sein de l'hôpital. Il s'agit par conséquent de poursuivre et de consolider l'ouverture des Pass, y compris les Pass mobiles, sur l'ensemble du territoire et surtout dans les grandes villes ayant des indicateurs de précarité élevés. Il faut inciter les Pass à remplir leurs missions d'accès aux droits et aux soins pour toutes les personnes en précarité, et en particulier pour les personnes n'ayant droit à aucune couverture maladie, les mineurs et les femmes enceintes particulièrement vulnérables.

→ LA CIRCULAIRE « SOINS URGENTS »

Depuis 2004, les personnes en situation irrégulière doivent justifier de 3 mois de résidence ininterrompue sur le territoire pour bénéficier de l'AME. Ainsi, au cours des trois premiers mois du séjour en France, ces personnes ne disposent d'aucune couverture maladie. Elles peuvent toutefois, depuis la parution de la circulaire du 16 mars 2005⁹⁷, obtenue par les associations, se présenter à l'hôpital pour « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple)* ».

Les titulaires d'un visa court séjour sont en principe exclus de ce dispositif car ils sont supposés être couverts par l'Assurance maladie agréée nécessaire à l'obtention du visa.

L'arrêt du Conseil d'État en date du 7 juin 2006 ayant estimé que la condition de résidence ininterrompue de 3 mois ne pouvait être opposée aux mineurs, ces derniers ne doivent normalement pas relever du dispositif « *soins urgents* » mais de l'AME dès leur arrivée sur le territoire. À la suite de cet arrêt, une circulaire du ministère de la Santé en date du 7 janvier 2008⁹⁸ a logiquement supprimé le paragraphe relatif aux enfants mineurs de la circulaire du 16 mars 2005. Toutefois, il apparaît que cette suppression a créé un vide juridique pour certaines catégories de mineurs étrangers qui n'accèdent pas à l'AME. En effet, les mineurs isolés non pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance et les mineurs dont les parents dépassent le seuil d'attribution de l'AME ne parviennent pas toujours à obtenir l'AME et se voient refu-

ser une prise en charge au titre des *soins urgents* par les hôpitaux, ceux-ci estimant qu'ils ne relèvent pas de ce dispositif, dont ils ont été exclus par la circulaire de janvier 2008.

Par ailleurs, certaines équipes de Médecins du Monde observent encore des dysfonctionnements relatifs à l'application de la circulaire et témoignent de la méconnaissance du *Fonds pour les soins urgents* dans certains services hospitaliers.

Enfin, une circulaire du 2 mai 2008⁹⁹ sur la facturation des soins urgents a apporté une nouvelle difficulté dans la mise en œuvre du dispositif déjà complexe. En effet, cette circulaire est venue modifier les modalités de facturation des *soins urgents* par les hôpitaux et impose, entre autres, que soit joint à la facture le refus de demande d'AME du patient. Cette exigence supplémentaire crée une nouvelle difficulté d'accès au dispositif soins urgents en le retardant et en le complexifiant.

Il semble donc nécessaire de rappeler aux établissements hospitaliers l'existence de ces dispositifs et d'en améliorer l'utilisation.

“ À la suite de soins pratiqués durant sa grossesse, Mme H. a reçu une facture de l'hôpital de plus de 4 000 euros. À l'époque, M. H. n'avait pas de preuve de présence de plus de 3 mois. Toutefois, une demande d'AME avait été faite par le service social de l'hôpital. L'objectif étant qu'avec le refus de la CPAM l'hôpital pouvait demander la prise en charge des frais dans le cadre des soins urgents et vitaux. Malgré ces démarches et une relance de la part de l'hôpital et du Caso un an plus tard, la facture est toujours active.” [Caso de Saint-Denis]

(97) Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.

(98) Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents.

(99) Circulaire du 2 mai 2008 relative à la facturation et au paiement des soins urgents délivrés en 2007 et 2008 à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

2. Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins en 2011

LES POINTS ESSENTIELS

- Les trois principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins sont : la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins (30 %), les difficultés administratives (21 %) et la barrière linguistique (21 %).
- Un tiers des patients sont pénalisés par l'exigence d'une présence en France supérieure à 3 mois pour obtenir une couverture maladie, soit qu'ils ne remplissent pas la condition (19,5 %), soit qu'ils ne peuvent en fournir la preuve (13,6 %).
- L'absence de domiciliation concerne plus de 1 patient sur 4 accueillis aux Caso.
- 56 % des étrangers sans titre de séjour indiquent limiter leurs déplacements par peur d'être arrêtés.

Une complexité des démarches... renforcée par des pratiques abusives des administrations

Le premier obstacle, cité ou repéré¹⁰⁰ pour 1 consultant sur 3, est la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins auxquels les personnes sont susceptibles d'accéder. Les difficultés administratives constituent le deuxième obstacle (20,7 %) (*tableau 48*). Par ailleurs, le critère de résidence ininterrompue de 3 mois en France pour accéder aux droits est également un obstacle très prégnant dans la mesure où il concerne près d'un tiers des personnes accueillies au Caso, soit que les patients ne satisfont pas à ce critère (19,5 %), soit qu'ils n'arrivent pas à fournir la preuve de leur présence en France (13,6 %). Enfin, 7 % évoquent les délais d'instruction des dossiers trop longs.

Force est de constater que les personnes en situation précaire sont confrontées à de nombreux obstacles relevant de la complexité du droit de l'assurance maladie, qui s'ajoute pour les étrangers à la complexité du droit en matière

d'immigration (et de ses réformes successives, qui multiplient les catégories de titres de séjour). Ces difficultés sont augmentées par certaines pratiques abusives des administrations, sous couvert de la lutte contre les abus et la fraude (quasiment inexistantes selon le rapport de l'IGAS-IGF¹⁰¹). Ainsi, Médecins du Monde constate de fréquentes dérives de la part des administrations : il arrive, par exemple, que des personnes soient orientées vers le dispositif AME alors qu'elles relèvent du régime général¹⁰², ou se voient refuser l'ouverture de leurs droits pour des raisons infondées ou parce qu'elles ne parviennent pas à fournir des justificatifs demandés de manière abusive. « *La méconnaissance des lois et des règlements [de la part de ces administrations] est ainsi souvent responsable de l'errance des patients dans ce système administratif complexe, d'autant plus que les législateurs ne cessent de le complexifier.* »¹⁰³

Ainsi par exemple, il arrive que des CPAM demandent aux personnes de fournir des justificatifs supplémentaires et inutiles (tels qu'une attestation de Médecins du Monde) pour ouvrir les droits à l'AME, comme le montre le témoignage suivant :

(100) Au cours de l'entretien avec un accueillant ou un travailleur social, les patients sont invités à s'exprimer sur les principaux obstacles auxquels ils ont été confrontés pour accéder aux droits et aux dispositifs de soins. Il s'agit ici des réponses citées spontanément par les personnes ou repérées par les accueillants durant l'entretien.

(101) Cordier A., et al., « *Analyse de l'évolution des dépenses, au titre au titre de l'aide médicale d'État* », Rapport IGF-IGAS, 2010, 161 pages.

(102) Par exemple les demandeurs d'asile.

(103) Frilay Y., et al., « *Les CPAM s'autodétruisent* », *Pratiques*, 2012 : 57, 36-37.

« M. A. EFFECTUE DEPUIS PLUSIEURS SEMAINES DES DÉMARCHES INJUSTIFIÉES ET NE PEUT BÉNÉFICIER DES SOINS DONT IL A BESOIN »

“ M. A. effectue une demande d'AME avec un passeport qu'il vient de recevoir de la part des autorités consulaires tunisiennes. Ce passeport indique sa présence sur le territoire français depuis plus de 3 mois puisqu'il a été délivré à Marseille avec une date précise. Le dossier complet de M. A. lui est retourné en guichet en prenant le soin d'éditer l'itinéraire avec une mention manuscrite précisant que M. A. doit aller à Médecins du Monde demander un historique des consultations depuis plus de 3 mois et moins de 1 an. Or M. A. n'est jamais venu en consultation au Caso. Il ne peut donc bénéficier d'une attestation alors même que son dossier est complet. M. A. effectue donc depuis plusieurs semaines des démarches injustifiées et ne peut bénéficier des soins dont il a besoin à l'hôpital auprès d'un service de rééducation orthopédique.”
[Caso de Marseille]

Ces dysfonctionnements engendrent une augmentation des délais de traitement, qui dépassent fréquemment les 2 mois selon les régions.

« MALGRÉ DES DÉMARCHES ENTAMÉES AVANT SON ACCOUCHEMENT, MME M. NE POURRA FAIRE BÉNÉFICIER DE SOINS À SON FILS QUE PLUS DE 4 MOIS APRÈS SA NAISSANCE »

“ Mme M., ivoirienne, est arrivée en France en janvier 2011 après une séparation due à des violences conjugales. Elle a trouvé refuge chez son oncle, qui connaît d'importantes difficultés financières. Enceinte de 5 mois, elle n'a pas les moyens de faire suivre sa grossesse. À l'approche du terme (mars 2011), des amis l'invitent à se rendre au Caso. Elle est alors vue en consultation et orientée vers le service social de l'hôpital pour un début de suivi de grossesse dans le cadre de la Pass. Les assistantes sociales hospitalières lui demandent une adresse et un timbre fiscal de 30 euros pour instruire sa demande AME. Mme M. va solliciter son oncle pour obtenir ces éléments et les donne à l'assistante sociale hospitalière. Cette dernière instruit une demande d'AME sans remettre de copie à Mme M. 3 semaines après, Mme M. accouche d'un petit garçon. 3 mois après la naissance de son fils,

Mme M. reçoit enfin la réponse de la CPAM, qui l'informe qu'elle doit se présenter au point d'accueil muni d'un timbre fiscal de 30 euros pour retirer sa carte. Elle s'y rend et explique qu'elle a d'ores et déjà réglé cette somme et confié le timbre fiscal au service social de l'hôpital. L'antenne CPAM n'a pas trace de la transmission du timbre fiscal par l'hôpital. On lui demande de repasser 2 semaines plus tard. La carte sécurisée AME lui est alors remise, plus de 3 mois et demi après sa demande.

Ce n'est qu'une fois en possession de sa carte sécurisée AME que Mme M. peut transmettre à la CPAM une demande de rattachement d'ayant droit accompagnée d'une nouvelle photo afin qu'une nouvelle carte AME faisant apparaître son fils lui soit adressée, dans un délai variant de 1 à 2 mois et demi.

Mme M. pourra ainsi, plus de 4 mois après la naissance de son fils, lui faire bénéficier de soins.”
[Caso de Saint-Denis]

La moindre maîtrise de la langue : un obstacle majeur à l'accès aux droits

La barrière de la langue constitue un obstacle à l'accès aux droits et aux structures de soins pour plus de 2 personnes sur 10 accueillies au Caso (tableau 48).

Ce résultat met en lumière l'importance de l'accompagnement de ces personnes dans leurs démarches et la nécessité du recours à l'interprétariat professionnel par les administrations ou les professionnels dans la prise en charge de ces publics non francophones.

« LES RENDEZ-VOUS À L'HÔPITAL POUR M. NE SONT PAS HONORÉS CAR SES PARENTS NE COMPRENNENT PAS QU'IL S'AGIT DE DATES DE CONSULTATION... »

“ M. a maintenant 2 ans. Son histoire illustre assez bien les difficultés entre une famille rom et l'institution. Il y a 2 ans, sa mère vient aux urgences car, à 6 mois de grossesse, elle perd les eaux. Elle ne peut alors expliquer qu'elle a déjà accouché d'un bébé prématuré de 900 g, ni qu'elle a déjà eu un bébé mort in utero. Elle ne sera pas hospitalisée et retournera dans sa cabane. Une semaine plus tard, elle reviendra et restera à la maternité jusqu'à l'accouchement. Elle mettra au monde M., nouveau-né de près de 1 kg, qui présentera diverses complications liées à sa prématurité. À 2 ans, M. présente des séquelles motrices,

qui demandent un bilan et une prise en charge adaptée. L'hôpital donne de nombreux rendez-vous pour M. ; ceux-ci ne seront pas honorés car les parents ne comprennent pas qu'il s'agit de dates de consultations... jusqu'à ce que le médecin de l'hôpital fasse un signalement au procureur pour défaut de soins. À ce moment, Médecins du Monde sera alerté et accompagnera cette famille dans les différentes consultations. Les parents assureront tous les rendez-vous sans aucun problème." [Caso de Saint-Denis]

Dans les hôpitaux et les Pass, en particulier, le recours à l'interprétariat est encore trop rare et les équipes des Caso voient fréquemment revenir des patients qui n'ont pas compris les informations délivrées par les professionnels pour leur prise en charge (rendez-vous, traitements, suivis nécessaires...). Ces questions de barrière linguistique sont encore plus importantes pour les prises en charge psychologiques. Le recours à l'interprétariat professionnel permet entre autres de réduire les errements, évite la multiplication des consultations, voire les erreurs de diagnostics et de prise en charge, et par conséquent réduit les risques de retard aux soins et de complications médicales dont les coûts humain et financier sont sans commune mesure avec le coût même de la traduction.

Les difficultés financières : un obstacle non négligeable

En 2011, 7,5 % des personnes accueillies aux Caso sont confrontées à des difficultés d'avance de frais ou de franchises ou ne peuvent souscrire à une complémentaire (tableau 48). Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie (franchises médicales, déremboursement de certains médicaments, augmentation du forfait hospitalier...), bénéficier d'une complémentaire devient ainsi déterminant pour les populations les plus précaires. Or l'Irdes estimait en 2008 à près de 4 millions le nombre de personnes en France sans complémentaire-santé¹⁰⁴.

Par ailleurs, l'accès à la CMUc est soumis au critère de ressources, qui conduit à exclure un grand nombre de personnes, qui vivent pourtant sous le seuil de pauvreté, mais qui ont malgré tout des ressources trop élevées pour

pouvoir y prétendre. À cette fin, une aide à l'acquisition d'une complémentaire-santé (ACS), a été créée par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources excèdent de 35 % maximum le plafond d'attribution de la CMUc¹⁰⁵. Dans les faits, cette aide est largement sous-utilisée (en 2011, le taux de non-recours est supérieur à 75 %) ¹⁰⁶, sans doute par déficit d'information sur l'existence de ce dispositif, par un reste à charge encore trop élevé malgré l'aide, en particulier pour les personnes disposant de revenus juste supérieurs au seuil de la CMUc (tels les minima sociaux, comme l'allocation adulte handicapé ou l'allocation solidarité vieillesse), les assurances souscrites sont souvent de qualité limitée et les personnes ne sont pas exonérées de l'avance de frais.

« FAUTE DE MOYENS, MME X., ÂGÉE DE 71 ANS, DEVRA GARDER SON APPAREIL DENTAIRE INADAPTÉ QUI LA BLESSE OU L'ENLEVER DÉFINITIVEMENT »



Mme X., âgée de 71 ans, est venue consulter au Caso de Grenoble pour un problème dentaire. Lors de l'entretien d'accueil, elle explique à l'infirmière qu'elle (sur)vit grâce à une petite retraite. Madame bénéficie d'un 100 % ALD pour son hypertension artérielle, depuis plusieurs années. Depuis la reconnaissance de son ALD, elle a réduit les prestations de son contrat de mutuelle, qui lui coûtait de plus en plus cher. Mme X. a également une prothèse dentaire totale, qui lui cause des blessures dans la bouche. Après une consultation auprès du généraliste du Caso, Mme X. a pu bénéficier d'une consultation dentaire gratuite chez un dentiste partenaire de Médecins du Monde. Celui-ci préconise le changement des prothèses dentaires, devenues inadaptées au fil du temps. Il n'existe malheureusement pas de possibilité de prise en charge des prothèses dentaires à Grenoble, il n'y a ni Pass dentaire, ni école dentaire, ni association spécifique. La seule chose que nous ayons pu conseiller à Mme X., c'est de se rapprocher d'un centre dentaire mutualiste et de revoir son assistante sociale de secteur pour voir si une aide financière spécifique pouvait lui être accordée, faute de quoi Mme X. gardera son appareil inadapté ou l'enlèvera définitivement." [Caso de Grenoble]

(104) Perronin M., et al., « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », Irdes, Question d'économie de la santé, 2011 : 161.

(105) Cette aide se traduit par une réduction de prime ou de cotisation pour la couverture complémentaire santé auprès d'un organisme de son choix.

(106) Fonds CMU, « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », rapport d'activité 2011, 167 pages.

Tableau 48 : Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients reçus dans les Caso, 2011

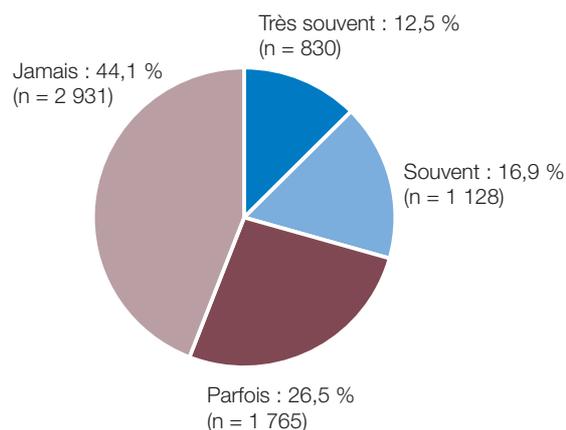
(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Méconnaissance des droits et des structures	30,5	5 128
Difficultés administratives	20,7	3 487
Barrière linguistique	20,6	3 477
Aucun droit possible ¹	19,5	3 281
Pas de preuves de présence en France depuis 3 mois	13,6	2 282
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	7,5	1 267
Complémentaire trop chère (ou difficultés avance frais, paiement des franchises...)	7,3	1 232
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2,1	361
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,0	336
Mauvaise expérience dans le système de soins	1,4	230
Refus de renouvellement des droits	1,1	180
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) dans les lieux de soins	1,0	166
AME trop chère (pas les moyens d'acquitter le droit d'entrée)	0,5	85
Autre raison exprimée	4,2	712

Taux de réponses : 71,2 %.

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

Au-delà des obstacles à l'accès aux soins partagés par l'ensemble des patients, les étrangers sans titre de séjour sont également en proie à la peur d'une arrestation. Ainsi, plus de la moitié d'entre eux (56 %) indiquent limiter parfois, voire souvent, leurs déplacements et activités par peur d'être arrêtés (figure 13). Cette peur de l'arrestation est particulièrement importante parmi les personnes fréquentant les Caso des grandes agglomérations (Paris, Marseille et Toulouse). En 2009, 96 000 interpellations d'étrangers en situation irrégulière ont eu lieu sur le territoire français. La plupart de ces interpellations sont suivies de gardes à vue, dont le nombre ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années, passant de 50 000 en 2004 à 74 000 en 2009. De plus, 28 000 étrangers ont été expulsés depuis la métropole et 35 000 depuis l'outre-mer en 2010⁽¹⁰⁷⁾. Même si une grande partie des décisions d'expulsion ne sont pas exécutées, notamment en raison du refus des pays d'origine de délivrer des laissez-passer consulaires, ces chiffres n'ont cessé d'augmenter ces dernières années et témoignent d'une politique de l'immigration de plus en plus répressive. Comme le rappelle la Cimade dans son rapport, « *le risque d'être interpellé limite les possibilités de déplacement et précarise par conséquent ceux qui sont visés* ».

Figure 13 : Limitations des déplacements des personnes étrangères sans titre de séjour reçues dans les Caso, 2011



Taux de réponses : 55,7 %.

(107) La Cimade, « *Migrations. État des lieux 2012* », rapport, 2012, 103 pages.

→ LA RÉFORME DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT : UNE RÉFORME CONTRAIRE AUX ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Jusqu'en 1999, les étrangers en situation irrégulière pouvaient bénéficier de l'aide médicale, au même titre que tous les autres démunis. En 1999, la réforme, qui instaure la CMU, vise à faire disparaître le régime de l'aide médicale et à unifier le système dans le but d'intégrer « toute » la population à une assurance maladie universelle (assortie d'une complémentaire-santé gratuite pour les plus pauvres) et de mettre fin à un système de soins à deux vitesses. Cette réforme modifie profondément le dispositif. D'une part, les personnes démunies sont intégrées à l'Assurance maladie, généralisée à toute la population active et inactive, et, d'autre part, les personnes sans titre de séjour démunies en sont exclues et restent seules dans l'aide médicale de l'État (AME). Cette disposition entraîne des discriminations importantes.

Depuis, le dispositif de l'AME évolue selon des lois et des mesures d'encadrement toujours plus contraignantes. En 2004, l'accès à l'AME est ainsi restreint aux seules personnes qui peuvent apporter la preuve de 3 mois de présence ininterrompue sur le territoire. Enfin, sous prétexte de lutter contre les abus et les fraudes, l'année 2010 a été marquée par un affaiblissement non négligeable du dispositif : après plusieurs revirements parlementaires entre Assemblée nationale et Sénat, la loi de finances pour 2011 a été définitivement promulguée le 30 décembre 2010, introduisant de substantielles restrictions à l'AME, telles que la mise en place d'un droit d'entrée annuel de 30 euros, les restrictions du panier de soins et la nécessité d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital.

Il s'agit d'une réforme contraire aux enjeux de santé publique, mise en place contre les recommandations nombreuses et répétées des professionnels de santé, des associations, des politiques de santé publique menées par le ministère de la Santé et les conclusions du rapport de l'IGAS et de l'IGF¹⁰⁸ remis au gouvernement le 24 novembre 2010 mais gardées sous silence jusqu'à la promulgation de la loi de finances pour 2011.

■ Le droit d'entrée : les effets pervers de cette disposition

À la fin de 2010, on compte 220 000 personnes bénéficiant de l'AME en France. Les personnes couvertes par l'aide médicale de l'État font partie des personnes les plus pauvres, celles qui ont les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes pour elles et leur famille.

L'un des effets attendus de la réforme est le risque pour les bénéficiaires potentiels de renoncer à obtenir la couverture maladie pour tout ou partie des membres d'une famille, faute de pouvoir payer le(s) droit(s) d'entrée. Cela aura pour conséquence un report, voire un renoncement aux soins pour un nombre probablement important de personnes, en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente, et sans véritable garantie sur la rationalisation des coûts. Ainsi, du fait de cette réforme, des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et pourront dégénérer en complications graves et coûteuses. Le droit d'entrée n'a aucun effet positif sur les finances publiques, comme le soulignent l'IGAS et l'IGF dans leur rapport.

Enfin, ces populations risquent de se tourner davantage vers les services d'urgences et les Pass déjà saturés.

Un peu plus d'un an après la mise en place de cette réforme, il est difficile d'en évaluer l'impact réel sur les bénéficiaires. Certaines CPAM observent toutefois une part plus importante du nombre de personnes qui ne retirent pas leur carte, sans doute par manque de moyens financiers. Par ailleurs, les équipes de Médecins du Monde constatent qu'au sein de certaines familles le renouvellement de la carte AME n'est pas systématique pour l'ensemble des adultes et que certains foyers font le choix de ne renouveler les droits que pour un adulte afin de réduire les coûts pour la famille ou acceptent de payer ce droit de timbre, au prix sans doute de renoncements sur d'autres postes de dépenses tout aussi importants (nourriture, vêtements...).

“ Comment peut-on réunir 30 euros alors que nous avons à peine de quoi manger ? ” [Caso de Montpellier]

“ M. C., accompagné par l'action Roms de Médecin du Monde à Nantes, a été hospitalisé pour une tuberculose. Nous avons appris qu'il fuguait du CHU pour faire la manche dans la rue devant l'hôpital pour payer les 30 euros. ” [Action auprès des Roms de Nantes]

Par ailleurs, pour les personnes particulièrement démunies, qui sont dans l'impossibilité de régler le droit de timbre, l'obtention de l'AME demande un accompagnement spécifique pour les aider à trouver des solutions de financement (certaines associations, des établissements hospitaliers, les services sociaux de conseils généraux... acceptent de prendre en charge le timbre face à certaines situations, au cas par cas).

(108) Cordier A., et al., « Analyse de l'évolution des dépenses, au titre au titre de l'aide médicale de l'État », rapport IGF-IGAS, 2010, 161 pages.

« À L'HÔPITAL, ILS NE PAYENT PAS
LES TIMBRES FISCAUX POUR LES GENS »

“ M. B., sans ressources, était suivi par un hôpital parisien dont le personnel lui a conseillé de faire une demande d'AME, en oubliant de lui préciser qu'il aurait à payer 30 euros pour récupérer son AME. Au Caso, lorsque nous lui avons donné cette information et qu'il nous a informés de son impossibilité d'acheter le timbre du fait de ses ressources quasi inexistantes, nous l'avons réorienté vers l'assistante sociale de l'hôpital avec un mot expliquant sa situation afin qu'elle l'aide à trouver une solution. Quelques jours plus tard, M. B. est revenu au Caso en expliquant que, « à l'hôpital, ils ne payent pas les timbres fiscaux pour les gens ». Nous avons alors appelé l'assistante sociale afin d'essayer de trouver une solution alternative ensemble, tout en lui expliquant qu'il était dans leur intérêt de la trouver car ce M. relevait de leur service. Entre-temps, elle s'était renseignée auprès de ses collègues, qui, elles, orientaient des patients séropositifs vers une association, laquelle apparemment prenait en charge ce coût. Elle s'est mise en relation avec cette association et M B. a pu exceptionnellement bénéficier de cette aide.”
[Caso de Saint-Denis]

Les associations n'ont cessé de dénoncer les effets pervers de cette disposition. La suppression du droit d'entrée à l'AME, votée par le Parlement le 31 juillet 2012 dans le cadre de la loi de finances rectificative¹⁰⁹, est un soulagement. Toutefois, les associations considèrent qu'une réflexion de fond doit être engagée pour assurer une réelle égalité devant le soin. Elles demandent en particulier d'intégrer le dispositif AME dans celui de la couverture maladie universelle, comme le recommandent l'IGAS et l'IGF dans leur rapport cité plus haut, et de revenir sur toutes les restrictions introduites au cours des dernières années.

L'absence d'adresse postale : un obstacle à l'accès aux droits pour 1 patient sur 4

Dès lors qu'une personne peut déclarer une adresse où recevoir son courrier, la domiciliation administrative n'est pas nécessaire et le principe déclaratif en matière de domicile doit s'appliquer à tous les droits sociaux, selon la circulaire de février 2008¹¹⁰ obtenue grâce aux associations, y compris pour l'obtention de l'AME. La domiciliation administrative est réservée aux personnes dans l'incapacité de déclarer une adresse postale. Selon cette circulaire, « c'est en fait à la personne de se demander si elle dispose d'une stabilité suffisante pour déclarer une adresse personnelle à une administration ». Ainsi une caisse de sécurité sociale ne peut exiger de justificatif ni de domiciliation administrative à toute personne déclarant une adresse.

Dans les faits, il n'est pas rare que les personnes se voient refuser leur adresse déclarative ou demander des pièces justificatives de manière abusive (quittances de loyer, attestation de l'hébergeant, facture...). Certaines personnes (n'ayant aucun justificatif à fournir ou ne souhaitant pas impliquer leur hébergeant dans ces démarches) se voient alors dans l'obligation de procéder à une domiciliation administrative auprès d'un Centre communal d'action social (CCAS) ou d'une association agréée pour pouvoir ouvrir leurs droits.

Ces pratiques, en plus d'être illégales, augmentent le nombre de patients en demande de domiciliation alors que les associations agréées pour la domiciliation sont déjà saturées. Certaines en viennent même à appliquer des critères de sélection pour pouvoir faire face à la demande. Par ailleurs, certains CCAS ne remplissent pas leur mission en refusant de domicilier pour l'AME en particulier, faisant notamment état de la complexité et du manque de lisibilité des dispositifs, ou en appliquant des critères restrictifs voire réducteurs à l'accès à la domiciliation.

Ces personnes se heurtent alors à un double obstacle : le refus de reconnaissance de leur adresse déclarative et la difficulté de pouvoir obtenir une domiciliation administrative. Ces difficultés sont encore plus prégnantes pour les mineurs isolés, qui se voient très souvent refuser une domiciliation faute d'être rattachés à un ayant droit majeur alors que les textes légaux et réglementaires sur la domiciliation ne font aucune distinction selon le statut majeur ou mineur de la personne et qu'une circulaire de février 2011 rappelle que les mineurs sont éligibles

(109) Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

(110) Circulaire n° DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

à l'AME sans délai, indépendamment de la situation de leurs parents ou représentants¹¹¹.

Face à ces constats, Médecins du Monde continue, en partenariat avec d'autres associations, de rappeler aux agents de certaines CPAM le principe déclaratif de l'adresse, conformément à la circulaire de 2008, afin de mettre un terme à ces pratiques, qui freinent l'accès aux droits et par conséquent aux soins, et plaide pour que les CCAS assurent leur mission de domiciliation conformément aux textes en vigueur¹¹². Enfin, Médecins du Monde milite pour que la domiciliation pour le bénéfice de l'AME ne relève plus d'un dispositif spécifique et soit intégré au « dispositif généraliste » de domiciliation prévu par la loi Dalo¹¹³, afin d'en simplifier les procédures.

Concernant le public fréquentant les Caso, près de 27 % des personnes âgées de 16 ans et plus ne disposent pas d'adresse postale en 2011 et auraient besoin en conséquence d'une domiciliation administrative pour pouvoir accéder à des droits sociaux. Ces patients sont presque exclusivement des étrangers (97 %), majoritairement en France depuis moins d'un an (77 %) et pour la plupart d'entre eux (83 %) en situation irrégulière. Dans 26 % des cas ils sont sans domicile fixe et dans 64 % des cas ils vivent dans un logement précaire (hébergés provisoirement, squat, campement...). Les autres (10 %) vivent dans un hébergement d'urgence pour quelques jours ou sont hébergés par de la famille ou des amis.

Enfin, près de 20 % des personnes accueillies aux Caso ont obtenu une domiciliation (tableau 49). Dans plus de 8 cas sur 10, cette domiciliation a été effectuée auprès d'une association agréée. Ce résultat met en évidence, encore une fois, la sollicitation toujours plus importante des associations.

Tableau 49 : Situation des patients de plus de 16 ans reçus dans les Caso vis-à-vis de la domiciliation, 2011

	%	n
Pas besoin de domiciliation (dispose d'une adresse postale)	53,2	9 782
Domiciliation réalisée par un CCAS	2,8	521
Domiciliation réalisée par une association	17,1	3 143
Besoin d'une domiciliation (aucune adresse postale)	26,9	4 947

Taux de réponses : 87,0 %.

→ LE CASO DE SAINT-DENIS : UN DES PLUS IMPORTANTS LIEUX DE DOMICILIATION D'ÎLE-DE-FRANCE

Le Caso de Saint-Denis est agréé pour domicilier les demandeurs d'AME. Cette activité, qui ne fait normalement pas partie des missions de Médecins du Monde, est maintenue au Caso, faute de structures alternatives en nombre suffisant sur le département.

En effet, très peu de CCAS domicilient effectivement les personnes en situation irrégulière, ou à des conditions tellement restrictives qu'une infime minorité de demandeurs peuvent y accéder. Les quelques associations agréées du département et de la région sont totalement débordées. Les demandes de domiciliation auprès du Caso sont extrêmement nombreuses et émanent du public, des hôpitaux, d'autres associations, et même de certains CCAS.

Contrairement à de nombreuses structures de domiciliation dont la file active est essentiellement constituée de personnes qui renouvellent leur domiciliation, Médecins du Monde a fait le choix de ne domicilier que pour une année, temps donné aux personnes pour trouver une solution alternative : adresse personnelle ou autre structure de domiciliation. Les domiciliations, à de rares exceptions près, ne se font qu'à la demande directe du public et à l'issue d'un entretien social évaluant la situation du demandeur. Les principaux critères sont d'être primo-arrivant et de n'avoir aucun réseau social de personnes insérées pouvant prêter leur adresse.

Avec 2 600 ménages domiciliés, le Caso est aujourd'hui considéré comme un des plus importants centres de domiciliation pour les demandeurs d'AME d'Île-de-France.

(111) Circulaire n° DSS/2A/2011/64 du 16 février 2011.

(112) Article L. 252-2 du Code de l'action sociale et des familles.

(113) Article L. 264-1 du Code de l'action sociale et des familles.

3. Le retard et le renoncement aux soins

LES POINTS ESSENTIELS

- **38 % des patients reçus en 2011 auraient dû être traités plus tôt selon les médecins des Caso.**
- **La fréquence du retard aux soins est majorée lorsque les conditions de logement sont dégradées.**
- **22 % des consultants indiquent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.**
- **Les facteurs associés à un renoncement aux soins sont la nationalité étrangère, le fait d'être en situation irrégulière, des conditions de logement dégradées et l'absence de droits à la couverture maladie.**

En France, on constate une augmentation du renoncement aux soins dans la population générale et particulièrement pour les personnes sans mutuelle¹¹⁴ : en effet, parmi ces dernières, le taux de renoncement aux soins, qui concerne essentiellement certains soins dentaires et d'optique peu remboursés par l'Assurance maladie, est passé de 11 % en 2002 à 30 % en 2008. Une étude récente montre que l'absence de complémentaire-santé est un déterminant important du renoncement aux soins pour raisons financières et que, d'autre part, les barrières financières à l'accès aux soins ont un impact significatif sur l'état de santé de la population¹¹⁵.

La mise en place de la CMU et de la CMUc a constitué une avancée majeure pour les plus démunis, ainsi qu'en 2005 l'aide à une complémentaire de santé (ACS), instaurée pour ceux qui ne peuvent bénéficier de la CMUc. Cependant, les personnes démunies sont aussi touchées par la baisse des remboursements d'assurance maladie et l'augmentation de reste à charge et ce d'autant plus que de nombreuses personnes en dessous du seuil de pauvreté et bénéficiaires des minimas sociaux sont toujours exclues de la CMUc en raison du plafond des ressources. De plus, ces dispositifs censés aider les plus pauvres arrivent difficilement à les toucher en raison d'une trop grande complexité du système et des parcours : on constate ainsi plus de 20 % de non-recours pour la CMUc ou encore 75 % de non-recours pour l'aide à l'ACS¹¹⁶.

Le renoncement aux soins est également fréquent parmi les bénéficiaires de l'AME. Ainsi, selon une étude de la Drees réalisée en 2008¹¹⁷, 25 % des bénéficiaires déclarent avoir

renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Le renoncement est avant tout motivé par des raisons financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités, telles que le logement ou l'alimentation. Dans cette population, les renoncements aux soins concernent plus fréquemment des soins de premiers recours (alors qu'en population générale ils concernent davantage les soins dentaires et/ou d'optique).

Plus d'un tiers des patients présenteraient un retard d'accès aux soins

Au sein des Caso, plus d'un tiers (38 %¹¹⁸ des personnes reçues en consultations médicales en 2011) présentent, selon les médecins, un problème de santé qui aurait dû être traité plus tôt, et plus de 2 consultants sur 10 indiquent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (*tableau 50*).

Les patients accusant un retard de recours aux soins sont bien souvent ceux qui nécessitent un suivi médical sur la durée : ainsi, 55 % d'entre eux ont besoin d'une prise en charge d'au moins 6 mois (vs 46 % des autres consultants). Les affections les plus fréquemment rencontrées (nécessitant un suivi à moyen ou long terme) sont : les syndromes dorsolombaires (15,4 %) ou autres diagnostics locomoteurs (14,6 %), les affections cardiovasculaires (HTA : 18 % ; cardiopathies, troubles du rythme : 5 %), le diabète (11 %), les

(114) Allonier C., et al., « *Enquête santé protection sociale 2008* », rapport Irdes, 2010 : 1800, 254 pages.

(115) Bourguignon P., et al., « *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé* », Irdes, 2012, Document de travail n° 47.

(116) Fonds CMU, références n° 43, 2011.

(117) Boisguérin B., et al., « *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins* », Drees, Études et résultats, 2008 : 645.

(118) Le taux de réponses à cette question reste très faible (18,2 %), le résultat doit par conséquent être interprété avec prudence. Toutefois, l'analyse du retard de soins effectuée uniquement auprès des Caso présentant un taux de réponses supérieur à 30 % indique un taux de retard aux soins de 36,1 %. Ce résultat reste très proche de celui de l'ensemble des Caso. Il est à noter que la question du retard aux soins a été modifiée entre 2010 et 2011 et ne permet pas de comparer les résultats sur ces 2 années. En 2010, le médecin se prononçait sur le retard aux soins du patient en général, quel que soit le nombre de pathologies repérées. En 2011, pour chaque pathologie repérée le médecin indique s'il y a un retard aux soins.

troubles psychologiques (stress, anxiété : 9 % ; syndrome dépressif : 6 %), l'asthme (6 %), les hépatites virales (5 %), les cancers (5 %). Notons également que près de 7 % des patients en retard de soins sont des femmes enceintes.

« LE MÉDECIN DU CASO NE PEUT QUE CONSTATER QUE L'ABSENCE DE SOINS A ENTRAÎNÉ LA PERTE DE L'USAGE DE LA MAIN, UN NERF AYANT ÉTÉ TOUCHÉ »

“ Nous rencontrons un jeune homme qui a subi une agression dans la rue et a été blessé d'un coup de couteau à la main droite. Il a été soigné aux urgences et l'assistante sociale a fait une demande de « soins urgents ». Mais, dans l'urgence, elle n'a pas vu qu'une demande d'AME avait été faite par le même hôpital 2 mois auparavant pour ce patient. L'ensemble des administratifs ont alors pensé que ce jeune homme n'avait aucun droit potentiel. On lui donne des rendez-vous pour des soins de suite. Quand il se présente à son premier rendez-vous, il est refoulé, avant même de voir un médecin, en raison de sa supposée absence de droit. Il vient consulter le médecin au Caso un mois après : ce dernier ne peut que constater que l'absence de soins a entraîné la perte de l'usage de la main, un nerf ayant été touché...” [Caso de Nice]

Le tableau 51 présente une analyse du retard de recours aux soins et du renoncement aux soins selon les caractéristiques des patients.

Le retard aux soins ne varie pas significativement selon le sexe ou la nationalité des patients. Il augmente en revanche de façon très nette au-delà de l'âge de 20 ans. Le retard de recours aux soins est fortement corrélé aux conditions de logement : il augmente au fur et à mesure que la situation du logement se dégrade. On observe enfin un retard aux soins plus fréquent lorsque les droits à la couverture maladie ne sont pas ouverts (différence proche du seuil de significativité).

« NE PARVENANT PAS À OBTENIR LE RENOUELEMENT DE SA CMU, IL INTERROMPT SON TRAITEMENT »

“ M. J., demandeur d'asile, a interrompu son traitement du diabète car il n'arrivait pas à obtenir le renouvellement de sa CMU alors qu'il en avait fait la demande 2 mois avant la fin de validité des droits. Après un malaise, il est venu au Caso, où nous avons pu prendre en charge sa pathologie en attendant que son dossier soit traité...” [Caso de Nice]

Comme pour le retard de recours aux soins, les analyses montrent que le renoncement aux soins est fortement associé à l'âge des patients, à leurs conditions de logement, ainsi qu'à l'ouverture de droits à la couverture maladie. Force est de constater que la probabilité de renoncer aux soins est significativement plus élevée chez les patients étrangers, et plus particulièrement ceux en situation irrégulière.

L'ouverture immédiate des droits au regard de l'état de santé : des procédures encore trop souvent méconnues

En 2011, 16 % des personnes sans couverture maladie nécessitent selon les médecins des Caso une ouverture immédiate des droits au regard de leur état de santé (tableau 50).

Il existe depuis 2000 une procédure d'admission immédiate pour la CMUc ainsi qu'une procédure d'instruction rapide pour la demande d'AME. Celles-ci sont justifiées chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé du patient. Comme le rappelle le Comede dans son guide pour la prise en charge médico-sociale des migrants en situation précaire¹¹⁹, « l'instruction prioritaire pour la demande d'AME n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence mais au contraire à l'éviter, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis ». Ces procédures sont malheureusement très souvent méconnues des professionnels de santé et des interlocuteurs des CPAM.

“ M. V. souffre d'une maladie grave qui touche son rein. Il a déposé une demande de renouvellement de son AME en avril dernier avec l'assistante sociale de l'hôpital où il est suivi médicalement. Afin d'accélérer le traitement administratif, il a joint à sa demande un certificat médical. Quand M. V. se présente au Caso en juin, il n'a toujours pas de nouvelles de sa demande. Nous appelons la Sécurité sociale : la demande de Monsieur ne serait pas encore prise en compte, selon la conseillère technique de la CPAM, « elle est noyée parmi tous les autres dossiers ». Elle nous informe qu'ils n'ont pas les moyens d'identifier à réception les demandes urgentes des autres et qu'il est souhaitable d'envoyer la demande au nom de la responsable de l'antenne AME.” [Caso de Saint-Denis]

(119) Comede, « Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire », 2008, 570 pages.

Tableau 50 : Retard de soins, renoncement aux soins et soins urgents nécessitant une ouverture immédiate de droits des patients reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Retard de recours aux soins	38,5	1 547
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	21,9	1 276
Soins urgents nécessitant une ouverture immédiate des droits ¹	16,3	751

Taux de réponses : Retard aux soins : 18,2 % ; Renoncement aux soins : 26,4 % ; Ouverture immédiate des droits : 28,8 %.

¹ Parmi les patients n'ayant aucun droit à la couverture maladie.

Tableau 51 : Caractéristiques associées au retard de recours aux soins et au renoncement aux soins des patients étrangers consultant dans les Caso, 2011

	Retard de recours aux soins		Renoncement aux soins	
	%	p ¹	%	p ¹
Ensemble des patients	38,5		21,9	
Nationalité				
Français	31,8		13,5	
Étrangers	39,1	ns	22,4	*
Sexe				
Hommes	39,7		22,2	
Femmes	36,7	ns	21,5	ns
Âge				
Moins de 20 ans	27,7		13,5	
20-39 ans	40,0	***	22,6	***
40-59 ans	43,7	***	26,3	***
60 ans et plus	38,6	**	20,6	**
Durée de résidence en France				
Moins de 3 mois	39,8		20,5	
3 mois à 1 an	39,3	ns	24,5	ns
1 à 3 ans	36,0	ns	24,4	ns
3 à 10 ans	38,3	ns	22,8	ns
10 ans et plus	48,0	ns	25,2	ns
Situation administrative				
Séjour régulier	41,5		18,6	
Situation irrégulière	41,2	ns	25,7	**
Logement				
Stable	33,6		18,3	
Hébergés (organisme ou association)	36,8	ns	16,5	ns
Précaire	41,2	***	23,5	***
Sans domicile fixe	46,3	***	30,0	***
Droits à la couverture maladie				
Ouverts	33,3		15,0	
Non ouverts	40,0	ns	23,0	*

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 : 46,3 % des personnes sans domicile fixe présentent un retard de recours aux soins contre 33,6 % des personnes disposant d'un domicile stable, différence significative au seuil de 0,001 %.

4. Caractéristiques des patients selon le niveau de couverture maladie

Ce chapitre présente le profil général des patients selon la couverture maladie dont ils disposent au jour de la première consultation au Caso. Nous distinguons (*tableau 52*) :

➤ Les patients sans couverture maladie mais disposant de droits théoriques (au regard de leur situation administrative)

Ce groupe rassemble la plus grande partie des consultants des Caso (65,3 %). Ces patients sont globalement plus jeunes, presque exclusivement de nationalité étrangère. Ils sont arrivés en France en majorité depuis moins d'un an. Les conditions de logement sont le plus souvent précaires (50 %) ; c'est cependant dans ce groupe que la part des sans domicile fixe est la plus faible. Ces patients exercent plus fréquemment une activité pour gagner leur vie. Cependant, les niveaux de ressources demeurent extrêmement faibles avec 98 % des personnes se situant en dessous du seuil d'attribution de la CMUc/AME.

Si la majorité de ces consultants (74,7 %) s'adressent au Caso pour un problème de santé, ils sont par ailleurs près de 31 % à souhaiter une aide pour une question d'ordre social.

➤ Les patients ne pouvant prétendre à aucune couverture maladie

Ce groupe, qui représente environ 1 patient sur 4, apparaît comme celui étant en situation la plus précaire. Il est exclusivement composé d'étrangers, pour beaucoup présents en France depuis moins de 3 mois. La proportion de femmes y est également plus importante. Ces patients sont très peu nombreux à exercer une activité pour gagner leur vie et les trois quarts d'entre eux ne déclarent aucunes ressources. Il s'agit également du groupe présentant le plus de personnes sans domicile fixe.

Les motifs de recours aux Caso sont très largement motivés par des besoins de santé et assez peu par une demande d'ordre social. La moitié d'entre eux nécessitent une prise en charge médicale à moyen ou long terme.

➤ Les patients disposant d'une couverture maladie complète (CMUc/AME)

Ces patients représentent 9 % environ de l'ensemble des patients des Caso en 2011. Ce groupe ne présente pas véritablement de caractéristiques sociodémographiques

contrastées par rapport aux autres groupes. On peut toutefois noter que la part des Français y apparaît sensiblement plus élevée que la moyenne ; les étrangers de ce groupe sont pour 45 % d'entre eux installés en France depuis au moins 3 ans.

Leur particularité en revanche est de s'adresser moins fréquemment aux Caso pour des motifs liés à la santé et plus fréquemment pour une question d'ordre social (le plus souvent pour des questions de renouvellement de couverture maladie). Notons que, dans ce groupe, près de 30 % des patients (vs 5 % des autres consultants) évoquent des difficultés concernant l'avance de frais médicaux, alors qu'ils devraient en être dispensés, le paiement des franchises ou encore les soins non ou insuffisamment pris en charge par la Sécurité sociale.

➤ Les patients disposant uniquement d'une couverture maladie de base

Ce groupe de patients, numériquement le plus faible (2 % des patients des Caso), présente des caractéristiques socio-démographiques très différentes des autres groupes. C'est en effet le groupe le moins féminisé, présentant une moyenne d'âge plus élevée (près de 60 % ont 40 ans ou plus) et qui compte la proportion la plus élevée de Français (55,0 %). La situation économique est plus favorable pour ce groupe de patients dans la mesure où 57,6 % indiquent un logement stable et 50,0 % déclarent des ressources supérieures au plafond CMUc/AME, mais qui ne leur permettent pas d'accéder à une couverture maladie complète. Ainsi, si disposer d'un emploi ou de ressources (AAH, minimum vieillesse...) constitue un rempart contre la pauvreté, ce n'est plus une condition suffisante pour franchir le seuil de pauvreté ou les seuils fixés pour l'attribution de la CMUc. Selon l'ONPES¹²⁰, « en 2009, 6,7 % de la population française en emploi est pauvre et ce phénomène est particulièrement accentué chez les femmes seules chargées de famille et les personnes isolées ».

Ces patients s'adressent aux Caso très majoritairement pour des motifs de santé. On peut également noter un besoin en soins dentaires plus fréquents parmi ces patients, qui met en évidence les difficultés d'accès à ce type de soins, a fortiori lorsque les personnes ne disposent pas d'une couverture complémentaire. En effet, ces derniers consultent proportionnellement 4 à 5 fois plus que les autres patients pour des soins dentaires (16,2 % vs 3,1 % à 3,9 %).

(120) ONPES, « Crise économique, marché du travail et pauvreté », rapport 2011-2012, 134 pages.

Tableau 52 : Caractéristiques des patients reçus dans les Caso selon leur couverture maladie¹, 2011

	Droits à la couverture maladie			
	Aucune couverture maladie mais droits potentiels (n = 12 099) %	Aucune couverture maladie et aucun droit possible (n = 4 428) %	Couverture complète (CMUc ou AME) (n = 1 627) %	Couverture de base uniquement (n = 378) %
Ensemble des patients	65,3	23,9	8,8	2,0
Sexe				
Hommes	61,5	56,3	56,0	71,2
Femmes	38,5	43,7	44,0	28,8
Âge				
Moins de 20 ans	13,1	7,0	10,1	4,8
20-39 ans	60,2	57,4	47,8	36,4
40-59 ans	22,7	23,5	36,0	40,7
60 ans et plus	4,0	12,1	6,1	18,1
Nationalité				
Français	4,9	0,0	11,0	55,0
Étrangers	95,1	100,0	89,0	45,0
Durée résidence en France (patients étrangers)				
Moins de 1 an	60,9	96,3	23,7	13,9
1 à 3 ans	18,7	2,0	31,1	10,8
3 à 10 ans	15,1	1,2	32,9	25,9
10 ans et plus	5,3	0,5	12,3	49,4
Logement				
Stable	27,7	28,0	25,3	57,6
Hébergés (organisme ou association)	11,3	8,3	23,9	11,9
Précaire	50,1	44,6	37,6	16,5
Sans domicile fixe	10,9	19,1	13,2	14,0
Exercent une activité	32,9	7,3	23,9	20,8
Ressources				
Aucunes ressources	32,5	75,3	24,1	12,5
Inférieures au plafond CMUc/AME ²	65,6	23,5	71,0	37,5
Supérieures au plafond CMUc/AME ²	1,9	1,2	4,9	50,0
Motifs de recours à Médecins du Monde				
Accompagnement social	30,9	9,7	30,2	14,3
Motif lié à la santé	74,7	93,9	45,9	85,4
Voir un dentiste	3,9	3,8	3,1	16,2
Durée nécessaire de prise en charge				
< 6 mois	47,3	53,3	49,9	56,0
≥ 6 mois	57,5	49,8	57,1	47,6

¹ Les patients relevant d'un dispositif de couverture maladie d'un autre pays européen ne sont pas inclus dans l'analyse.² 648 euros mensuels pour une personne seule au 1^{er} juillet 2011.



© MdM

MAYOTTE

OU LES DÉSILLUSIONS D'UN DÉPARTEMENT FRANÇAIS

En 2011, Mayotte est devenue le 101^e département français. Cette départementalisation nécessite un rattrapage en matière de développement économique mais également de droits sociaux et de santé. En termes de protection sociale, les dispositions applicables à Mayotte sont encore spécifiques. De fait, un quart de la population est exclu de toute protection maladie, et donc souvent des soins. ■

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2011, seuls 21 % des enfants ayant consulté le centre pédiatrique de Médecins du Monde sont affiliés à la Sécurité sociale. Parmi ceux qui devraient être affiliés, c'est-à-dire ayant au moins un parent français ou en situation régulière, moins de la moitié le sont effectivement.**
- **Selon une enquête réalisée en 2011, 7,3 % des enfants consultants souffrent de malnutrition aiguë.**
- **Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux et marqués par d'importantes difficultés et par peur de se déplacer, ainsi que par une méconnaissance du dispositif des « bons roses » censés faciliter l'accès aux soins des enfants non affiliés.**
- **Plus d'un tiers des enfants accueillis au centre pédiatrique et 46 % de ceux vus en consultations mobiles auraient renoncé à des soins au cours des 6 derniers mois.**

Petite île de l'océan Indien d'une superficie de 374 km² et d'environ 200 000 habitants, 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. En 1975, alors que les trois autres îles deviennent indépendantes, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche la circulation libre entre les quatre îles de l'archipel. Au fil des années, les parents, les frères, les cousins comoriens sont devenus à Mayotte des « clandestins ».

Pour Mayotte, l'année 2011 aura été marquante sur le plan politique et social. En effet, le 31 mars 2011, Mayotte est devenue le 101^e département français et le 5^e département d'outre-mer. Mais la départementalisation effective nécessite un rattrapage en matière de santé, de droits sociaux, de développement économique... estimé entre 20 et 30 ans. À l'automne 2011, le nouveau département connaît un mouvement social dur « contre la vie chère », qui durera 46 jours. La politique migratoire de la France s'est considérablement radicalisée depuis quelques années, y compris à Mayotte, où 21 762 personnes, dont 5 389 mineures ont été expulsées en 2011⁽¹²¹⁾, soit presque 11 % de la population, soit à peu près autant d'expulsions que pour tout l'Hexagone...

En termes de protection sociale, les dispositions applicables à Mayotte sont spécifiques, distinctes de celles en vigueur en métropole. Le dispositif de sécurité sociale mis en place depuis 2005 a modifié l'offre de soins, supprimant progressivement le système de dispensaires ouverts gratuitement à tous. Il exclut les personnes qui ne peuvent pas satisfaire aux conditions administratives requises. Il s'agit des étrangers sans titre de séjour (pour la plupart comoriens), mais aussi d'une partie de

la population mahoraise dans l'incapacité de justifier son état civil ou de présenter d'autres documents exigés (justificatif de domicile...). Au total, l'introduction du système d'assurance maladie a conduit à l'exclusion d'environ un quart de la population de toute protection maladie, et donc souvent des soins⁽¹²²⁾.

Les soins restent théoriquement gratuits dans le service public pour les Mahorais et les étrangers en situation régulière, qui bénéficient de la sécurité sociale. Pourtant, l'accès aux droits n'est pas simple, puisque les plus précaires ne sont pas toujours affiliés, et que la CMU complémentaire n'existe pas.

De plus, l'aide médicale de l'État (AME) n'existe pas, la Pass ne propose pas de consultations médicales et la circulaire relative à la création du Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) n'est pas applicable à Mayotte. Un dispositif spécifique à Mayotte 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. 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⁽¹²³⁾) souvent élevé au regard de leurs moyens financiers (1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois⁽¹²⁴⁾). Seules sont prises en charge financièrement les pathologies pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et les maladies transmissibles graves. Les enfants de personnes sans papiers ou les mineurs isolés n'ont accès à aucun type d'assurance maladie. Ainsi, seuls peuvent être affiliés en qualité d'ayants droit les enfants à charge d'un parent français résidant à Mayotte ou d'un parent étranger en situation régulière. Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport

(121) Chiffres annoncés par la préfecture de Mayotte en février 2012 (<http://www.malango-actualite.fr>).

(122) Math A., « Mayotte. La situation économique et sociale », Chronique internationales de l'Ires, 2012 :134.

(123) 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.

(124) 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.

à la métropole de 84 %¹²⁵. La mortalité maternelle y est 6 fois plus élevée, la mortalité infantile 4 fois¹²⁶ plus élevée.

En 2008, les associations Aides, la Cimade, le Gisti, Médecins du Monde et le Collectif migrants outre-mer ont saisi la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) et la Défenseure des enfants pour dénoncer le caractère discriminatoire du dispositif spécifique de prise en charge maladie à Mayotte. La venue de la Défenseure des enfants en 2008 a montré que la situation des enfants est particulièrement alarmante, aussi bien pour l'accès aux soins que pour l'application de leurs droits (éducation, droit de vivre en famille, non-respect du droit international...)¹²⁷. La Halde a également souligné la violation manifeste de la Convention internationale des droits de l'enfant et demandé la levée des discriminations, l'accès à l'assurance maladie pour tous les enfants et l'extension à Mayotte de l'AME pour les adultes sans papiers¹²⁸.

En août 2009, un système de « bons enfants » ou « bons roses » a été mis en place localement : le bureau des entrées de l'hôpital ou du dispensaire doit théoriquement délivrer un « bon enfant » aux enfants non affiliés pour permettre l'exemption de la provision. Ce système, censé faciliter l'accès aux soins des mineurs, fonctionne en réalité très mal : les bons sont attribués de manière totalement aléatoire. Officiellement, il maintient la distinction entre soins urgents (« affection grave et durable ») et soins courants, seuls les premiers permettant une exonération de la provision. Il ne permet pas non plus une prise en charge des soins délivrés par les professionnels du secteur libéral. Cela dissuade les personnes de faire soigner les enfants en dehors de situations extrêmes et expose donc indéniablement ceux-ci à des risques de santé.

Récemment, à la suite d'une procédure par Médecins du Monde, le tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) 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 et a condamné la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) à procéder à l'affiliation directe de l'enfant d'une mère en situation irrégulière, afin que son droit à la santé soit garanti¹²⁹. La CSSM a fait appel de la décision et multiplié les recours afin de retarder l'exécution de cette décision de justice. La décision de la chambre d'appel de Mamoudzou est attendue prochainement. C'est la première fois qu'un tribunal d'une part impose l'affiliation directe d'un mineur à une caisse de sécurité sociale, et d'autre part considère que le droit français dans le domaine de la santé est contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant. Cette décision pourrait être une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé.

Un centre de soins pédiatriques et des consultations mobiles

Afin d'améliorer l'accès à la santé des enfants en situation de précarité, Médecins du Monde a ouvert en décembre 2009, dans un quartier de Majicavo Koropa, commune de Koungou, un centre de santé destiné aux mineurs où se tiennent des consultations médicales et sociales. Depuis mars 2010, des cliniques mobiles hebdomadaires sont également organisées sur différents sites auprès des populations précaires.

En 2011, la clinique mobile s'est déplacée successivement sur 4 sites (Combani, Tsararano, Choungui et Tsoundzou), en alternance avec le site « témoin » de Vahibé (tous les quinze jours tout au long de l'année), qui combinent une forte densité de population, un habitat indigne largement répandu, un accès à l'eau difficile, l'absence de dispensaire dans le village. En outre, de fréquents contrôles de police y sont effectués.

Depuis l'ouverture de ce programme, 10 937 consultations médicales ont été réalisées auprès de 3 969 enfants âgés de 0 à 18 ans. En 2011, le programme a enregistré 5 244 consultations médicales pour 2 438 enfants reçus. Parmi eux, 1 336 étaient des nouveaux patients. Parmi ces derniers, 66 % ont été rencontrés au centre de santé de Majicavo Koropa et 34 % ont été vus lors des cliniques mobiles hebdomadaires.

En 2011, parmi les enfants rencontrés, 61 % ont moins de 6 ans, 30 % ont entre 6 et 12 ans et près de 9 % ont 13 ans et plus. 90 % des enfants reçus sont nés à Mayotte. Les enfants non nés à Mayotte sont arrivés en bas âge (76 % des enfants de plus de 13 ans non nés à Mayotte sont arrivés sur le territoire depuis plus de 7 ans, plus de la moitié depuis plus de 10 ans). Parmi les enfants accueillis dans le programme, 69,8 % ont leurs deux parents étrangers, 27 % ont au moins un parent français et seuls 3,2 % ont leurs deux parents français. Les parents étrangers sont presque exclusivement comoriens avec 91 % de mères comoriennes et 73 % de pères comoriens. Enfin, 84 % des mères étrangères et 72 % des pères étrangers n'ont pas de titre de séjour.

Au jour de la première consultation, 7,1 % des enfants accueillis ont au moins un parent actuellement expulsé. Enfin, 6 % des enfants reçus ne vivent avec aucun de leurs parents le jour de la première consultation. Il s'agit dans 60 % des cas de situations qui durent depuis moins de 6 mois et dans 32 % des cas, depuis plus de 12 mois.

Durant la période d'expulsion des parents, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique. Les personnes qui accueillent des enfants dans l'attente d'un retour

(125) L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus, si les taux de mortalité par sexe et âge du département étaient identiques à ceux de la métropole.

(126) Math A., *ibid.*

(127) Défenseure des enfants, « *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte* », annexe au rapport, 2008, 23 pages.

(128) Halde, Délibération n° 2010-87 du 1^{er} mars 2010. 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.

(129) Tass de Mamoudzou, jugement du 17 décembre 2010.

potentiel des parents assurent le quotidien mais reportent généralement, sauf urgence, le suivi médical de ces enfants. Ces chiffres sont probablement sous-estimés ; si la personne qui accueille l'enfant se déplace tout de même vers le centre de santé, il est probable qu'elle se présente comme le parent de l'enfant, de peur que ce dernier ne soit pas reçu par le médecin ou par crainte d'attirer l'attention sur la situation. La reprise du suivi médical se fait généralement au retour d'un des parents.

**« UNE MÈRE DE FAMILLE EXPULSÉE
RETROUVE À SON RETOUR,
3 MOIS PLUS TARD,
DES FILLETES TRÈS AMAIGRIES »**

“ Le 18 avril 2012, une maman vient consulter pour ses jumelles de 18 mois pour une infection banale. La mère se montre inquiète car ses enfants ont beaucoup maigri. Elle explique qu'elle a été expulsée pendant 3 mois et qu'elle est de retour à Mayotte depuis quelques jours. Ses filles sont restées à Mayotte et étaient gardées par une voisine. Au premier coup d'œil, la maman a vu qu'elles avaient maigri. Avant son expulsion, la mère les allaitait encore. Depuis la dernière consultation, qui remontait à environ 5 mois, les fillettes ont perdu 1,400 et 1,460 kg. Elles ne sont pas pour autant descendues sous le seuil de malnutrition car elles portaient d'un bon poids.”

Une couverture vaccinale en régression

Selon la première enquête de couverture vaccinale à Mayotte de l'InVS, datant de 2010¹³⁰, même si des retards à la vaccination étaient constatés, les taux de couverture vaccinale étaient globalement satisfaisants pour les enfants nés entre

2005 et 2008 (mis à part le ROR). En revanche, ils étaient insuffisants pour les enfants nés entre 1999 et 2003 (sauf pour l'hépatite B et le BCG) et très faibles pour les adolescents.

L'état des vaccinations des enfants nouvellement reçus au centre pédiatrique en 2011 n'atteint pas la couverture optimale de 95 % pour le contrôle, voire l'élimination de ces maladies. Si les données collectées en 2010 semblaient encourageantes, on constate en 2011 une détérioration des résultats avec une diminution de 1,7 à 6,9 points sur les pourcentages selon les vaccins. Le statut vaccinal, quel que soit le vaccin, est inconnu pour environ 6 % des enfants (tableau 53).

Les résultats en baisse constatés sont probablement à mettre en lien avec la crise qui a sévi dans les 21 centres de PMI de Mayotte entre août et septembre 2011. Durant plus d'un mois, les PMI ont cessé toute vaccination. La grève était liée au non-respect des normes d'hygiène et de sécurité dans les locaux des PMI ainsi qu'à un important manque de personnel et de moyens pour la mise en œuvre de leurs missions, entraînant au niveau du personnel des glissements de compétences¹³¹. Rappelons qu'à Mayotte, en raison de la grande précarité et d'une quasi-absence de médecine de ville accessible, les centres de PMI suivent 70 à 80 % des enfants contre environ 10 à 20 % en métropole¹³².

Les problèmes de santé repérés lors des consultations sont liés dans 74 % des cas à une infection. Les viroses respiratoires et ORL, très fréquentes chez les enfants, restent le premier motif de consultation (53 %). Les pathologies dermatologiques sont également nombreuses (36 %).

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. Pendant la saison des pluies, le taux d'humidité de l'air favorise plus encore les infections cutanées primaires telles que l'impétigo, les abcès, mais aussi les surinfections des autres pathologies dermatologiques présentes toute l'année : gale, dermatophytose, teigne.

Tableau 53 : État des vaccinations des enfants accueillis au centre pédiatrique de Mayotte, 2011

%	Vaccinés ¹	Non vaccinés	Retard vaccinal	Ne sait pas
ROR	69,0	19,5	5,5	6,1
DTP	66,0	10,4	18,1	5,5
Coqueluche	67,4	10,6	16,5	5,5
Hépatite B	87,6	1,9	4,2	6,3
BCG	80,8	12,5	0,0	6,7

¹ Sur la base du carnet de santé.

(130) Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010, ARS Océan Indien, InVS.

(131) Les 21 centres de PMI de Mayotte comptaient, en septembre 2011, 13 infirmiers et 4 puéricultrices, alors qu'avec 8 000 naissances annuelles ils devraient être 32. De plus, on comptait 4 médecins alors qu'il devrait y avoir un médecin par centre (source : Math A.).

(132) Math A., « Mayotte. La situation économique et sociale », Chronique internationales de l'Ires, 2012 : 134.

Les caractéristiques de l'habitat des quartiers précaires de Mayotte génèrent plaies (habitat en tôle, non-ramassage des déchets dans des ruelles étroites et glissantes...) et brûlures (cuisine à même le sol sur des réchauds à pétrole ou au feu de bois) chez les enfants avec des risques de surinfections liés aux conditions d'hygiène. Les problèmes d'ordre digestif ont concerné 18 % des consultations. Il s'agit essentiellement de diarrhées associées aux viroses ORL chez les enfants en bas âge et/ou de problèmes parasitaires. Un problème dentaire est repéré dans 4 % des consultations.

→ MALNUTRITION AIGUË INFANTILE À MAYOTTE : UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

Face à un nombre important d'enfants dépistés comme malnutris¹³³ lors des consultations de routine du centre pédiatrique de Koungou, Médecins du Monde a décidé, en 2011, de réaliser une enquête dans le but d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants vus en consultations. Du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 2011, 422 enfants ont ainsi été inclus dans l'enquête. Au total, 7,3 % des enfants consultants souffrent de malnutrition aiguë.

L'étude n'a pas permis de mettre en évidence des facteurs de risque socioéconomiques associés à la malnutrition aiguë. Toutefois, elle permet de constater que, parmi ces enfants issus de familles ayant des ressources financières faibles et précaires, l'accès aux services essentiels (tels que l'eau propre et l'électricité) reste rare (39,3 % n'avaient pas l'eau courante) et que certaines pratiques alimentaires propices à la détérioration du statut nutritionnel et de l'état de santé des enfants restent fortement ancrées dans les pratiques et habitudes.

Enfin, seule la moitié des enfants malnutris avaient un suivi en PMI et un quart bénéficiaient d'un traitement nutritionnel. Jusqu'à la fin de décembre 2009, les PMI avaient la possibilité de distribuer du lait enrichi et du Plumpy'nut¹³⁴. Cette distribution s'est arrêtée au début de 2010 et la prise en charge de la malnutrition sur l'île dans les PMI se limite désormais à un suivi du poids et à des conseils nutritionnels. Quelques organisations assurent des distributions ponctuelles ou des campagnes d'information pour une alimentation locale équilibrée. Actuellement, seuls les cas de malnutrition sévère associés à des complications médicales graves peuvent être pris en charge par l'hôpital de Mamoudzou. Pour ces enfants dépistés au niveau des centres de proximité Médecins du Monde, il n'existe donc pas de solution de prise en charge nutritionnelle adaptée.

À la suite de la parution des résultats de cette enquête et face au manque de solution, Médecins du Monde a décidé de mettre en place un traitement nutritionnel ambulatoire des enfants dépistés atteints de malnutrition sévère lors des consultations de routine du dispensaire et des actions mobiles.

Les difficultés d'accès aux droits et aux soins

Parmi les nouveaux enfants ayant consulté en 2011, 79 % ne sont pas affiliés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Les enfants ayant consulté au centre de santé de Majicavo Koropa sont davantage affiliés que ceux rencontrés en clinique mobile (respectivement 23 % et moins de 17 %). Parmi les enfants ayant consulté pour la première fois en 2011 et qui devraient être affiliés (c'est-à-dire dont au moins un des parents est français ou en situation régulière), moins de la moitié le sont effectivement.

Une étude réalisée en 2008 montre qu'au moins 40 000 personnes, dont 18 000 enfants, n'accèderaient pas à l'assurance maladie à Mayotte, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient des étrangers. Ainsi, 78 % des Français seraient affiliés contre 47 % des étrangers¹³⁵.

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 liés à l'éloignement des structures de santé (renvoyant aux difficultés et à une peur omniprésente de se déplacer), la méconnaissance des « bons roses », les difficultés financières, la barrière linguistique et les difficultés administratives.

Une difficulté et une peur permanente de se déplacer

En 2011, 79 % des accompagnants déclarent que le centre de santé ou l'hôpital est trop loin. Il s'agit du premier obstacle cité. Or une très large majorité des enfants ayant consulté au centre de santé de Majicavo Koropa vit dans ce village (84 %) ou dans les villages avoisinant. En cliniques mobiles, la totalité des enfants reçus sont issus des quartiers où se déroule l'action. Il peut paraître surprenant que cet obstacle soit si fréquemment cité, les distances entre les lieux de vie et les dispensaires ou l'hôpital étant généralement faibles. Mais on constate une importante difficulté à se déplacer, liée au coût des transports et à la peur.

Le coût des transports est cité comme un obstacle par 30 % des accompagnants ; rappelons qu'un aller-retour pour une personne en taxi collectif, principal moyen de transport, varie de 2,5 euros à 5 euros par personne, soit jusqu'à 10 euros pour 2 personnes.

La peur de se déplacer est citée comme obstacle dans 49 % des situations. La proportion atteint 62 % parmi les personnes rencontrées dans les cliniques mobiles.

(133) La malnutrition se définit par des apports inférieurs ou supérieurs aux besoins en nutriments et/ou micronutriments. La sous-nutrition engendre un changement des fonctions et de la composition corporelle, conséquence d'une augmentation de la morbi-mortalité. La malnutrition aiguë est qualifiée de modérée ou sévère en fonction du Z-score (définie comme la distance de la mesure à la moyenne en nombre d'écart-type) et est également dépistée par la mesure du périmètre brachial et des œdèmes bilatéraux.

(134) Il s'agit d'un aliment thérapeutique prêt à consommer à base d'arachide, à haute valeur énergétique et spécialement dédié à la réhabilitation nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

(135) Guyot D., « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte », rapport final, 2009, 10 pages.

L'intensification de la lutte contre l'immigration clandestine associée au risque d'accidents ou de décès lors d'un retour illégal par *kwasa kwasa*¹³⁶ engendrent un sentiment de peur et de stress permanent. 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.

En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des cliniques mobiles, Médecins du Monde a ainsi privilégié la proximité pour éliminer l'obstacle de la distance à parcourir.

« UNE MAMAN N'OSE PLUS POURSUIVRE LA KINÉSITHÉRAPIE RESPIRATOIRE PRÉVUE POUR SA FILLETTE PAR PEUR DE SE FAIRE ARRÊTER SUR LE TRAJET »

“ Le lundi 9 janvier 2012, une mère emmène sa petite fille au centre de Médecins du Monde. Après consultation par le médecin, l'enfant est référée aux urgences. La mère s'y rend. Un traitement de kinésithérapie respiratoire est prescrit, nécessitant de se rendre tous les jours à l'hôpital.

Le 11 janvier 2012, sur le trajet vers l'hôpital, le père de cette petite fille se fait arrêter par la police aux frontières. Il appelle alors un ami afin que quelqu'un vienne chercher l'enfant, et il est emmené au centre de rétention administrative. La mère est alors venue raconter l'événement, signalant qu'elle n'ose plus poursuivre la kinésithérapie et qu'elle n'a pas pu retirer les médicaments à l'hôpital.” [Centre pédiatrique de Mayotte]

« UNE PETITE FILLE DE 8 ANS SE REND SEULE AU CENTRE PÉDIATRIQUE CAR SA MÈRE EST PARTIE SE CACHER À LA CAMPAGNE DE PEUR D'ÊTRE INTERPELLÉE »

“ Lors d'une clinique mobile à Vahibé en avril, une petite fille de 8 ans se présente seule, en pleurs, en disant qu'elle est malade. L'équipe demande où sont ses parents. La fillette répond que sa maman est partie se cacher à la campagne et lui a dit d'aller voir le médecin. Aucune des mères présentes dans la salle d'attente ne la connaît. Elle continue de pleurer et explique qu'elle a très mal à l'oreille. Devant son désarroi et les efforts faits pour se présenter à la consultation, le médecin accepte de voir l'enfant sous réserve qu'elle soit accompagnée d'un adulte la connaissant et connaissant la maman afin de lui

transmettre les informations de la consultation. Cette petite fille doit se gérer et se soigner seule parce que la mère se cache de peur d'être arrêtée.” [Centre pédiatrique de Mayotte]

Les « bons roses » : un bricolage qui ne permet pas l'accès aux soins gratuits des enfants

Comme évoqué, le système des « bons roses » a été mis en place en 2009 par le centre hospitalier de Mayotte¹³⁷ pour faciliter un accès aux soins des mineurs. Un bon de circulation doit être remis aux enfants non affiliés par l'agent d'accueil au bureau des entrées de la structure de soins, permettant de consulter un médecin, qui complète le bon selon qu'il s'agit de soins urgents ou courants. Cette disposition est censée permettre l'exemption de la provision pour les enfants non affiliés dont les parents ne peuvent payer.

Il s'agit en fait d'un système bricolé et peu clair, qui laisse une large marge d'interprétation aux différents acteurs, conduisant à l'arbitraire. En définitive, ces « bons enfants » semblent délivrés de manière totalement aléatoire et sont peu connus de la population, comme en témoigne la part importante des parents (71 %) déclarant ne pas connaître ce dispositif lorsqu'ils se rendent pour la première fois au centre pédiatrique ou à la clinique mobile. Dans le cadre des consultations au centre pédiatrique, les équipes de Médecins du Monde, dès l'accueil, informent les patients sur l'existence des ces bons et les possibilités d'y recourir au niveau des dispensaires et de l'hôpital dans l'objectif de les orienter au maximum vers les structures de soins existantes.

En l'absence d'information, les familles, persuadées d'avoir à payer pour la consultation et les soins de leur enfant, tendent à renoncer ou repousser les soins. Préalablement à la délivrance du « bon enfant », on relève également une pression de la part de l'agent d'accueil du centre hospitalier ou du dispensaire pour tenter d'obtenir le paiement de la provision. Cette pression génère souvent par la suite un arrêt des soins, par crainte d'avoir à payer et honte de ne pouvoir le faire.

Les difficultés financières pour la consultation ou le traitement sont citées dans 51 % des cas, et 69 % des cas lorsque les deux parents sont étrangers en situation irrégulière. Rappelons que la population de Mayotte est caractérisée par une grande pauvreté : 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois, 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.

(136) Le *kwasa kwasa* est le nom comorien de petits canots de pêche rapides à fond plat souvent utilisés par les passeurs pour l'immigration clandestine à Mayotte.

(137) Note d'information, « Accès aux soins des mineurs non affiliés », centre hospitalier de Mayotte, Mamoundzou, 28 juillet 2009.

Les difficultés administratives sont évoquées dans 29 % des situations

Le système administratif français est complexe et souvent difficile à comprendre, notamment en l'absence de culture administrative. De plus, il s'agit à Mayotte d'un système en transition, qui présente donc des caractéristiques et des freins particuliers. La réforme de l'état civil, relativement récente, n'est pas finalisée pour l'ensemble des personnes nées à Mayotte. Les personnes ne sont donc pas toujours en mesure de fournir un acte de naissance¹³⁸, nécessaire pour s'inscrire à la Sécurité sociale ou pour les demandes de titre de séjour. Certains agents d'accueil de la CSSM continuent d'exiger, pour le dépôt d'un dossier, des documents administratifs non obligatoires tels que les relevés d'identité bancaire, véritable obstacle pour les publics ne disposant pas de compte bancaire, ou encore le dépôt de dossier est refusé lorsque les personnes sont titulaires d'un récépissé de la préfecture alors que l'obtention d'un récépissé représente bien la preuve d'une présence régulière sur le territoire.

De plus, à Mayotte, les droits à la sécurité sociale sont ouverts pour la durée de validité du titre présenté. Ce qui a des conséquences importantes étant donné le nombre important de récépissés de trois mois accordés ainsi que les longs délais de traitement des dossiers. Il leur faut donc renouveler leur demande de couverture à chaque fois, ce qui implique souvent des interruptions de couverture entre les renouvellements.

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 vit à La Réunion ou en métropole... Non affiliés, ces enfants français consultent au centre pédiatrique. Pourtant, le parent ayant la charge de l'enfant serait régularisable au titre de parent d'enfant français. On maintient ainsi dans la clandestinité des personnes qui ne devraient pas y être.

Plus d'une personne sur deux confrontée à des problèmes liés à la barrière linguistique

Cet obstacle est cité dans 58 % des situations, plus fréquemment lorsque les parents sont étrangers, mais elle apparaît toutefois dans 25 % des cas lorsque la mère est française et dans 47 % lorsque le père est français.

Le français est 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 population¹³⁹, les autres parlant le shibushi¹⁴⁰.

La traduction apparaît 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-soignant(e)s assurent la traduction en fonction de leur disponibilité sans forcément être formé(e)s à cela. Des incompréhensions peuvent avoir lieu et avoir des conséquences sur le suivi médical. De plus, les patients craignent un manque de confidentialité du fait de la présence d'une tierce personne qui habite parfois le même village ou qui connaît des personnes en commun.

Des obstacles qui entraînent un retard de soins ou un renoncement fréquent

Ces obstacles ont pour conséquence de réduire l'accès aux soins des personnes résidant sur l'île en situation de grande précarité et/ou en situation irrégulière. Ainsi, en 2011, plus d'un tiers des enfants accueillis au centre pédiatrique et 46 % de ceux vus en consultations mobiles auraient renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. 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, conduit à ne même plus tenter de se déplacer pour voir un médecin.

Enfin, pour 12,8 % des consultations médicales, le médecin a estimé qu'au moins un des problèmes de santé diagnostiqués aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt. Le retard aux soins est plus fréquent chez les enfants vus en cliniques mobiles (22,2 %) que chez ceux vus au centre pédiatrique (10,4 %).

(138) Au moment de la mise en place de la Sécurité sociale, une pratique du centre hospitalier de Mayotte avait consisté à ne pas déclarer la naissance des enfants dont les parents n'avaient pas payé le forfait accouchement... Si cette pratique a cessé, certains enfants restent encore sans acte de naissance.

(139) Dialecte dérivé du Swahili.

(140) Proche des langues parlées à Madagascar.

→ DES ENFANTS MALADES SÉPARÉS DE LEURS PARENTS

La régularisation pour raison médicale est particulièrement problématique à Mayotte, en particulier la régularisation en tant que parent ou accompagnant d'enfant malade. Les dossiers de demande de ce titre de séjour peuvent traîner pendant une dizaine de mois en moyenne, au terme desquels la préfecture multiplie la délivrance de récépissés de 3 mois et l'exigence, à chaque fois, de certificats médicaux provoquant ainsi une certaine lassitude des médecins.

Or, sans régularisation de la situation administrative des parents, 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 ainsi fréquentes.

“ D. est une enfant de 11 ans souffrant d'une pathologie cardiaque sévère. Le 19 mai 2011, le père de D., seul représentant légal de la jeune fille sur le territoire, est interpellé. Apprenant cette arrestation, l'intervenant social de Médecins du Monde, qui a conseillé le père de D. dans ses démarches de régularisation en tant qu'accompagnant d'enfant malade, se rend à la préfecture pour exposer la situation au service « éloignement ». Il contacte le pédiatre, qui suit l'enfant, pour qu'il faxe un nouveau certificat médical. Malgré cette intervention, le père de D. a été expulsé dès le lendemain, faisant de l'enfant malade une mineure isolée.” [Centre pédiatrique de Mayotte]

Par ailleurs, les évacuations sanitaires vers La Réunion ou la métropole se font souvent sans accompagnement, même pour des mineurs gravement malades, faute de la délivrance de titre de séjour pour les accompagnants.

“ A., née à Mayotte en 2008, est hospitalisée en région parisienne depuis décembre 2009. Dès cette date, les parents de l'enfant résidant à Mayotte ont sollicité un titre de séjour pour leur permettre de rendre visite à leur fille. Durant

presque 2 ans, la situation n'a pas bougé malgré les différents certificats médicaux et sociaux en provenance de la structure d'accueil en métropole spécifiant que la présence, même temporaire, des parents serait dans l'intérêt thérapeutique de l'enfant. De multiples convocations ont été délivrées à la mère, sans avancée d'une fois sur l'autre... Sans prendre en considération l'importance des liens familiaux dans le développement de l'enfant malade, il a été dit à plusieurs reprises à la mère que la prise en charge médicale en métropole était suffisante et que la demande d'un titre de séjour ne relevait pas d'un motif médical. L'équipe de Médecins du Monde a longuement expliqué la situation aux autorités pour tenter de convaincre de l'intérêt médical pour une enfant de 3 ans de voir sa mère mais aussi pour souligner la nécessaire humanité dans le traitement d'une telle situation. Début août 2011, le médecin inspecteur de santé publique a finalement accepté de délivrer un avis favorable. Au terme de plusieurs mois de bataille et du soutien intensif de Médecins du Monde et des parents, la mère finit par obtenir en septembre 2011 un récépissé de 3 mois accompagné d'un visa pour se rendre en métropole. Le centre de rééducation en métropole a pu mettre à disposition une chambre mère-enfant. Au terme du visa de 3 mois, aucune garantie n'a été donnée à la mère qu'elle pourrait ensuite revoir son enfant. Puis, dans la perspective d'une intervention chirurgicale en juin 2012, et du fait de la mobilisation une nouvelle fois de l'équipe de Médecins du Monde et de l'intervention de la Défenseure des enfants, la mère de l'enfant hospitalisée a pu obtenir un visa long séjour afin de rendre visite à son enfant et venir déposer en métropole une demande de titre de séjour d'accompagnant d'enfant malade. Lors de son séjour, seul un de ses deux autres enfants a pu l'accompagner. Quant au père, il n'est pour l'instant pas question de lui délivrer un titre de séjour.” [Centre pédiatrique de Mayotte]



© Bénédicte Salzes



© Christina Modolo



© Christina Modolo



© Sarah Alcalay



© Sarah Alcalay



© Virginie de Galzain

FOCUS

POPULATIONS

- Les mineurs
- Les femmes
- Les personnes sans domicile
- Les français
- Les ressortissants de l'Union européenne (hors France)
- Les demandeurs d'asile
- Les personnes en situation irrégulière

1. Les mineurs

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2011, 12,2 % des patients reçus aux Caso sont mineurs ; leur nombre est en constante augmentation depuis 2007.
- Plus de 1 mineur sur 2 est âgé de moins de 7 ans. Parmi eux, moins d'un tiers sont suivis par les services de la Protection maternelle et infantile.
- Plus de 9 mineurs sur 10 sont étrangers, originaires principalement de Roumanie, de Bulgarie et d'ex-Yougoslavie.
- Près de 12 % des mineurs vivent à la rue, 23 % sont hébergés par une association, 43 % vivent en logement précaire. Seul le quart d'entre eux vivent dans un logement stable.
- Selon les vaccins, 54 à 71% des mineurs sont à jour de leurs vaccinations.
- Près de 90 % des mineurs n'ont aucun droit ouvert à la couverture maladie lorsqu'ils sont reçus la première fois aux Caso.

Au cours de l'année 2011, 12,2 % des patients reçus dans les Caso sont mineurs (soit 2 831 patients). L'augmentation de la part et du nombre des mineurs se présentant dans les Caso, amorcée en 2007, se confirme. Ainsi, cet effectif a connu une augmentation relative de 48 % entre 2008 et 2011 (tableau 54).

Plus de la moitié des mineurs (56 %) reçus en 2011 sont âgés de moins de 7 ans (ils étaient 51 % en 2010), 23 % ont entre 7 et 12 ans, 21 % sont âgés de 13 à 17 ans, sans variations notables entre les étranger et les Français.

Comme parmi le reste des patients accueillis dans les Caso, 93 % des mineurs sont de nationalité étrangère, avec cependant des pays d'origine qui se démarquent de ceux des adultes. En particulier, les jeunes patients sont plus fréquemment originaires d'un pays de l'Union européenne (39 % vs 18 % des adultes). Cela est lié à la présence importante de Roumains et de Bulgares, qui regroupent 36 % des mineurs (tableau 55). Notons également l'émergence de nationalités plus représentées qu'en 2010 parmi les mineurs : la Somalie, la Tunisie, la Géorgie et le Guyana.

Tableau 54 : Évolution du nombre et de la proportion de mineurs reçus dans les Caso de 2000 à 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
%	10,5	10,0	9,2	9,2	9,8	9,6	8,1	9,5	9,8	11,9	11,6	12,2
Effectif	1 813	2 423	2 025	1 721	1 974	2 101	1 756	1 772	1 912	2 471	2 465	2 831

Tableau 55 : Répartition des mineurs accueillis dans les Caso par nationalité, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	28,4	Maroc	2,3
Ex-Yougoslavie	8,3	Somalie	1,6
Bulgarie	7,6	Congo-Brazzaville	1,5
France	6,8	Tunisie	1,4
Algérie	5,7	Géorgie	1,4
Russie-Tchéchénie	2,8	Guyana	1,4
Arménie	2,3	Autres	28,5

La plus grande partie des mineurs d'origine étrangère résident en France depuis peu de temps (83 % depuis moins de 1 an, 53 % depuis moins de 3 mois).

La plupart des mineurs accueillis aux Caso en 2011 sont accompagnés de leurs parents, plus rarement d'un autre membre de la famille ou d'une autre personne. Près de 3 % cependant (soit 64 jeunes) se déclarent seuls lorsqu'ils sont reçus la première fois aux Caso. Ces mineurs isolés sont pour la plupart d'entre eux des garçons (83 %), âgés de 14 ans et plus (97 %) et le plus souvent originaires d'Afrique subsaharienne (80 %).

Rappelons que, malgré l'absence de statistiques précises, on estime le nombre de mineurs isolés à environ 100 000 en Europe et à 6 000 sur le territoire français¹⁴¹. En 2011, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) a enregistré 595 premières demandes d'asile de mineurs isolés¹⁴².

« IL VIENT DE LA PROVINCE DE NANGARHAR AU NORD DE L'AFGHANISTAN. SES PARENTS L'ONT ENVOYÉ EN EUROPE POUR QU'IL ÉCHAPPE AU CONFLIT ET PUISSE FAIRE DES ÉTUDES »

“ Nous rencontrons E. à plusieurs reprises en mai 2011 sur le camp de Tétéghem. Il ne connaît pas son âge (« Tu sais, les anniversaires en Afghanistan ce n'est pas très important »), il sait juste qu'il a approximativement 15 ou 16 ans. Le papier que lui a remis la PAF indique 15 ans. Il parle calmement, d'un ton assez bas où transpire la fatigue de la vie dans la « jungle ». Il a quatre ou cinq frères, autant de sœurs, tous en Afghanistan, sauf un de ses frères, qui est en Angleterre mais n'a pas de papiers. Il vient de la province de Nangarhar au nord-est du pays. Ses parents l'ont envoyé en Europe pour qu'il échappe au conflit et puisse faire des études. Il veut d'ailleurs devenir médecin.”
[Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

Le jeune âge et l'isolement de ces mineurs les placent dans une situation de grande vulnérabilité. À ce titre, ils sont considérés comme des enfants en danger et se voient appliquer les normes françaises et internationales de protection de l'enfance.

Extrait de la Convention internationale des droits de l'enfant

Article 2

[...]

2. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

[...]

Article 24

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour :

- Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
- Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
- Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
- Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
- Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

[...]

Article 26

1. Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

[...]

(141) Ired, France terre d'asile, CIR, « L'accueil et la prise en charge des mineurs non accompagnés dans 8 pays de l'Union européenne », 2010, 166 pages.

(142) Ofpra, Rapport d'activité 2011, 2012, 105 pages.

Les mineurs : victimes collatérales du mal-logement

Les conditions de logement que connaissent les mineurs ne sont guère meilleures que celles des autres consultants des Caso et semblent se dégrader encore par rapport à 2010 (tableau 56) : un peu plus de 2 sur 10 seulement vivent dans un logement stable, 42,6 % sont dans un logement précaire (le plus souvent dans un campement ou dans un squat), 23,3 % sont hébergés par un organisme ou une association et 11,5 % ont déclaré être sans domicile (en augmentation par rapport à 2010, où 9 % des mineurs vivaient à la rue). Il est reconnu que les situations de mal-logement peuvent avoir des conséquences sur la santé et nuire au développement et à l'épanouissement des enfants, qu'il s'agisse de situations d'habitat indigne ou de surpeuplement aggravé. Les effets les plus connus sur l'enfant sont ceux relatifs à l'état du logement : le saturnisme, lié à la présence de plomb, les pathologies respiratoires et les infections dermatologiques dues aux problèmes de ventilation et de chauffage ou encore les accidents domestiques provoqués par la vétusté des installations électriques. D'après l'InVS¹⁴³, la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans en France a fortement diminué (de 2,1 % en 1995/1996 à 0,11 % en 2008/2009). Toutefois, cette baisse générale de l'exposition au plomb n'empêche pas la persistance de poches d'exposition plus élevée, en particulier dans les populations précaires et mal logées. Par ailleurs, la suroccupation des logements est un phénomène

très répandu chez les populations précaires. Le bruit et la promiscuité affectent la vie des enfants et peuvent perturber la qualité de leur sommeil et avoir un impact sur leur état de fatigue et les pathologies associées (maux de tête, nervosité, troubles de l'appétit...).

Selon la Fondation Abbé-Pierre, ce sont plus de 600 000 enfants aujourd'hui qui seraient confrontés à des situations de mal-logement en France¹⁴⁴.

Un accès aux droits censé ne souffrir aucune restriction... et pourtant encore rare dans les faits

D'après la loi, les mineurs ne peuvent pas être considérés comme étant en situation irrégulière. Il n'existe aucune règle, en droit français, permettant de qualifier d'irrégulier le séjour en France d'un jeune étranger mineur. Ils n'ont pas besoin de détenir de titre de séjour.

Les mineurs isolés ne peuvent donc faire l'objet d'aucune mesure d'éloignement du territoire. Par conséquent, ils ne peuvent être privés de liberté en vue de leur éloignement, contrairement aux adultes. Dans la réalité, l'administration remet fréquemment en cause la minorité des ressortissants étrangers et a recours à un test osseux¹⁴⁵ censé déterminer l'âge de l'individu dont la validité est largement remise en cause par l'Académie nationale de médecine sur le plan médical et éthique¹⁴⁶. Ces tests osseux sont des radiographies

Tableau 56 : Conditions de logement et situation familiale des mineurs reçus dans les Caso, 2011

	%	n
Logement		
Stable	22,6	516
Précaire	42,6	971
Hébergés (association ou organisme) au moins 15 jours	23,3	531
Sans domicile fixe ou hébergement d'urgence au jour le jour	11,5	263
Situation familiale. Vivent avec...		
Leurs parents (père et/ou mère)	92,1	2 024
Autre membre de la famille	3,5	76
Autre(s) personne(s)	1,6	34
Sont isolés	2,9	64

(143) InVS, « Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009 », BEH Web, 2010 : 2.

(144) Fondation Abbé-Pierre, « L'état du mal-logement en France. 17^e rapport annuel », 2012, 226 pages.

(145) Examen radiographique du poignet ou de la hanche.

(146) Académie nationale de médecine, « La fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge de des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2007 :°1, 139-42.

effectuées sans indication médicale, uniquement pour répondre à des objectifs de contrôle de l'immigration, et vont donc à l'encontre de l'éthique médicale.

« Alors que les mineurs, y compris étrangers, devraient se voir accorder le bénéfice du doute, nombre d'entre eux subissent chaque année un enfermement, illégal et abusif [...]. »¹⁴⁷

« ON M'A VOLÉ MA DATE DE NAISSANCE »

“ A. est kurde iranien. Nous le rencontrons à l'occasion d'une visite sur le terrain. Il vient vers nous inquiet, un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF) à la main. Il souhaite savoir le délai qui lui reste avant de devoir quitter le territoire français. L'APRF date du vendredi 10 juin et le délai expire dans 2 jours. Nous entamons alors la discussion sur la délivrance de l'APRF. Il affirme qu'il est né le 21 septembre 1994 et qu'il a donc 17 ans. Cependant, quand il a été arrêté par la police aux frontières (PAF) de Dunkerque et conduit au centre de rétention administratif (CRA) de Coquelles, où il est resté 24 heures, le policier qui l'a entendu a refusé d'admettre qu'il était mineur et a donc inscrit d'office « 01/01/1993 » pour date de naissance. A. nous dit que, ce qui le dérange le plus, ce n'est pas que le policier le croie majeur, mais qu'il lui ait « volé » sa date de naissance.” [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

En revanche, un mineur peut être éloigné si ses parents font l'objet d'une mesure d'éloignement et que l'administration considère qu'il n'y a aucune autre personne susceptible de le prendre en charge. Ainsi, des mineurs sont régulièrement expulsés du territoire français, à Calais et Mayotte notamment, mais aussi sur l'ensemble du territoire en ce qui concerne les familles roms, citoyens communautaires.

« LE JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION A ORDONNÉ QUE JE PARTE CAR JE N'AVAIS PAS À ÊTRE ENFERMÉ »

“ Je suis arrivé en France en avril 2011 accompagné de deux personnes. Après avoir passé une première nuit à l'aéroport, nous sommes allés à Grenoble. À la gare, ils m'ont dit d'attendre, qu'ils allaient chercher à manger. Je ne les ai plus revus. J'ai dormi deux nuits à la rue. Ensuite, j'ai demandé à quelqu'un de l'aide pour pouvoir manger, on m'a dit d'appeler le 115, qui m'a passé quelqu'un de l'Adate. L'Adate m'a placé

dans une famille d'accueil pendant deux nuits, puis je suis allé à l'hôtel pendant 2 mois, et enfin, début juin, j'ai été placé au foyer Catalpa.

Trois jours après mon arrivée au foyer, j'ai fait les tests osseux avec trois autres personnes, le médecin qui m'a reçu ne m'a rien expliqué. Les résultats du test osseux ont dit que j'étais majeur. Début août, on m'a dit que je devais aller à l'hôtel de police et que je ne pouvais rester au foyer.

J'ai été emmené à l'hôpital pour être examiné afin de savoir si mon état de santé était compatible avec une garde à vue. Ensuite, j'ai rencontré une avocate.

Le brigadier a dit à mon avocate qu'ils allaient me mettre en centre de rétention administrative (CRA).

Le soir même, j'ai été conduit par trois policiers au CRA de Nîmes avec une obligation de quitter le territoire français (OQTF) et l'interdiction de venir à nouveau dans l'espace Schengen pendant 3 ans.

La Cimade, présente au CRA de Nîmes, a été active : le juge des libertés et de la détention a ordonné que je sorte car je n'avais pas à être enfermé.

J'ai pu retourner à l'hôtel quelques jours car la mainlevée de placement provisoire n'était toujours pas notifiée. J'étais toujours sous la responsabilité de l'aide sociale à l'enfance (ASE), donc du foyer.

Un matin, une personne est venue avec la mainlevée en me disant que je devais partir le soir même.

Je me suis encore retrouvé seul et à la rue.” [Caso de Grenoble]

Concernant l'accès aux soins des mineurs, une circulaire du ministère de la Santé pose le principe selon lequel tout mineur peut bénéficier d'une couverture médicale immédiate, sans condition de durée de présence¹⁴⁸. Ainsi, les mineurs à charge de parents en situation irrégulière sont éligibles à l'AME dès leur arrivée sur le territoire, sans délai. De même, les mineurs étrangers isolés ont droit à l'AME en leur nom propre et sans intervention d'un représentant légal, à moins qu'ils relèvent de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), auxquels cas ils peuvent bénéficier de la CMU.

Dans les faits, seuls 11 % des mineurs disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois dans les Caso, proportion plus faible encore que celle des autres patients (16 %). Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les mineurs ou leurs accompagnants sont identiques à ceux des autres patients et concernent en premier lieu les difficultés administratives (citées dans 36 % des cas), la méconnaissance

(147) La Cimade, La Crazette, Journal sur le centre de rétention du Mesnil-Amelot, 2012, 4.

(148) Avant, la circulaire de 2005 sur les soins urgents s'appliquait pour les mineurs, car elle stipulait que tous les soins et traitements délivrés aux mineurs étaient considérés urgents. Depuis la circulaire de 2011 décrétant que les mineurs doivent avoir accès à l'AME immédiate, la circulaire sur les soins urgents n'a plus lieu d'être appliquée aux mineurs.

du dispositif d'accès aux droits et aux soins (26 %) ou encore la barrière linguistique (22 %). Signalons également que 36 % des familles en situation irrégulière avec mineurs indiquent limiter parfois ou très souvent leurs déplacements par peur d'être arrêtés (ils étaient 29 % en 2010).

Enfin, moins d'un tiers des enfants de moins de 7 ans sont suivis par les services de la protection maternelle et infantile (PMI). Cette proportion s'améliore légèrement lorsque la durée du séjour en France augmente, avec près de la moitié des jeunes suivis en PMI au-delà d'une année passée en France.

EXPULSÉE DES SQUATS DE BRETAGNE, CETTE JEUNE MAMAN NOUS PRÉSENTE I., 9 MOIS :

“ Regarde, il a de la fièvre et il tousse depuis 2 semaines. Il est malade, mais je ne sais pas où aller... là-bas je connaissais la PMI, mais ici ce n'est pas facile...” [Paris]

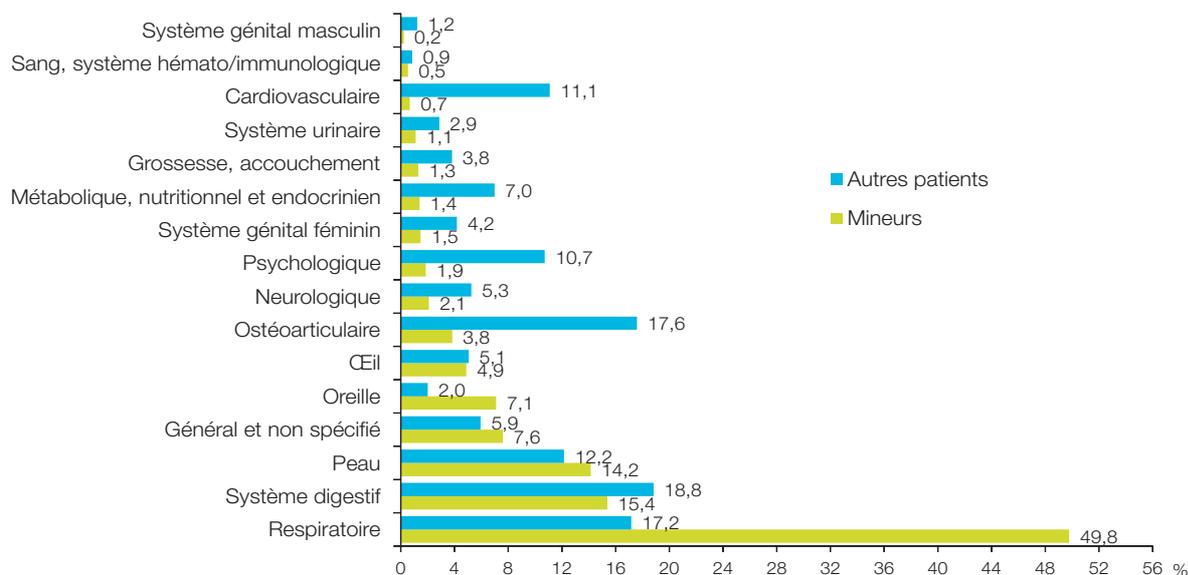
Les mineurs se retrouvent ainsi souvent dans l'impasse en termes d'accès aux soins. Les Pass pédiatriques sont trop rares sur l'ensemble du territoire et certains mineurs se voient refuser une prise en charge au titre des soins urgents par les hôpitaux, estimant que ces derniers ne relèvent pas de ce dispositif.

Des problèmes de santé dominés par les affections respiratoires

En 2011, 2 964 mineurs¹⁴⁹ ont bénéficié de 5 039 consultations médicales, soit 1,7 consultation par personne (vs 1,9 parmi les adultes). L'analyse des résultats de consultation par appareil (*figure 14*) souligne la très forte prédominance des affections respiratoires (50 % des résultats de consultation), loin devant les problèmes digestifs ou dermatologiques. Les pathologies dont souffrent les mineurs sont plus souvent aiguës. Notons cependant que 14 % environ des mineurs nécessitent un suivi de longue durée, pour des affections telles que l'asthme, l'épilepsie, des cardiopathies ou des problèmes dermatologiques (*tableau 57*).

Enfin, 3,4 % (soit 36 personnes) des mineures accueillies aux Caso sont enceintes. Elles sont âgées en moyenne de 16 ans. Un chapitre spécifique est consacré aux femmes enceintes accueillies dans les Caso (page 127). Par ailleurs, les questions relatives à la couverture vaccinale des mineurs sont abordées à la page 52.

Figure 14 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients selon l'âge, 2011



(149) Le nombre de mineurs ayant bénéficié d'une consultation médicale est supérieur au nombre de mineurs présenté dans le tableau 54 (2 831 mineurs). Cette différence est due au fait que certains dossiers sociaux n'ont pas été créés ou réactualisés quand la personne s'est présentée au Caso.

Tableau 57 : Principaux problèmes de santé repérés chez les patients reçus dans les Caso selon l'âge, 2011

(% en colonne)	Mineurs	Adultes	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	36,7	10,9	***
Infections respiratoires inférieures	10,8	4,6	***
Symptômes et plaintes du système digestif	9,1	10,0	ns
Infections de l'oreille	7,8	1,5	***
Toux	7,3	2,5	***
Affections dents-gencives	5,3	5,9	ns
Parasitoses / Candidoses	5,3	4,3	*
Diagnostiques non classés ailleurs	4,5	4,0	ns
Autres pathologies cutanées	4,4	4,0	ns
Infections gastro-intestinales	3,7	1,1	***
Besoins prévisibles de prise en charge¹			
< 6 mois	80,5	47,7	***
≥ 6 mois	14,2	48,2	***

¹ Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.

« **SON FRÈRE, QUI EST EN ANGLETERRE, LUI A DIT DE NE PAS SE FAIRE OPÉRER CAR SUITE À L'OPÉRATION IL NE POURRA PAS COURIR, CE QUI COMPROMETTRAIT SON PASSAGE EN ANGLETERRE** »

“ M. est un jeune Afghan de 14 ans, accompagné de son petit frère de 8 ans. Ils souhaitent rejoindre leur frère aîné en Angleterre. M. porte un pansement à la main gauche. Son doigt a été sectionné lors d'un saut dans un camion pour tenter un passage en Angleterre. Il lui manque les deux dernières phalanges de l'annulaire gauche. Hospitalisé en urgence à l'hôpital de Calais, il aurait été opéré puis placé en famille d'accueil, d'où il a fugué. Nous le rencontrons pour la première fois sur le campement de Grande-Synthe le jeudi 3 mars 2011. Il vient d'arriver et il nous explique que son pansement doit être changé tous les 2 ou 3 jours. L'infirmière ne parvient pas à changer le pansement sur son doigt car M. a trop mal. Finalement, il est accompagné à la Pass avec A. (un autre Afghan qui parle parfaitement anglais et qui pourra faire

l'interprète) afin que le pansement soit refait, si besoin sous anesthésie, et qu'un contrôle de la plaie soit effectué par un médecin. L'infirmière de la Pass demande que le jeune revienne pour une consultation avec un chirurgien en expliquant que son pansement ne sera changé qu'à ce moment-là. Il faut alors argumenter en présentant les conditions de vie de M. pour obtenir que le pansement soit changé immédiatement. Finalement, M. est reçu en consultation par un interne en chirurgie. Celui-ci lui donne un rendez-vous avec un chirurgien pour un examen de la plaie deux jours plus tard. L'examen révélera qu'une greffe de peau, prélevée sur la cuisse, est nécessaire pour recouvrir le moignon, qui ne pourra pas cicatriser sans cela. A. traduit pour M. et lui explique les risques encourus s'il ne se fait pas opérer (infection voire septicémie si l'infection n'est pas traitée à temps). Après un certain temps, le jeune nous dit qu'il accepte l'opération. Celle-ci est programmée pour le mercredi 9 mars. L'admission est fixée à 15h30 le mardi précédent l'opération.

Le mardi 8 mars 2011, nous nous rendons au campement et cherchons M. afin qu'il soit accompagné à l'hôpital pour son hospitalisation. Nous le trouvons endormi. Il refuse de se lever pour aller à l'hôpital : il a discuté avec son frère qui est en Angleterre, celui-ci lui a dit de ne pas se faire opérer car suite à la greffe il ne pourra pas courir, ce qui compromettrait son passage en Angleterre. Personne ne parvient à le faire changer d'avis. A. propose d'appeler le père de M., qui est en Afghanistan, mais c'est le petit frère qui a le téléphone portable avec le numéro de téléphone, or il a été arrêté le matin même par la police et placé en famille d'accueil. Il faut donc annuler l'opération.

Le mardi 15 mars 2011, nous le rencontrons de nouveau sur le campement lors d'une intervention de la clinique mobile. Au départ, il refuse de venir dans l'ambulance et il faut insister fermement pour qu'il suive l'infirmière. L'équipe médicale constate tout de suite un début d'infection et nettoie la plaie. La médecin lui prescrit des antibiotiques pour stopper l'infection débutante. Elle lui explique aussi les enjeux du traitement. Il est aussi convenu que le pansement sera changé toutes les 48 heures par une infirmière bénévole. Au total, la consultation aura duré 45 minutes.

Le 17 mars, M. n'est pas présent au rendez-vous pour changer le pansement, pas plus que le 19 mars. Le mardi 22 mars, M. rentre sur le camp à la fin de l'intervention de la clinique mobile. Une fois de plus, il refuse que sa main soit examinée et prétend que son pansement a été changé le jour même, ce qui est manifestement faux vu l'état du bandage. Finalement, il monte dans l'ambulance. Après avoir défait le pansement, médecin et infirmière constatent une infection avancée, purulente, avec un début de perte de substance. En d'autres termes, il est impératif que M. aille à l'hôpital. Par chance, la médecin bénévole travaille à l'hôpital. Elle le conduit elle-même au centre hospitalier de Dunkerque et parvient à le faire admettre dans son service, court-circuitant ainsi les procédures administratives souvent longues. Cependant, M. est toujours aussi réticent à se faire soigner et exige de parler d'abord à son frère en Angleterre. Ils discutent pendant près d'une demi-heure au téléphone. Enfin, un compromis est trouvé entre les deux frères et le médecin, M.

acceptera les soins mais ne passera pas la nuit à l'hôpital (une tentative de passage vers l'Angleterre est prévue et il ne peut pas la manquer), il devra revenir le lendemain. M. est ensuite conduit au bloc opératoire, où sa main est nettoyée chirurgicalement. On lui administre des antibiotiques par voie intraveineuse pour lutter contre l'infection. Il sort le soir même comme convenu.

Le mercredi 23 mars, un accompagnant de Médecins du Monde passe le chercher sur le campement pour l'accompagner à l'hôpital. Une chambre a été préparée pour M. et une infirmière l'y conduit. M. est plutôt réticent à rester dans cette chambre mais il accepte d'y rester et les deux accompagnants repartent. Cependant, le soir, vers 17 h 30, une personne du service appelle pour prévenir que M. a fugué. Le 29 mars l'équipe apprend par un autre Afghan que M. serait dans un hôpital anglais où il ferait soigner sa main." [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

2. Les femmes

LES POINTS ESSENTIELS

- > En 2011, 40 % des consultants sont des femmes.
- > Plus de 94 % des patientes sont étrangères, principalement d'Afrique subsaharienne (28 %) et d'Union européenne (hors France) (25 %).
- > 8 % des femmes n'ont pas de logement et près de la moitié ont un ou plusieurs enfants mineurs.
- > Le quart des femmes ne relèvent d'aucun dispositif de couverture maladie, seules 16 % ont des droits ouverts.
- > 10 % des femmes se présentant aux Caso sont enceintes. Parmi elles, 45 % présentent un retard de suivi de grossesse et près de 8% sont sans domicile fixe.
- > Parmi les 2 000 femmes dont les antécédents obstétricaux sont connus, l'âge moyen à la première grossesse est de 21,2 ans ; 40 % ont connu des problèmes dans le déroulement d'une de leurs grossesses.

En 2011, les femmes représentent 40 % des personnes accueillies aux Caso. Depuis 2008, la proportion des femmes connaît une légère diminution. Il s'agit d'une diminution relative dans la mesure où leur effectif est toujours en augmentation (tableau 58).

Les femmes sont en moyenne légèrement plus âgées que les hommes (33,4 ans vs 32,8 ans). Elles présentent toutefois la particularité d'être plus nombreuses dans les classes d'âge extrêmes. Elles comptent ainsi une part plus importante de mineurs (15 % vs 11 % chez les hommes) et de personnes âgées de 60 ans et plus (8,3 % vs 4,6 %).

Plus de 94 % des femmes reçues en 2011 sont étrangères,

originaires pour l'essentiel d'Afrique subsaharienne (28,4 % vs 22,5 % des hommes), d'Union européenne hors France (25 % vs 17 %) et du Maghreb (15,5 % vs 27,8 %).

La répartition par nationalité montre comme pour l'ensemble des patients la forte représentation des Roumaines, qui rassemblent plus de 18 % des patientes, loin devant les Algériennes (8,8 %), les Françaises (5,8 %) et les Camerounaises (4,8 %) (tableau 59).

La majorité des femmes de nationalité étrangère résident en France depuis peu : 71 % depuis moins de 1 an et 39 % depuis moins de 3 mois (contre respectivement 66 % et 33 % des hommes).

Tableau 58 : Évolution du nombre de femmes reçues dans les Caso de 2000 à 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
%	41,2	39,2	39,8	40,9	43,5	44,0	45,4	44,6	43,6	41,9	41,7	40,1
Effectif	11 184	9 355	8 743	7 664	8 782	9 699	9 931	8 537	8 531	8 736	9 041	9 466

Tableau 59 : Répartition des femmes reçues dans les Caso par nationalité, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	18,4	Ex-Yougoslavie	3,5
Algérie	8,8	Moldavie	2,9
France	5,8	Congo-Brazzaville	2,7
Cameroun	4,8	Russie-Tchéchénie	2,6
Maroc	4,5	Côte d'Ivoire	2,2
Bulgarie	4,4	Cap-Vert	1,9
Comores	3,8	Autres	33,7

Les conditions de logement des femmes, comme pour l'ensemble des patients, sont globalement dégradées. Seul le tiers vivent dans un logement stable (vs 24 % des hommes), les autres sont hébergées par un organisme ou une association (13 % vs 12 % des hommes), vivent dans un lieu précaire (46 % vs 46 %) ou sont à la rue (8 % vs 18 % des hommes).

Dans 64 % des cas, les femmes vivent seules et près de la moitié d'entre elles (47 %) sont accompagnées d'un ou plusieurs enfants mineurs. Les femmes étrangères sont plus souvent en couple que les Françaises et ont plus souvent des enfants à charge. Ces femmes accompagnées d'enfants ne connaissent pas de meilleures conditions de logement dans la mesure où 47 % vivent dans un logement précaire et 8 % sont sans domicile.

Enfin, sur le plan administratif, 65 % des femmes étrangères n'ont pas de titre de séjour (vs 76 % des hommes) et 33 % sont concernées par une demande d'asile (vs 31 % des hommes).

Les trois quarts (76 %) des femmes reçues en 2011 relèvent, au regard de leur situation administrative, d'un dispositif de couverture maladie : 20 % de l'assurance maladie, 54 % de l'AME et 2 % d'une couverture maladie d'un autre pays européen. En pratique et comme l'ensemble des patients des Caso, elles ne sont que 16 % à disposer de droits effectivement ouverts (vs 15 % des hommes).

Les obstacles à l'accès aux droits cités par les patientes sont

tout à fait superposables à ceux exprimés par les hommes. Les freins liés à l'impossibilité d'accéder à des droits restent majeurs (33 %), devant la méconnaissance des droits et des structures (29 %) et les obstacles administratifs (28 %).

Les problématiques de santé

En 2011, 8 975 femmes ont bénéficié de 16 615 consultations, soit 1,9 consultation par personne (vs 1,8 pour les hommes).

Les diagnostics repérés chez les femmes sont, comme chez les hommes, dominés par les affections respiratoires, digestives et ostéoarticulaires, mais avec des fréquences cependant moins élevées (figure 15). Notons en revanche les diagnostics d'affections cardiovasculaires et de troubles métaboliques, nettement plus fréquents chez les femmes, avec en premier lieu l'hypertension artérielle et le diabète, qui concernent respectivement 8,4 % et 4,7 % des résultats de consultation des femmes (tableau 60).

Notons également que 9 % des consultations concernaient une grossesse.

Environ 51 % des patientes reçues en 2011 nécessitent un suivi médical à moyen ou long terme d'au moins 6 mois, contre 38 % des hommes. Cette différence est à mettre, partiellement du moins, en lien avec les prévalences du diabète et de l'HTA citées ci-dessus et les grossesses.

Figure 15 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients selon le sexe, 2011

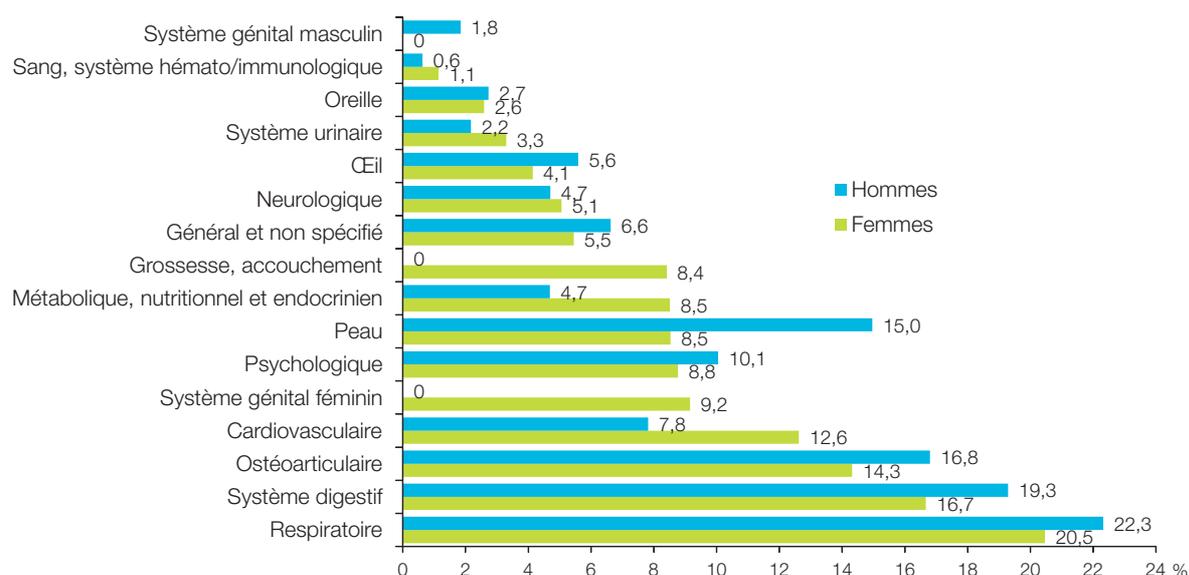


Tableau 60 : Principaux problèmes de santé repérés selon le sexe, 2011

(% en colonne)	Femmes	Hommes	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	14,7	14,4	ns
Symptômes et plaintes du système digestif	10,6	9,1	***
Grossesse et couche non pathologique	8,9	--	--
Hypertension artérielle	8,4	4,3	***
Autres diagnostics du système digestif	7,5	8,0	ns
Angoisse / Stress / Troubles somatiques	6,7	7,0	ns
Autres diagnostics locomoteurs	6,4	4,9	***
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,6	7,7	***
Infections respiratoires inférieures	5,1	5,7	ns
Diabète (insulinodépendant et non insulinodépendant)	4,7	3,0	***
Besoins prévisibles de prise en charge¹			
< 6 mois	50,0	53,6	***
≥ 6 mois	50,6	38,3	***

¹ Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.

Profil des femmes enceintes reçues dans les Caso

En 2011, 735 femmes enceintes ont été reçues en consultation médicale dans les Caso. Elles représentent 10,1 % des femmes et 3,3 % de l'ensemble des patients. Ces femmes sont dans 97 % des cas de nationalité étrangère,

originaires pour l'essentiel d'Afrique subsaharienne (36 %), d'Union européenne (22 %) et du Maghreb (15 %). La répartition de ces patientes par nationalité (*tableau 61*) permet toutefois de constater la proportion importante de Roumaines, devant les femmes originaires d'Algérie, du Cameroun et des Comores. Les trois quarts de ces femmes résident en France depuis moins de 1 an, 40 % depuis moins de 3 mois.

Tableau 61 : Répartition des femmes enceintes reçues dans les Caso par nationalité, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	16,5	Congo-Brazzaville	3,3
Algérie	7,5	France	3,2
Cameroun	5,7	Tunisie	3,2
Comores	4,9	Bulgarie	3,1
Côte d'Ivoire	4,4	Guinée	3,1
Maroc	4,3	Sénégal	2,6
Haïti	4,0	Autres	34,2

Les femmes enceintes reçues dans les Caso sont âgées en moyenne de 26,6 ans, 6 % sont mineures (soit 41 jeunes filles). Leur situation vis-à-vis du logement est tout aussi dégradée que celle des autres consultantes : seul le tiers d'entre elles disposent d'un logement stable, 51,5 % vivent dans un logement précaire, 8,5 % sont hébergées par un organisme ou une association et 7,7 % sont à la rue.

Concernant leur situation familiale, la moitié de ces femmes vivent seules et ont également un ou plusieurs autres enfants mineurs à leur charge (tableau 62).

Sur le plan administratif, 20 % environ des femmes enceintes sont concernées par une demande d'asile (vs 16 % des autres femmes) ; elles sont par ailleurs nettement plus nombreuses que les autres patientes à ne pas avoir de titre de séjour (70,4 % vs 55,5 %).

Enfin, concernant l'état des droits à la couverture maladie, la situation des femmes enceintes est encore plus préoccupante que celle des autres patientes, car si elles sont près des trois quarts à pouvoir bénéficier de droits à la couverture maladie, elles ne sont qu'un peu moins de 6 % à disposer de droits effectifs. Au total (que ces femmes relèvent ou non d'un dispositif d'assurance-maladie), près de 96 % des femmes enceintes reçues dans les Caso n'ont aucune couverture maladie.

La précarité sociale de ces femmes n'est pas sans conséquences sur le suivi et le déroulement de la grossesse. Ainsi, 45 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse¹⁵⁰ et 57 % n'ont pas bénéficié de consultation prénatale au moment de leur consultation au Caso. Ces chiffres sont cependant à relativiser au regard des très faibles taux de

réponses à ces questions (< 20 %). Toutefois, des études confirment nos résultats et montrent que le risque de décès maternel est près de 2 fois plus important pour les femmes étrangères par rapport aux femmes françaises¹⁵¹. Ce sur-risque est en partie associé aux complications de l'hypertension et aux infections, mais également à une part plus élevée de soins non optimaux (absence de suivi des grossesses, exposition à des facteurs de risque important (logement précaire et/ou insalubres), absence de dépistages et traitements préventifs...) parmi ces femmes.

**« ENCEINTE DE 8 MOIS ET DEMI,
MME B. N'A JAMAIS ÉTÉ INFORMÉE
SUR LES POSSIBILITÉS DE SUIVI
DE SA GROSSESSE »**



Mme B. s'est présentée au Caso le 9 décembre 2011. Enceinte de 8 mois et demi, elle n'a jamais eu d'échographie. Elle était suivie « de temps en temps » par un médecin généraliste, qui ne l'a pas orientée en PMI, pensant qu'elle serait refusée car elle n'a pas de couverture sociale.

Elle s'est rendue avec son mari à l'hôpital pour se renseigner sur les conditions d'accès à l'AME. Elle n'a pas été informée sur les possibilités de suivi de sa grossesse. Nous l'orientons vers la maternité de l'hôpital Lariboisière avec le soutien du Réseau Paris-Nord, qui nous propose de la recevoir ce jour en consultation.» [Caso de Paris]

Tableau 62 : Situation sociale et administrative des femmes (de 18 ans et plus) enceintes reçues dans les Caso, 2011

(% en colonne)	Femmes enceintes		Autres patientes	
	%	n	%	n
Logement				
Stable	32,3	225	32,8	2 005
Hébergés (organisme ou association)	8,5	59	13,2	807
Précaire	51,5	359	45,4	2 774
Sans domicile fixe	7,7	54	8,6	527
Situation familiale				
Seules (avec ou sans enfants)	51,7	344	66,0	3 392
En couple (avec ou sans enfants)	48,3	321	34,0	1 751
Ont d'autres enfants mineurs	49,8	297	46,4	2 070
Situation administrative				
Demande d'asile	19,6	144	16,4	1 080
En situation irrégulière	70,4	435	55,5	2 645
Couverture maladie				
Devraient théoriquement bénéficier de la couverture maladie	74,1	497	70,8	4 300
Disposent de droits ouverts à la couverture maladie	5,6	26	11,3	419

(150) Une femme enceinte n'ayant pas eu de première visite prénatale avant 10 semaines de grossesse présente un retard de suivi de grossesse.

(151) Saurel-Cubizolles M., et al., « Santé périnatale des femmes étrangères en France », InVS, BEH, 2012 :°2-3-4.

Les femmes enceintes rencontrées dans les Caso ne consultent pas uniquement pour des questions liées à leur grossesse. Ainsi, en dehors des troubles digestifs liés bien souvent à la grossesse, les problèmes de santé rencontrés par les femmes enceintes sont d'ordre respiratoire, ostéo-articulaire ou dermatologique.

Notons enfin que, pour 10 % environ des femmes enceintes reçues, une grossesse pathologique a été repérée (grossesse à haut risque, infection compliquant la grossesse, diabète gravidique...) (tableau 63).

Tableau 63 : Principaux diagnostics posés chez les femmes enceintes reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Grossesses et couches non pathologiques	90,2	663
Grossesses et couches pathologiques	9,7	71
Symptômes et plaintes du système digestif	7,9	58
Infections respiratoires supérieures	6,7	49
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, à l'accouchement	5,7	42
Infections urinaires, rénales	4,2	31
Infections sexuellement transmissibles ¹ (hors HIV & hépatite B)	4,2	31
Autres diagnostics système génital féminin	2,7	20

¹ Il s'agit par ordre de fréquence de : candidose génitale (17 cas), vaginite/vulvite (11 cas), syphilis (1 cas), gonococcie (1 cas), condylome (1 cas). Même si les candidoses ne sont pas des IST, elles sont cependant codées comme telles.

→ L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE GRANDE VULNÉRABILITÉ : UNE ACTION À BORDEAUX

Depuis 2004, Médecins du Monde mène à Bordeaux une action spécifique auprès des femmes en âge de procréer se présentant au Caso ou vivant dans des squats ou sur des terrains, dans l'objectif, d'une part, de proposer un accompagnement physique et moral des femmes enceintes tout au long de leur grossesse et jusqu'à l'accouchement, et, d'autre part, d'orienter les femmes demandant une IVG, un test de grossesse, une contraception ou présentant des problèmes gynécologiques vers les structures adéquates.

Le projet actuel propose pour :

- Les femmes enceintes :
 - des consultations avec des sages-femmes au Caso ;
 - des visites sur les lieux de vie pour les personnes vivant en habitat précaire (essentiellement les femmes bulgares et roumaines) ;
 - un soutien psychologique ;

- un accompagnement personnalisé vers les structures de suivi de la grossesse en fonction des paramètres obstétriques, psychologiques et sociaux : PMI, maternité, prise en charge psychologique et obstétricale au CHU ;

- un accompagnement physique pour les échographies.

- Les femmes en âge de procréer :

- des conseils sur la maternité, les méthodes de contraception et la réalisation de tests de grossesse ;

- des conseils sur les structures existantes en adéquation avec la demande : suivi gynécologique, contraception, etc.

En 2011, 133 femmes enceintes ont ainsi été prises en charge et 33 patientes, suivies en 2010, ont accouché en 2011. L'hébergement reste un des problèmes les plus préoccupants pour ces femmes : moins d'une vingtaine ont pu bénéficier d'un hébergement à l'hôtel ou en foyer jusqu'à l'accouchement.

Un autre problème important réside dans l'obtention d'échographies gratuites pour les patientes n'ayant pas encore droit à l'AME, ce qui implique la recherche d'accords avec des cabinets privés ou des services semi-publics pour leur réalisation.

Les antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso

Nous présentons dans le tableau 64 les antécédents obstétricaux d'environ 2 000 patientes reçues dans les Caso en 2011. Notons que les taux de réponses relativement modestes à l'ensemble de ces items (< 30 %) ne permettent pas d'estimer de façon précise la proportion de femmes ayant déjà été enceintes. Il s'agit donc uniquement de décrire les antécédents obstétricaux des patientes pour lesquelles les informations ont pu être relevées.

Parmi les femmes de plus de 15 ans dont les antécédents obstétricaux sont connus, l'âge moyen à la première grossesse est de 21,2 ans. Près d'un quart étaient mineures lors de la première grossesse ; 78 % étaient âgées de moins de 25 ans. Rappelons à titre informatif que l'âge moyen des femmes à la première grossesse en France était de 28 ans en 2009¹⁵².

« ELLE VOUDRAIT QUE SA FILLE DE 14 ANS, TOUT JUSTE MARIÉE, AIT ACCÈS À UNE CONTRACEPTION, LE TEMPS DE GRANDIR AVANT D'ÊTRE MÈRE »

“ Pour l'heure, c'est une femme de 29 ans qui entre dans le camion, accompagnée de sa fille de 14 ans, autant pour se faire vacciner que pour solliciter nos conseils pour sa fille, qui, récemment mariée, souhaite avoir un enfant. La mère a quatre enfants et s'est fait poser un implant contraceptif sous-cutané afin de ne plus avoir d'enfants ; elle évoque devant sa fille de manière très douce et touchante les difficultés qu'elle a connues, difficultés d'être une jeune mère dans ces conditions de vie. Elle voudrait que sa fille ait accès à une contraception, le temps de grandir avant d'être mère. ” [Caso de Saint-Denis]

La majorité des femmes rencontrées (57 %) ont eu au moins 3 grossesses ; elles sont par ailleurs 40 % à indiquer avoir rencontré un problème au cours de l'une de leurs grossesses. Ainsi, 8 % d'entre elles ont perdu un enfant dans la période néonatale, 20 % ont connu au moins une fausse couche, 16 % au moins une IVG et 1,4 % un accouchement prématuré.

→ LA SANTÉ MATERNO-INFANTILE DES POPULATIONS ROMS : L'IMPACT POSITIF DE LA MÉDIATION SANITAIRE

Depuis 2010, Médecins du Monde Nantes participe à une recherche-action reposant sur quatre sites pilotes (à Lille, Bobigny, Fréjus et Nantes), dont l'objectif est d'évaluer la pertinence de la médiation sanitaire auprès d'un public rom ou de tout autre public en grande précarité. Mis en œuvre par plusieurs associations membres du Collectif national droit de l'homme Romeurope, ce projet est piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Ce programme a ainsi pour objectif, sur une période de 24 mois (décembre 2010 à décembre 2012), de promouvoir la santé des populations, et plus particulièrement des femmes et des jeunes enfants, résidant en France dans des conditions de grande précarité, à travers des actions de médiation favorisant leur accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun.

La médiation sanitaire se situe dans le champ de la médiation sociale, qui s'inscrit depuis 2001 dans un cadre éthique et déontologique formalisé à travers la Charte de référence de la médiation sociale¹⁵³. Cette charte définit la médiation sociale comme « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose ».

Les médiatrices interviennent ainsi en amont des professionnels de santé et des travailleurs sociaux. Elles sont présentes sur les lieux de vie des Roms et disponibles immédiatement à la rencontre ; la maîtrise des langues roumaine et française est un atout essentiel mais leur fonction se distingue très clairement de celle de l'interprète. Elles constituent et utilisent un réseau d'acteurs qui interviennent auprès de leur public dans le champ de la santé et attirent l'attention sur les facteurs sociaux (conditions de vie, marginalisation, faible niveau de scolarisation) et les obstacles à l'égard desquels les institutions ont leur part de responsabilité (cadre législatif et réglementaire, déni de droits, stigmatisation des patients, expulsions).

“ En début d'année, le groupe de Roms suivi par la médiatrice vivait sur un délaissé de voirie, avec accès ponctuel à l'électricité, présence de nuisibles, procédure d'expulsion en cours... Aujourd'hui, on assiste à une inversion de la situation : la mairie de Rezé a accepté de se joindre au projet de médiation sanitaire. Des poubelles individuelles ont été mises en place, le terrain a été viabilisé. La mairie marque sa volonté d'améliorer la dignité de l'accueil des familles roms sur son territoire.

Dans ce contexte plus favorable, la médiatrice remarque une plus grande autonomie du groupe de Rezé autour de la santé (certaines familles ont renouvelé de manière autonome leur AME à la CPAM...). ” [Médiation sanitaire auprès des Roms, Nantes]

(152) Pison G., « France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans », INED, Population & Sociétés, 2010 : 465.

(153) Charte de référence de la médiation sociale, document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits de « médiation sociale », visé par le Comité interministériel à la ville le 1^{er} octobre 2001.

Après 6 mois de fonctionnement, globalement, les foyers bénéficiant de la médiation sanitaire ont doublé leur fréquentation des services de santé, et une nette progression a eu lieu dans le suivi médical des femmes enceintes.

À Nantes, la médiatrice assure en 2011 le suivi de 25 familles (soit plus de 120 personnes) réparties initialement sur deux terrains (quatre en décembre 2011 à la suite de plusieurs procédures d'expulsions). Après un an de fonctionnement, le travail de la médiatrice roumanophone a aussi conduit à un accès à la médecine libérale pour certaines familles, à la stabilisation d'un lieu de vie avec l'implication d'un conseil municipal et à une collaboration fructueuse avec la caisse de sécurité sociale facilitant l'ouverture des droits et le recours à l'interprétariat. La médiatrice participe également à la formation continue des travailleurs sociaux. Ces premières avancées significatives montrent l'impact positif du travail de médiation sanitaire, reconnue par ailleurs comme un élément dans la stratégie du gouvernement français pour l'inclusion des Roms¹⁵⁴. Il reste à souhaiter que la reconnaissance de cette profession ne se limite pas à une simple expérimentation et que la médiation sanitaire se généralisera en s'étendant à d'autres publics en grande précarité.

Les résultats définitifs de cette expérience pilote sont attendus à la fin de 2012.



La jeune femme, qui monte de manière pressée dans le camion de consultation, me dit en aparté qu'elle doit avoir un rhume aux ovaires. À la vue du gobelet que le médecin lui tend pour ses urines, elle fait un geste de refus catégorique, toute outrée. Pourtant, sans cet examen, elle n'aura pas de traitement. Elle est prête à repartir, comme elle est venue. Le gobelet passe d'une main à l'autre, même caché sous la veste, il ne sortira pas de ce camion. J'essaie de comprendre sa réaction. Je tâtonne avec pudeur pour sentir d'où vient la gêne. Est-ce le regard des autres car il n'y a pas de toilettes sur le terrain ? Je me propose volontaire pour donner l'exemple à mon tour, ça ne marche pas. Rien n'y fait : ni les encouragements complices du médecin, ni la mise en garde contre les dangers d'une infection non traitée. Elle va partir, sa dignité sauve. Alors, à court d'idées, je cherche ses yeux, et, pour détourner la conversation, je lui demande si elle a des enfants.

— Oui, deux filles ! — Vous avez accouché à l'hôpital ?

— Oui ! — Alors, le médecin vous a déjà vue en bas !

Je vois son visage se transformer, elle attrape le gobelet et elle sort. Dix minutes plus tard, elle part avec un traitement. [Mission Roms Île-de-France]

Tableau 64 : Antécédents obstétricaux des femmes de 15 ans et plus reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Ont déjà été enceintes		2 015
Âge à la première grossesse		
– 15 ans ou moins	8,4	107
– 16 ou 17 ans	15,1	192
– 18-24 ans	54,2	691
– 25 ans et plus	22,3	284
Nombre total de grossesses		
– ≤ 2	42,9	796
– 3 à 4	28,1	522
– 5 et plus	29,0	538
Ont connu au moins un décès néonatal	8,0	162
Ont connu au moins un accouchement prématuré	1,4	29
Nombre de fausses couches		
– Aucune	79,8	1 608
– 1	13,1	264
– 2 et plus	7,1	143
Nombre d'IVG antérieures		
– Aucune	83,7	1 687
– 1	8,9	179
– 2 et plus	7,4	149

Taux de réponses : Antécédents obstétricaux : 28,7 % ; Âge première grossesse : 63,2 % ; Nombre grossesses enfant vivant : 85,5 % ; Nombre de grossesses enfant décédé : 22,7 % ; Nombre de fausses couches : 36,3 % ; Nombre d'IVG : 31,0 % ; Nombre d'accouchements prématurés : 14,3 %.

(154) Stratégie du gouvernement français pour l'inclusion des Roms dans le cadre de la communication de la commission du 5 avril 2011 et des conclusions du Conseil de l'Europe du 19 mai 2011.

3. Les personnes sans domicile

LES POINTS ESSENTIELS

- > En 2011, 14 % des patients reçus dans les Caso vivent à la rue.
- > L'absence de domicile est plus fréquente chez les hommes et chez les Français. Elle est maximale entre 18 et 45 ans.
- > Les personnes sans domicile vivent majoritairement seules (83 %) ; plus de 200 familles à la rue ont cependant consulté dans les Caso.
- > Près de 70 % relèvent d'un dispositif de couverture maladie, mais seuls 18 % ont des droits ouverts.
- > La fréquence des pathologies psychiques et dermatologiques est majorée chez ces patients, et le recours aux soins plus tardif.

En 2011, 14 % des patients reçus en 2011 déclaraient être sans domicile le jour de leur première visite au Caso. Il s'agit des personnes ayant déclaré vivre à la rue ou être hébergées au jour le jour par un dispositif d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social...). Si l'on ajoute à ce groupe les personnes hébergées par un organisme ou une association pour une durée d'au moins 15 jours, la proportion des « sans-domicile » atteint 26,3 % des patients (*tableau 65*).

Un isolement familial et une grande précarité sociale

Les personnes sans domicile sont 2 fois plus souvent des hommes. Elles sont également plus fréquemment de nationalité française.

Les personnes sans domicile sont en moyenne plus jeunes que les autres patients (32,7 ans vs 33,6 ans). C'est parmi les 18-45 ans que leur proportion est la plus élevée (*tableau 66*). On peut relever, en 2011, une augmentation assez sensible de la part des mineurs parmi les personnes à

la rue (11,5 % en 2011 vs 9 % en 2010).

Concernant l'environnement familial, on peut également constater que les patients sans domicile sont plus nombreux à indiquer vivre seuls (83 % vs 73 % des autres patients). On compte tout de même 219 personnes ayant des enfants mineurs et vivant à la rue.

Parmi les personnes sans domicile, 27 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, 21 % d'Union européenne et 20 % du Maghreb. Les quatre nationalités les plus représentées sont la Roumanie, la France, la Tunisie et l'Algérie (*tableau 67*). Certaines nationalités, peu représentées parmi l'ensemble des consultants des Caso, émergent parmi les personnes sans domicile. Il s'agit de la Somalie, de l'Arménie et de la République démocratique du Congo. Par ailleurs, l'augmentation très forte des Tunisiens (9,7 % vs 2,5 % en 2010) peut être aussi expliquée par les migrations, dans des contextes d'extrême précarité, lors des révolutions arabes.

Les trois quarts des étrangers sans domicile vivent en France depuis moins de 1 an, 52 % depuis moins de 3 mois. Enfin, 14 % de ces patients vivent en France depuis au moins 3 ans.

Tableau 65 : Évolution du nombre et de la proportion de personnes sans domicile fixe reçus dans les Caso de 2000 à 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ¹
%	16,1	17,6	18,5	19,9	18,0	17,8	19,0	23,3	11,9	13,6	12,5	14,0
Effectif	3 725	3 867	3 454	3 553	3 451	3 630	3 761	4 133	2 201	2 654	2 494	2 987

¹ La question sur les conditions de logement a été modifiée en 2008. Cette question intègre désormais un item permettant de distinguer les personnes hébergées par une structure ou une association pour une durée supérieure à 15 jours de celles qui sont sans domicile (à la rue ou en hébergement d'urgence pour quelques nuits). Ainsi, jusqu'en 2007, les personnes sans domicile sont celles vivant à la rue et celles accueillies dans un hébergement d'urgence quelle qu'en soit la durée. À partir de 2008, les patients en hébergement d'urgence pour une durée d'au moins 15 jours ne sont plus comptabilisés dans les sans-domicile. En 2011, une nouvelle modification permet de distinguer les personnes en hébergement d'urgence au jour le jour de celles en hébergement pour au moins 15 jours.

Tableau 66 : Caractéristiques des personnes sans domicile reçues dans les Caso, 2011

	%	n	p
Ensemble des patients	14,0	2 978	
Sexe			
Femmes	7,6	651	
Hommes	18,2	2 327	***
Âge			
Moins de 18 ans	11,5	263	
18-29 ans	15,1	1 025	**
30-45 ans	15,1	1 161	**
46-60 ans	12,8	407	ns
61 ans et plus	7,8	93	***
Nationalité			
Étrangers	13,2	2 618	
Français	24,3	338	***

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 : 18,2 % des hommes sont sans domicile contre 7,6 % des femmes, différence significative au seuil de 0,001 %.

Tableau 67 : Répartition des patients sans domicile fixe par nationalité, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	11,7	Maroc	3,2
France	11,4	République démocratique du Congo	3,0
Tunisie	9,7	Guinée	2,4
Algérie	6,8	Bulgarie	2,4
Ex-Yougoslavie	4,8	Russie-Tchéchénie	2,2
Somalie	4,5	Congo-Brazzaville	2,1
Arménie	3,4	Autres	32,4

Plus des deux tiers des patients sans domicile (68 %) peuvent, au regard de leur situation personnelle, bénéficier d'une couverture maladie : 26 % relèvent de l'Assurance maladie, 38 % de l'AME et environ 4 % d'un dispositif de couverture sociale d'un autre pays européen. Or lorsqu'ils sont reçus dans les Caso, seuls 18 % d'entre eux bénéficient de droits effectivement ouverts (vs 15 % des autres consultants).

Les personnes sans domicile ou hébergées de façon précaire, qui ne peuvent fournir une adresse postale, doivent disposer d'une domiciliation administrative pour l'ouverture de leurs droits : 91 % des personnes sans domicile reçues dans les Caso ne peuvent pas fournir d'adresse postale, or 56 % n'ont pas de domiciliation administrative.

On compte, parmi les personnes sans domicile, environ

56 % d'étrangers sans titre de séjour, et 28 % de personnes sont concernées par une demande d'asile. Ainsi, outre la nécessité de disposer d'une adresse postale, l'un des obstacles majeurs à l'accès aux droits et/ou aux soins est le fait de limiter ses déplacements par peur d'une arrestation, exprimé par 60 % des personnes sans logement et sans titre de séjour.

Les freins à l'accès aux droits cités par les patients sans domicile se superposent globalement à ceux exprimés par l'ensemble des patients : impossibilité d'obtenir des droits pour les personnes présentes en France depuis moins de 3 mois ou qui ne peuvent apporter de preuve de résidence (citée par 42 % des sans-domicile), obstacles administratifs (30 %), méconnaissance des droits et des structures (23 %).

Des problèmes de santé générés et/ou aggravés par les conditions de vie

Les personnes sans domicile reçues dans les Caso en 2011 ont bénéficié de 5 526 consultations médicales pour 2 897 patients différents, soit 1,9 consultation par personne (vs 1,8 pour l'ensemble des autres patients).

Les conditions de vie « dans la rue » ont des effets très délétères sur la santé. En effet, ces personnes souffrent plus fréquemment de troubles digestifs, dermatologiques et psychiques (*figure 16* et *tableau 68*). Il est reconnu que l'exclusion peut entraîner de fortes souffrances psychiques et/ou renforcer des troubles mentaux préexistants, comme en témoigne l'enquête Samenta¹⁵⁵ menée en Île-de-France auprès des personnes sans logement. Selon cette étude, un tiers des personnes sans logement souffrent de troubles psychiatriques sévères et un cinquième au moins d'une addiction, ces niveaux étant bien plus élevés qu'en population générale.

La prise en compte des problèmes de santé, lorsqu'on est confronté à des situations quotidiennes extrêmes telles que trouver à manger ou un endroit pour dormir, ne constitue pas forcément une préoccupation prioritaire pour ces populations, comme en témoigne le recours tardif aux soins repéré pour 46 % des patients vivant à la rue (vs un tiers des autres consultants). De plus, la vie à la rue est incompatible avec l'observance des traitements et/ou une continuité des soins alors que 38 % des personnes sans domicile rencontrées dans les Caso nécessitent, selon les médecins, un suivi médical d'au moins 6 mois...

Les urgences hospitalières sont souvent le seul recours aux soins de santé pour les patients sans domicile. Mais les sorties de l'hôpital ont lieu bien souvent sans que des solutions aient été trouvées. Ces conditions de vie extrêmement précaires exposent ces populations à un fort risque de complications.

Les Lits haltes soins santé (LHSS) sont destinés spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont

l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de convalescence sans justifier une hospitalisation¹⁵⁶. Ce dispositif, très adapté, est aujourd'hui saturé notamment car aucune solution n'existe pour de nombreuses personnes souffrant de pathologies chroniques et qui occupent donc ces lits sur une longue période.

Les équipes de Médecins du Monde font ainsi face à une succession de situations de personnes malades et à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit.

« LA HALTE SANTÉ N'AYANT PAS DE PLACE POUR LE RECEVOIR, IL SE RETROUVE DE NOUVEAU À LA RUE, AVEC UNE MOBILITÉ RÉDUITE ET SANS POSSIBILITÉ DE SE REPOSER LE TEMPS QUE L'HÉMATOME ET LES DOULEURS DIMINUENT »



H. a 22 ans. Il se présente à la consultation pour des douleurs du genou. Il souffre et boite fortement depuis 3 semaines après une agression au cours de laquelle il a reçu un coup sur la face extérieure du genou. Sa CMU n'est pas à jour et il vit actuellement à la rue. Il décrit des difficultés psychiques en lien avec une addiction. L'examen montre un hématome important autour de la tête du péroné et des troubles de la sensibilité de la jambe, qui conduisent le médecin à l'orienter aux urgences afin d'éliminer l'hypothèse d'une fracture de la tête du péroné. Devant l'état de H., un accompagnement par l'équipe mobile sociale est mis en place. L'équipe lui remet un antalgique et des béquilles. Après examens clinique et radiologique éliminant l'hypothèse de fracture, H. sort finalement des urgences à 23 heures. Le 115 ne peut pas lui proposer d'hébergement faute de places disponibles et la Halte santé n'a pas de place pour le recevoir. Il se retrouve donc une nouvelle fois à la rue, seul, avec une mobilité très réduite et sans possibilité de se reposer le temps que l'hématome et les douleurs diminuent.» [Caso de Strasbourg]

(155) Laporte A., et al., « Samenta, la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Île-de-France », rapport final, Observatoire du samu Social, Inserm, 2010.

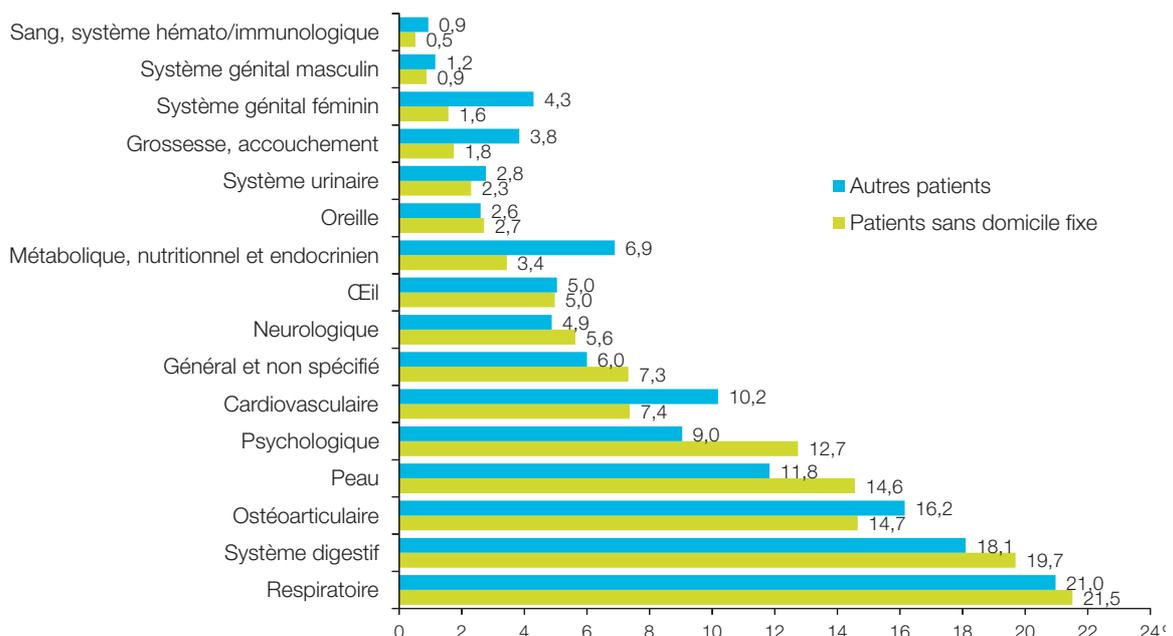
(156) Ce dispositif s'adresse à toute personne sans domicile fixe, quelle que soit sa situation administrative, que ses droits à l'assurance maladie soient ouverts ou pas, dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation ou de prise en charge spécialisée, qui doit recevoir des soins.

Tableau 68 : Principaux problèmes de santé repérés chez les patients selon leur situation au regard du logement, 2011

	Sans-domicile	Autres patients	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	14,0	14,2	ns
Symptômes et plaintes du système digestif	10,6	9,6	ns
Angoisse / Stress / Troubles somatiques	9,5	6,6	***
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	8,3	6,8	**
Affections des dents et des gencives	7,5	5,5	***
Autres diagnostics du système digestif	7,1	8,1	ns
Infections respiratoires inférieures	6,2	5,2	*
Parasitoses / Candidoses	5,5	4,1	***
Symptômes et plaintes généraux	4,8	3,6	**
Symptômes et plaintes du rachis	4,8	4,4	ns
Besoins prévisibles de prise en charge¹			
< 6 mois	55,6	51,2	***
≥ 6 mois	38,1	44,6	***

¹ Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.

Figure 16 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients selon leur situation au regard du logement, 2011



→ RAPPORT À LA SANTÉ, ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS DES PERSONNES SANS HABITAT À PARIS : L'EXPÉRIENCE DE LA MISSION SQUATS DE MÉDECINS DU MONDE

La mission Squats de Médecins du Monde est issue d'un élargissement de l'activité de la mission Rave. Cette extension est née, en 2004, de l'observation qu'une partie du public rencontré en milieu festif à Paris et en France se logeait en squat et qu'il émanait une forte demande et des besoins d'interventions en dehors des événements festifs.

Cette extension du champ d'activités de la mission s'est accompagnée d'une évolution de l'objectif même de la mission : de la réduction des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en milieu festif à la réduction des risques sanitaires et sociaux des personnes vivant en squat et dans les lieux non prévus pour l'habitat à Paris et en France. La méthodologie d'action développée par la mission Squats est *d'aller vers* et de *travailler avec* les personnes concernées. L'interaction, le partage des connaissances et des compétences entre squatters et intervenants sont des valeurs fondamentales dans ces actions qui visent à renforcer l'action communautaire (démarche d'*outreach*, charte d'Ottawa).

La mission réalise des visites exploratoires et des permanences dans différents squats franciliens. En 2011, la mission travaille avec une cinquantaine de sites (au gré des ouvertures et des évictions de squats). Ces squats ont pour caractéristiques de rassembler des populations hétérogènes et de mêler situations de précarité, difficultés d'accès aux logements et aux espaces de création et aspiration à un mode de vie alternatif. Ces populations partagent souvent des résistances à aller vers les dispositifs sociaux sanitaires existants. Habitats précaires et illégaux, ces lieux de vie sont parfois tolérés par les pouvoirs publics car ils réduisent paradoxalement les troubles à l'ordre public, en permettant de rendre invisibles ceux qui s'y réfugient.

Les squats sont aussi une solution provisoire ou durable, pour tous ceux qui font le choix d'une (sur)vie collective au sein d'une communauté de culture et/ou d'intérêt. Le besoin d'appartenance à un groupe et ces liens de solidarité n'excluent pas les tensions et les violences, qui existent sur ces lieux de vie. Les demandes d'interventions les plus récurrentes de la part des personnes pour elles-mêmes ou pour celles qui résident dans les squats sont en rapport avec les usages de produits psychoactifs, les psychopathologies et l'étayage ou le soutien psychologique.

L'action de la mission Squats est issue d'une intervention médico-psycho-sociale singulière, en proximité avec des personnes vivant dans des squats et hors les murs (espaces verts, friches industrielles, interstices urbains), en particulier des jeunes en errance, parfois rattachés au milieu festif, et des usagers de produits psychoactifs, mais qui, dans les squats urbains, rejoignent d'autres publics. Cette intervention est construite en concertation avec les publics à partir de leur situation et de leur ressenti (aller vers, être avec, pour partir de). De même que les intervenants qui accompagnent ces personnes partent de la perception qu'ont ces personnes de leur situation et de leurs capacités à la modifier (à la différence des politiques descendantes, des institutions vers les publics). Il s'agit d'une méthode d'intervention expérimentale ascendante issue de la réduction des risques.

Depuis 2009, une recherche-action a été développée autour du dispositif de la mission Squats de Médecins du Monde, en partenariat avec l'Institut de travail social et de recherches sociales (ITSRS), le Centre d'étude sur l'actuel et le quotidien (CEAQ, université Paris-Descartes) et l'Intersquat (association informelle qui rassemble 27 collectifs de squats franciliens). Elle est financée par le programme Picri¹⁵⁷ de la région Île-de-France.

La recherche-action a des objectifs de connaissance mais aussi de réflexion et d'évaluation des pratiques. Il s'agit de contribuer à la connaissance des ressources du milieu des squats et en particulier des questions liées au rapport à la santé et aux institutions de ces populations, mais aussi d'évaluer la pertinence du dispositif mis en place par la mission Squats.

Elle part de l'hypothèse que les préoccupations propres de santé des personnes sans domicile (retard de soins, autoexclusion, surmorbidity, prévalence de certaines maladies physiques et psychiques) et leur plus faible accès aux soins et à la prévention ne sont pas seulement liés aux conditions de vie précaires, aux difficultés financières et à l'accessibilité des droits et des soins. Si la mise en œuvre de mesures et de dispositifs (tels que la CMU, les Pass...) ont rendu les soins plus accessibles, d'autres obstacles demeurent.

Cette recherche-action devrait favoriser ainsi la prévention et l'accès aux soins avant les soins d'urgence et l'hospitalisation, et contribuer à la réduction des risques prévalents pour cette population tels que les épidémies de maladies transmissibles (tuberculose, hépatite B et C, VIH). Les résultats définitifs de cette recherche-action sont attendus pour la fin de l'année 2012.

(157) Partenariat institutions-citoyens pour la recherche et l'innovation.

4. Les Français

LES POINTS ESSENTIELS

- > En 2011, moins de 7 % des patients accueillis aux Caso sont français.
- > Les consultants français sont plus fréquemment des hommes, vivant seuls, le plus souvent sans enfants.
- > Près d'un quart des Français sont sans domicile.
- > 54 % n'ont aucune couverture maladie, en particulier les plus jeunes.
- > Plus de 1 Français sur 4 connaît des difficultés en lien avec l'absence de couverture complémentaire.
- > Les problèmes de santé des Français se concentrent sur les affections respiratoires et dermatologiques, ainsi que sur les troubles psychologiques, plus fréquents que parmi les étrangers. Ils connaissent également plus de problèmes traumatiques, probablement en lien avec la part élevée de personnes sans domicile.

En 2000, plus de 2 patients sur 10 accueillis aux Caso étaient français. Grâce à la mise en place de la CMU, cette proportion a progressivement diminué au fil des ans. Depuis 2009, la part des Français parmi les personnes accueillies aux Caso est inférieure à 10 %. Une nouvelle diminution de la part des patients français est observée en 2011. Ces derniers ne représentent plus que 6,6 % des consultants en 2011 (tableau 69).

Les patients français comptent 65 % d'hommes, proportion plus importante que parmi les étrangers (59 %). La moyenne d'âge des français est de 33,4 ans (vs 33,1 ans pour les étrangers).

Les consultants français indiquent très majoritairement vivre seuls (83 % vs 74 % des étrangers), un peu plus d'un quart (28 %) déclarent avoir un ou plusieurs enfants mineurs (vs 40 % des patients étrangers), mais seuls 30 % vivent avec tous leurs enfants (vs 41 % des étrangers).

La population française accueillie dans les Caso se caractérise par une forte proportion de personnes sans domicile (24 % vs 13 % parmi les étrangers) et également une plus

forte proportion de personnes disposant d'un logement stable (37 % vs 28 %). Enfin, 39 % soit sont hébergés par un organisme ou une association, soit vivent dans un logement précaire (vs 60 % des étrangers).

1 français sur 2 n'a aucun droit ouvert lorsqu'il se présente au Caso

Depuis 2000, tous les patients de nationalité française doivent au moins bénéficier de la CMU de base. Dans les faits, 54 % n'ont pas de droit ouvert lorsqu'ils sont reçus pour la première fois dans les Caso, 32 % disposent de la CMU de base et 14 % de la CMUc.

Notons enfin que la part des patients français disposant de droits ouverts à la couverture maladie est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (48 % vs 42 %) et progresse également fortement avec l'âge : 32 % chez les moins de 20 ans contre 65 % à partir de 60 ans.

Tableau 69 : Évolution du nombre et de la proportion de patients français reçus dans les Caso de 2000 à 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
%	21,7	14,4	13,1	14,4	11,2	10,9	10,3	11,3	11,2	9,8	8,2	6,6
Effectif	5 762	3 306	2 856	2 640	2 209	2 315	2 195	2 087	2 120	1 991	1 708	1 538

« QUAND LA DÉCOMPENSATION
EST PRIÉE D'ATTENDRE 3 MOIS
POUR ÊTRE SOIGNÉE »

“ F. est français et a 22 ans. Il a toujours vécu au Maroc avec sa famille et n'a donc jamais bénéficié ni de droits ni d'immatriculation à la Sécurité sociale. Malade schizophrène depuis son adolescence, sa situation familiale ne lui permet plus de vivre au Maroc. Sa tante l'accueille dans l'urgence à Marseille. F., malgré son traitement, est très perturbé par cette nouvelle situation et la famille, à l'occasion d'une nouvelle crise de schizophrénie, s'empresse de l'emmener à l'hôpital psychiatrique. Il est reçu par un médecin-psychiatre qui met en place un protocole d'admission immédiate pour une hospitalisation. Cependant, lors du passage au bureau des admissions, il s'avère que F. n'a pas de droits ouverts ni de numéro d'immatriculation. Il doit attendre un délai de 3 mois avant de pouvoir bénéficier d'une couverture maladie. Il est alors orienté vers le service social de l'hôpital mais les deux assistantes sociales ne sont pas disponibles. F. quitte alors l'hôpital pour rentrer dans sa famille sans suivi psychiatrique ni traitement. Sa famille l'accompagne dès le lendemain au Caso pour obtenir son traitement et voir un travailleur social avec une lettre du médecin expliquant l'importance de l'hospitalisation et donc de l'ouverture rapide des droits. La CPAM est directement sollicitée pour une ouverture de droits en procédure urgente avec l'appui d'un certificat médical confirmant la nécessité d'admission de F. à l'hôpital. L'hospitalisation a pu se faire le lendemain (avant même la délivrance de l'attestation de droits, qui a été remise 5 jours plus tard) grâce à l'accompagnement de Médecins du Monde.” [Caso de Marseille]

Plus de 1 Français sur 4 confronté à des difficultés financières pour accéder aux soins

Les principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients français sont avant tout d'ordre administratif : manque des pièces demandées et complexité des démarches (26 %), délai d'instruction des dossiers trop long (16 %). Plus de 1 Français sur 4 (26 %) cite également le frein lié à l'avance des frais, à l'accès à une couverture complémentaire, au paiement des franchises médicales. Enfin, 11 % des Français accueillis au Caso n'ont aucune adresse postale et nécessitent une domiciliation pour l'ouverture de droits.

Les questions de santé

En 2011, 2 413 consultations médicales ont été dispensées à 1 508 personnes de nationalité française, soit 1,6 consultation par personne (vs 1,9 pour les patients étrangers). L'analyse des résultats de consultation concernant les patients français laisse émerger trois grandes catégories de pathologies : les affections respiratoires, psychologiques et dermatologiques, auxquelles les Français sont nettement plus souvent confrontés que les patients étrangers (figure 17). On peut également relever une certaine hétérogénéité parmi les Français et en particulier parmi les patients sans domicile nettement plus souvent concernés par les affections dermatologiques (27 % vs 19 % des autres Français) et les troubles psychologiques (23 % vs 18 %). Une analyse plus détaillée (tableau 70) révèle que les troubles psychologiques sont avant tout des états anxieux. Les syndromes dépressifs sont également plus fréquents parmi les Français (3,1 % vs 2,4 % des étrangers), de même que les psychoses (1,6 % vs 0,4 %). Relevons également au 6^e rang des diagnostics les pathologies traumatiques, qui concernent plus de 6 % des patients français, ainsi que les pathologies dermatologiques, qui peuvent s'expliquer en partie par la forte proportion de Français vivant à la rue. Il faut aussi noter la plus forte proportion d'affections bucco-dentaires chez les Français que chez les étrangers.

Figure 17 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients selon leur nationalité, 2011

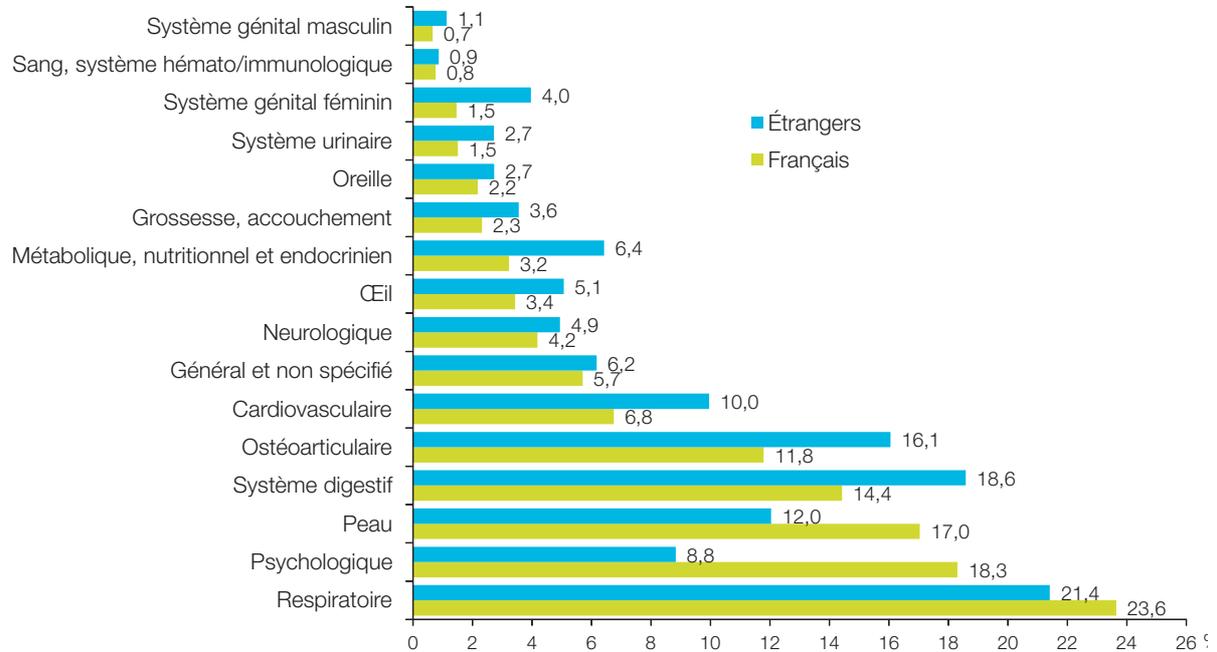


Tableau 70 : Principaux problèmes de santé repérés chez les patients reçus dans les Caso selon leur nationalité, 2011

	Français	Étrangers	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	17,0	14,3	**
Angoisse / Stress / Troubles somatiques	9,2	6,8	***
Affections dents-gencives	7,5	5,7	**
Parasitoses / Candidoses	7,0	4,1	***
Infections respiratoires inférieures	6,4	5,4	ns
Traumatismes	6,3	3,4	***
Symptômes et plaintes du système digestif	5,9	10,0	***
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,2	7,0	*
Infections cutanées	4,7	2,5	***
Diagnostics non classé ailleurs	4,5	4,1	ns
Besoins prévisibles de prise en charge¹			
< 6 mois	51,9	57,2	***
≥ 6 mois	44,1	33,6	***

¹ Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.

5. Les ressortissants de l'Union européenne (hors France)

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2011, 2 patients sur 10 reçus dans les Caso sont ressortissants de l'Union européenne (hors France).
- 86 % des ressortissants de l'UE sont roumains ou bulgares : il s'agit de patients plus jeunes, qui comptent une part plus importante de femmes. Les couples avec enfants sont plus nombreux ; les durées de résidence en France plus faibles.
- La situation du logement des étrangers originaires de l'UE est encore plus dégradée que celle des autres consultants avec 64 % d'entre eux vivant dans un logement précaire et 15 % à la rue.
- Seuls 9 % des patients pouvant disposer d'une couverture maladie ont des droits ouverts (vs 14 % des autres patients étrangers) lorsqu'ils sont reçus la première fois au Caso.

« ON EST TOUS PAREILS,
TOI TU ES GADJO, MOI JE SUIS TZIGANE,
MAIS, FRANÇAIS OU ROUMAINS,
ON EST EUROPÉENS... »

“ T., 26 ans, en France depuis 13 ans, raconte :
« Ici c'est l'Europe, pourquoi moi je n'ai pas
le droit de travailler comme ceux de mon âge (...).
Je préfère vivre ici même si c'est difficile parce que
dans mon pays y a pas d'avenir (...), mais j'ai peur
de sortir, l'autre jour on m'a attrapé quand je faisais
la manche, comme ça, on m'a gardé 4 heures en
garde à vue et je suis reparti avec une obligation
de quitter le territoire français (OQTF).
Pourquoi... ? Moi, je fais rien de mal ici, je suis allé
à l'école comme toi et je parle français comme toi,
on est tous pareils, toi tu es gadjo, moi je suis
tzigane, mais, français ou roumains, on est
européens... » [Caso de Saint-Denis]

La directive sur la libre circulation au sein de l'Union européenne (UE) a restreint les possibilités d'installation en France pour les ressortissants européens¹⁵⁸. Ces derniers doivent en effet justifier de ressources suffisantes et d'une couverture maladie pour pouvoir séjourner légalement au-delà de 3 mois en France. Par conséquent, le droit au travail conditionne fortement le droit au séjour. Or, des restrictions à l'accès au marché du travail existent dans de nombreux pays de l'UE, en particulier pour les ressortissants de Roumanie et de Bulgarie. Ces pays, entrés dans l'UE depuis 2007, se trouvent sous le coup de « mesures transitoires¹⁵⁹ » qui limitent drastiquement leur accès à l'emploi et donc leur possibilité de séjour au-delà de 3 mois. À la fin de 2011, 10 états¹⁶⁰ parmi les 25 États membres de l'UE (hors Roumanie et Bulgarie) opposent encore des restrictions au marché de l'emploi aux ressortissants roumains et bulgares¹⁶¹.

En France, les ressortissants roumains et bulgares peuvent accéder seulement à certains métiers dits « en tension »¹⁶² qui restent soumis à une autorisation de travail, et jusqu'à récemment l'employeur devait s'acquitter auprès de l'Office français

(158) Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004.

(159) Conformément à la faculté offerte par l'acte d'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie à l'Union européenne, la France a décidé d'instaurer à compter du 1^{er} janvier 2007, date d'adhésion de ces deux États, une période transitoire de 7 ans (il s'agit de la durée maximale) qui implique un accès au travail très encadré, et par conséquent très limité, pour les ressortissants bulgares et roumains (autorisation de travail spécifique nécessaire, liste limitative d'emplois autorisés, taxe à payer par l'employeur...).

(160) Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne (seulement pour les Roumains), France, Irlande, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Royaume-Uni.

(161) ORS Île-de-France, « Situation sanitaire et sociale des "Roms migrants" en Île-de-France », rapport, 2012, 144 pages.

(162) Une liste de 150 métiers est définie à l'intention des ressortissants bulgares et roumains qui restent soumis à l'autorisation de travail pendant la période transitoire qui a débuté le 1^{er} janvier 2007 (arrêté du 18 janvier 2008 – JO du 20 janvier 2008).

de l'immigration et de l'intégration (Ofii) d'une redevance forfaitaire variable en fonction de la durée de l'embauche et/ou du montant du salaire¹⁶³, difficilement acceptable par les employeurs, surtout dans le contexte économique actuel. Une récente circulaire interministérielle du 26 août 2012¹⁶⁴ améliore quelque peu les conditions d'accès au marché de l'emploi pour les ressortissants roumains et bulgares en France dans la mesure où elle supprime ces taxes et qu'elle annonce un élargissement de la liste des métiers qui leurs sont ouverts. Si les associations notent les changements positifs permettant une meilleure intégration des ressortissants roumains et bulgares, elles regrettent vivement la levée seulement partielle des mesures transitoires qui soumettent toujours ces citoyens européens à des restrictions.

Une population particulièrement jeune...

En 2011, plus de 20 % des patients reçus dans les Caso sont originaires d'un pays de l'UE (hors France). Le nombre et la proportion des ressortissants de l'UE accueillis dans les Caso sont relativement stables depuis 2007, année au cours de laquelle la Roumanie et la Bulgarie sont entrées dans l'UE (*tableau 71*).

Le groupe des patients originaires de l'UE est très fortement marqué par la présence des Roumains et des Bulgares, qui représentent près de 86 % de ces patients, loin devant le Portugal, la Pologne, l'Italie et l'Espagne, qui se situent entre 2 et 3 % (*tableau 72*).

Tableau 71 : Évolution du nombre et de la proportion de patients originaires de l'UE (hors France) reçus dans les Caso de 2000 à 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ¹	2008	2009	2010	2011
%	2,3	1,2	1,4	1,7	1,3	3,0	2,8	19,9	21,6	20,8	20,9	20,5
Effectif	627	279	309	308	260	649	600	3 653	4 104	4 233	4 364	4 742

¹ Année de l'entrée de la Roumanie et Bulgarie dans l'UE.

Tableau 72 : Répartition des ressortissants de l'UE (hors France) par nationalité, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	67,7	République tchèque	0,8
Bulgarie	18,0	Allemagne	0,6
Portugal	3,1	Royaume-Uni	0,6
Pologne	2,9	Belgique	0,3
Italie	1,8	Slovaquie	0,3
Espagne	1,8	Lituanie	0,3
Hongrie	0,8	Autres	1,0

(163) L'équivalent de 50 % du Smic pour un contrat d'un an rémunéré au Smic.

(164) Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

Le groupe des patients originaires de l'UE est nettement plus féminisé (49 % vs 38 %) que celui des autres étrangers ; il est également en moyenne plus jeune (30 ans vs 34 ans). En effet, plus de 25 % des ressortissants de l'UE sont âgés de moins de 20 ans (vs 11 % des autres étrangers), 23 % sont mineurs (vs 9 %). Cependant, ces différences sont dues pour l'essentiel à la présence des Roumains et des Bulgares, qui comptent une part très élevée de femmes comparativement aux autres ressortissants de l'UE (52 % vs 31 %), et qui sont également beaucoup plus jeunes en moyenne (29 ans vs 36 ans). On compte en effet 25 % de mineurs parmi les Roumains et les Bulgares, contre 13 % chez les autres ressortissants de l'UE.

Parmi les étrangers de l'UE, 72 % séjournent en France depuis moins de 1 an (vs 67 % des autres étrangers). Mais cette présence récente en France n'est qu'apparente dans la mesure où nombre de ressortissants de l'UE font des allers-retours entre la France et leur pays d'origine (Roumains et Bulgares principalement), comme en témoigne la part des ressortissants indiquant avoir déjà séjourné en France auparavant (32 %).

Concernant l'environnement familial, les ressortissants de l'UE indiquent 2 fois plus souvent que les autres étrangers vivre en couple (49 % vs 21 %) et 51 % déclarent avoir un ou plusieurs enfants mineurs (vs 37 % des autres étrangers), enfants qui vivent avec leurs parents dans la plupart des cas (66 %). Si la plupart des patients fréquentant les Casos connaissent des conditions de logement très difficiles, les ressortissants de l'UE sont de ce point de vue dans des situations encore plus précaires dans la mesure où seuls 15 % bénéficient d'un logement stable (vs 31 % des autres étrangers), 64 % vivent dans un logement précaire, 6 % sont hébergés par un organisme ou une association et 15 % sont à la rue.

Rappelons que, compte tenu de la faible part des étrangers pouvant occuper un emploi déclaré et disposer de ressources régulières, leur accès au parc de logement apparaît extrêmement limité. De fait, une large majorité occupe, souvent de manière illégale, des terrains dans lesquels l'accès à l'eau, à l'électricité, au ramassage des déchets ménagers... fait totalement défaut.

L'équipe de Marseille constate les conséquences que peuvent avoir ces conditions de vies sur la santé des enfants en particulier :



On constate peu de problèmes d'allaitement. En général, il se passe bien et ce en dépit du contexte : fatigue, multiples déplacements, stress, etc. En revanche, si les femmes doivent interrompre l'allaitement (quelle qu'en soit la raison), les nourrissons reçoivent généralement du lait de vache avec tout ce que cela comporte comme risques d'intolérances digestives et d'allergies. En effet, les femmes n'ont pas toujours accès à l'eau, et encore moins à l'eau potable. Il faut donc faire bouillir l'eau avant chaque biberon pour pouvoir diluer le lait maternisé..." [Action mobile auprès des populations roms de Marseille]

Par ailleurs, les opérations d'évacuations/expulsions de ces terrains sont particulièrement fréquentes, renforçant la fragilisation et la précarisation de ces populations en l'absence de propositions de relogement¹⁶⁵, comme en témoignent les équipes sur le terrain.



Médecins du Monde devait entamer, le 20 mai, une campagne de dépistage et de vaccination sur un campement de 450 Roms en Seine Saint-Denis. Mais le 19 mai on a vu arriver sur le campement des dizaines de CRS, masques de protection soigneusement plaqués sur le nez pour expulser les occupants. Si les policiers étaient ainsi protégés, c'est qu'ils ont été informés que courent chez les gamins du camp plusieurs cas de rougeole et quelques tuberculoses. « Tout le monde a été viré à la demande du département et de la ville » raconte une coordinatrice de Médecins du Monde. « Les ex-occupants sont désormais dispersés aux quatre coins du département et nous allons devoir retrouver les malades désormais en errance »..." [Mission Roms, Saint-Denis]



Nous avons eu l'occasion de croiser le lendemain T., un jeune enfant de 8 à 10 ans, qui avait fait une chute pour rattraper sa famille, qu'il n'a retrouvée que le lendemain. Il présentait des signes de fracture de l'avant-bras et la mère seule avec plusieurs enfants n'a pu le conduire pour des soins à l'hôpital. En effet, elle ne voulait pas se séparer du groupe qui était Porte de Clichy en attendant un lieu pour s'installer. Elle devait y aller le lendemain..." [Mission Roms, Saint-Denis]

(165) ORS Île-de-France, « Situation sanitaire et sociale des "Roms migrants" en Île-de-France », rapport, 2012, 144 pages.

En 2011, près des deux tiers (65,4 %) des ressortissants de l'UE reçus dans les Caso sont en situation irrégulière vis-à-vis de leur séjour en France et sont de fait confrontés à des risques d'éloignement du territoire français en cas d'interpellation.

Force est de constater que les ressortissants roumains et bulgares sont particulièrement touchés par ces procédures. En 2009, selon le rapport du Comité interministériel de contrôle de l'immigration, 29 % des mesures d'éloignement exécutées à partir de la France métropolitaine concernaient des ressortissants roumains ou bulgares. De plus, parmi les 10 608 « bénéficiaires » de l'aide au retour humanitaire en 2011 effectuée par l'Ofii, 82 % concernent des Roumains ou des Bulgares¹⁶⁶.

En avril 2011, forte de ses constats de terrain, Médecins du Monde a déposé devant le Comité européen des droits sociaux – organe du Conseil de l'Europe chargé de veiller à l'application de la Charte sociale européenne – une réclamation collective dénonçant la violation par la France des droits de l'enfant et des droits au logement, à la protection sociale et à la santé des populations roms en situation de grande pauvreté. La procédure, actuellement en cours, devrait être close par une décision du Comité à la fin de l'année 2012.

Moins de 10 % des ressortissants de l'UE disposent d'une couverture maladie

Près de 80 % des ressortissants de l'UE relèvent d'un dispositif de couverture maladie au regard de leurs déclarations (vs 76 % des autres étrangers) : 70 % de l'AME, 5 % de l'Assurance maladie et 4 % d'un dispositif de couverture sociale d'un autre pays européen. Ils ne sont, cependant, que 9 % à disposer de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus pour la première fois dans les Caso, proportion encore plus faible que celle des autres patients d'origine étrangère (14 %). La situation des Bulgares et des Roumains sur ces questions est encore plus préoccupante dans la mesure où seuls 7 % de ceux qui pourraient bénéficier d'une couverture maladie ont des droits effectivement ouverts.

Les freins à l'accès aux droits et aux soins cités par les ressortissants de l'UE recouvrent globalement ceux de

l'ensemble des consultants, avec, en premier lieu, les difficultés d'accès aux droits en lien avec le critère de résidence¹⁶⁷ (37 %) ou encore les problèmes pour s'orienter dans le système sanitaire et social français (33 %). L'obstacle linguistique, en revanche, est nettement plus prégnant parmi ces ressortissants (34 % vs 19 % des autres étrangers).

Les analyses montrent également que les ressortissants de Roumanie et de Bulgarie sont davantage confrontés à des difficultés liées au critère de résidence ou au refus de renouvellement des droits (39 % vs 25 %), ainsi qu'à la barrière linguistique (37 % vs 17 %), que les autres ressortissants de l'UE. Cela est lié au fait que les ressortissants de Roumanie et de Bulgarie ont tendance à réaliser davantage d'allers-retours entre la France et leur pays que les autres et sont, par conséquent, confrontés plus fréquemment au critère de résidence. Enfin, 48 % des ressortissants de l'UE ne disposent pas d'adresse postale et nécessitent donc une domiciliation pour l'ouverture des droits.

Des prises en charge médicales plus souvent de court terme

Au cours de l'année 2011, 8 560 consultations médicales ont été délivrées à 4 524 étrangers originaires de l'UE (hors France), soit 1,9 consultation par personne.

Les affections repérées chez les ressortissants de l'UE lors des consultations ne laissent apparaître aucune spécificité si ce n'est celle liée à l'âge. Les jeunes patients sont, en effet, plus spécifiquement concernés par des pathologies respiratoires aiguës et, au contraire, moins fréquemment par des affections cardiovasculaires et métaboliques, variations que l'on retrouve parmi les ressortissants de l'UE qui sont en moyenne plus jeunes (*figure 18 et tableau 73*).

Les besoins de prise en charge en matière de soins sont principalement de court terme, avec néanmoins 39 % des patients présentant des affections nécessitant un suivi plus long d'au moins 6 mois. Il s'agit de patients présentant une hypertension artérielle (5,4 %), des troubles du rythme cardiaque (2,5 %), un diabète (2,5 %) ou de l'asthme (2 %). Cela interroge bien sûr les modalités de ce suivi dans un contexte de quasi-absence de couverture maladie.

(166) Ofii, « Rapport d'activité 2011 », 2012, 72 pages.

(167) Présence en France inférieure à 3 mois ou manque de preuves de la présence en France.

Figure 18 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients étrangers originaires de l'UE (hors France) et des autres patients étrangers, 2011

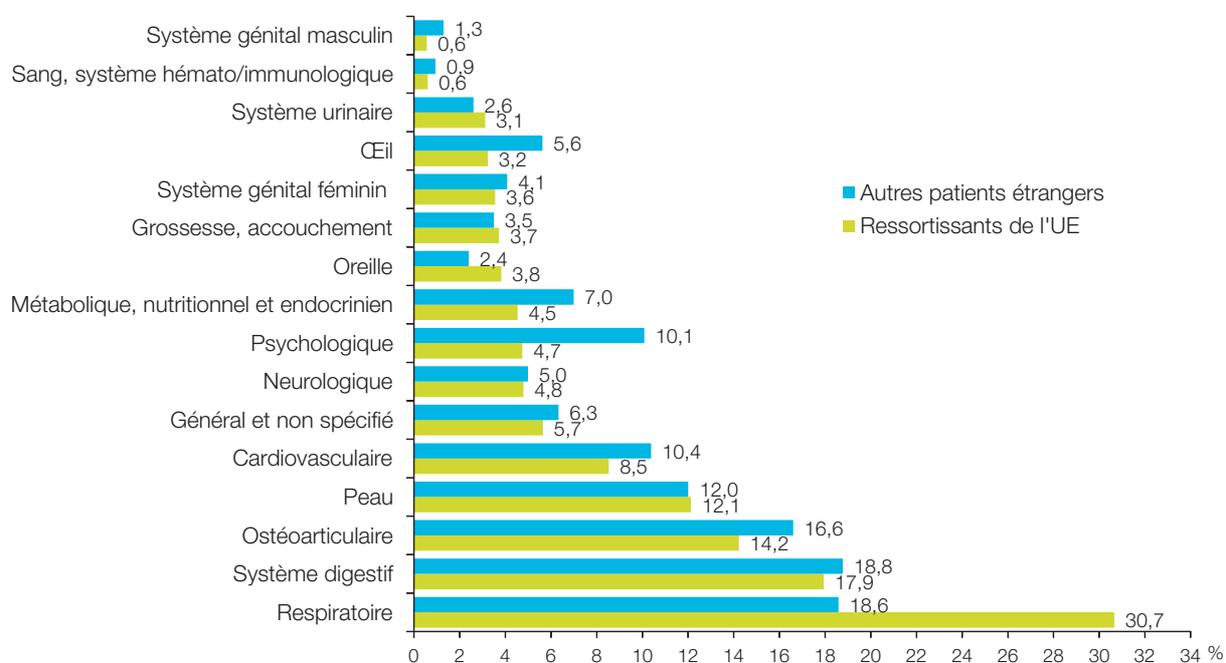


Tableau 73 : Problèmes de santé repérés chez les étrangers originaires de l'UE (hors France), 2011

(% en colonne)	Ressortissants de l'UE (hors France)	Autres patients étrangers	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	21,5	12,2	***
Symptômes et plaintes du système digestif	8,6	10,4	***
Infections respiratoires inférieures	7,7	4,7	***
Autres diagnostics du système digestif	7,5	8,3	ns
Affections dents-gencives	6,5	5,4	*
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,6	7,4	***
Syndrome dorsolombaire	5,5	4,7	*
Hypertension artérielle	5,4	6,4	*
Autres diagnostics locomoteurs	5,1	6,0	*
Symptômes et plaintes du rachis	4,4	4,6	ns
Besoins prévisibles de prise en charge¹			
< 6 mois	60,9	49,2	***
≥ 6 mois	38,6	45,7	***

¹ Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.

6. Les demandeurs d'asile

LES POINTS ESSENTIELS

- > En 2011, 31 % des étrangers reçus dans les Caso sont concernés par une demande d'asile (qu'ils aient ou non déposé leur demande, que celle-ci ait abouti favorablement ou non).
- > 6,9 % des patients accueillis dans les Caso ont une procédure de demande d'asile en cours (demande en cours ou recours).
- > 47 % des demandeurs d'asile vivent dans un logement précaire ou à la rue, alors que tous devraient bénéficier d'un logement en Cada.
- > Seuls 18 % des demandeurs d'asile disposent de droits ouverts lors de leur première consultation au Caso.
- > Les demandeurs d'asile sont 2 fois plus souvent affectés par des troubles psychologiques que les autres patients étrangers.



S. est kurde iranien, il a 21 ans. Nous le rencontrons régulièrement sur le camp de Tétéghem au mois de février 2011. Il a dû fuir l'Iran car sa vie y était menacée en raison de ses activités politiques. En effet, S. est militant pour le Parti démocratique kurde d'Iran, un parti qui, explique-t-il, veut l'instauration d'une république fédérale en Iran où les droits de la population kurde seraient respectés. Web-militant, S. a créé et anime deux blogs politiques sur la démocratie et la liberté en Iran. Il a quitté l'Iran il y a quelques mois car il risquait à tout moment d'être arrêté. À son arrivée en Angleterre, il déposera une demande d'asile politique. [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

Selon la Convention de Genève¹⁶⁸, un État doit accorder le statut de réfugié « à 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 [...] ». En France, le statut de réfugié prévoit l'octroi d'une carte de séjour de 10 ans. Pour les personnes ne relevant pas stricto sensu de la Convention de Genève, une protection subsidiaire est prévue par la loi pour une période de 1 an renouvelable.

L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) est chargé de recevoir et d'instruire les demandes d'asile. Le demandeur doit se rendre en préfecture pour retirer le formulaire à adresser à l'Ofpra. À cette occasion, la préfecture doit lui remettre un titre de séjour provisoire et lui proposer un hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile (Cada) ou, à défaut, une autre solution d'hébergement, ou encore une allocation temporaire d'attente (ATA) pendant toute la durée de sa procédure de demande d'asile.

En cas de rejet de la demande, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour demander l'annulation de la décision de l'Ofpra. Si la CNDA rejette sa demande, il est débouté du droit d'asile. Une demande de réexamen de la demande d'asile est possible en faisant état de faits nouveaux venant l'étayer, survenus postérieurement à la décision de la CNDA.

En 2011, selon le rapport annuel de l'Ofpra, la France a enregistré 57 337 demandes de protection internationale¹⁶⁹, dont 70 % de premières demandes¹⁷⁰. L'augmentation du nombre de demandeurs d'asile en France, constatée depuis 2007, se poursuit alors que les taux d'admission accordés par l'Ofpra ne cessent de diminuer. En effet, le taux global d'admission sur les dossiers examinés (incluant les décisions de la CNDA) s'élève à 25,3 % en 2011 alors qu'il était de 36 % en 2008. En 2011, 10 702 personnes ont été placées sous la protection de l'Ofpra (total des demandes d'asile admises par l'Ofpra ou la CNDA).

(168) Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés.

(169) Apatrides, réexamens et mineurs accompagnants compris.

(170) Ofpra, « Rapport d'activité 2011 », 2012, 105 pages.

Par ailleurs, depuis la dernière réforme du droit d'asile, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004, on observe un renforcement des procédures prioritaires¹⁷¹, qui n'assurent pas une protection pleine et entière des personnes pendant la durée d'instruction de leur demande. En 2011, l'Ofpra a traité près de 12 000 demandes d'asile en procédure prioritaire. Celles-ci représentent plus du quart de la demande globale.

Profil des demandeurs d'asile accueillis dans les Caso

En 2011, environ 31 % des étrangers originaires d'un pays hors UE sont concernés par une demande d'asile (soit 3 936 personnes) lors de leur première visite aux Caso, qu'ils aient ou non déposé leur demande (tableau 74). Depuis 2007, on observe une augmentation continue du nombre de personnes concernées par une demande d'asile parmi les consultants des Caso.

Parmi les étrangers concernés par une demande d'asile, 71 % ont déjà déposé leur demande lorsqu'ils sont reçus aux Caso. Dans 55 % des cas, ils sont dans l'attente d'une réponse de l'Ofpra, dans 26 % des cas ils sont déboutés du droit d'asile et dans 16 % des cas ils ont déposé un recours. Une petite minorité (2,5 %) s'est vu reconnaître le statut de réfugié (tableau 75).

Près de 29 % des étrangers ayant déclaré être concernés par une demande d'asile n'ont pas encore déposé leur demande le jour de la consultation au Caso, le plus souvent en raison de leur arrivée trop récente sur le territoire. Par ailleurs, 21 % indiquent rencontrer des difficultés pour mener les démarches et 6 % sont en attente du déroulement des procédures Dublin II et Eurodac.

Les analyses suivantes présentent les principales caractéristiques des demandeurs d'asile dont la procédure est en cours¹⁷². Elles concernent 1 637 personnes accueillies dans les Caso, soit 6,9 % de l'ensemble des patients.

Tableau 74 : Évolution du nombre et de la proportion des étrangers concernés par une demande d'asile reçus dans les Caso de 2001 à 2011

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
%	30,0	28,5	27,0	31,2	27,7	19,3	26,2	27,4	32,8	38,0	31,4
Effectif	5 810	5 137	3 480	4 514	4 059	2 677	2 379	2 765	3 304	3 775	3 936

Tableau 75 : Personnes (originaires d'un pays hors UE) concernées par une demande d'asile reçues dans les Caso, 2011

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	31,4	3 936
dont...		
– demande non déposée	28,9	1 137
– demande déposée	71,1	2 799
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
Débouté(s)	26,0	594
Demande Ofpra en cours (ou procédure prioritaire)	55,0	1 259
Recours en cours	16,5	378
Reconnu(e)s réfugié(e)s	2,5	57
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile		
Arrivée trop récente	72,7	635
Difficultés pour les démarches	21,5	188
Placement en procédure Dublin II ou Eurodac	6,3	55

Taux de réponses : Demande d'asile : 74,4 % ; Situation si demande d'asile déposée : 81,7 % ; Motif de non-dépôt de la demande : 76,8 %.

(171) La procédure prioritaire est une procédure accélérée (en moyenne 2 semaines d'examen) qui ne donne pas droit à une place en Cada, à l'ATA ou à la sécurité sociale. Cette procédure concerne principalement les demandes de réexamen, les demandes dites « manifestement infondées » et les personnes originaires de soi-disant « pays sûrs ». Au 31 décembre 2011, 20 pays figuraient sur la liste des pays d'origine sûrs (Albanie, Arménie, Bangladesh, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Croatie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Mali (pour les hommes uniquement), Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Tanzanie, Serbie, Ukraine).

(172) Procédure de demande en cours ou recours (hors déboutés).

En 2011, 60 % des demandeurs d'asile sont des hommes, ils sont sensiblement plus jeunes que les autres étrangers (l'âge moyen est de 30,6 ans vs 33,2 ans), et 81 % sont âgés de moins de 40 ans (contre 69 % parmi les autres étrangers). Un peu moins de 8 % sont mineurs (vs 4,5 %).

Un peu plus d'un tiers (35 %) des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne, 36 % d'un pays européen et 15 % d'Océanie ou d'Amériques. Le détail des nationalités les plus représentées parmi ces patients révèle, comme les années précédentes, la forte représentation des étrangers originaires de l'ex-Yougoslavie et de Russie-Tchéchénie, devant les ressortissants d'Haïti. Relevons également l'émergence de deux nationalités en 2011 : le Bangladesh et la Géorgie (tableau 76).

Près de 8 demandeurs d'asile sur 10 résident en France depuis moins de 1 an, 48 % depuis moins de 3 mois (contre respectivement 34 % et 67 % des autres étrangers).

La majorité des demandeurs d'asile vivent seuls (69 % vs 75 % des autres étrangers). Par ailleurs, 57 % indiquent avoir un ou plusieurs enfants mineurs vivant le plus souvent (51 %) avec eux.

Un dispositif d'accueil au bord de l'explosion

Les conditions d'accueil des demandeurs d'asile en France se dégradent. On peut citer une restriction de l'accompagnement social et des prestations réservées aux demandeurs d'asile, une augmentation de la taxe à verser à l'Office

français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), une insuffisance criante du nombre de places en Cada. En effet, on compte, au 30 juin 2011, 21 410 places d'hébergement en Cada sur l'ensemble du territoire métropolitain et aucune dans les départements ou collectivités d'outre-mer¹⁷³ couvrant près de la moitié des besoins des demandeurs d'asile. Cela a pour conséquence une augmentation du nombre de demandeurs d'asile sans hébergement stable, et ce problème concerne aussi des familles avec enfants.

Par ailleurs, si la récente régionalisation de l'asile¹⁷⁴ a eu pour effet d'entraver la liberté de mouvement des demandeurs d'asile en les obligeant à se rendre dans les préfectures de région¹⁷⁵ pour retirer leur dossier de demande et obtenir leur autorisation provisoire de séjour, elle a eu également pour conséquence de les concentrer dans certaines villes où les capacités d'accueil administratif et d'hébergement ont rapidement été saturées.

En 2011, seuls 15 % des demandeurs d'asile rencontrés dans les Caso déclarent un logement stable, 38 % sont hébergés par un organisme ou une association pour au moins 15 jours, 28 % vivent dans un logement précaire et 19 % sont à la rue. Parmi ces derniers, 9 % sont mineurs (soit 21 mineurs).

En conséquence, en contradiction avec les textes internationaux et nationaux, force est de constater que de plus en plus de personnes, parfois avec enfants, se retrouvent à la rue, sans aucunes ressources, alors qu'elles ont vécu des événements traumatiques les ayant poussés à fuir leur pays.

Tableau 76 : Répartition par nationalité des demandeurs d'asile¹ reçus dans les Caso, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Ex-Yougoslavie	12,0	Congo-Brazzaville	3,8
Russie-Tchéchénie	10,2	République démocratique du Congo	3,7
Haïti	6,3	Bangladesh	3,7
Guinée Bissau	5,9	Géorgie	3,6
Arménie	5,6	Pérou	2,7
Guinée	4,3	Soudan	2,5
Nigéria	3,9	Autres	31,8

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

(173) À Mayotte, les demandeurs d'asile titulaires d'une autorisation provisoire de séjour ne peuvent prétendre à un hébergement en Cada (l'article L. 348-1 du Code de l'action sociale et des familles est inapplicable à Mayotte).

(174) La régionalisation de l'accueil des demandeurs d'asile, expérimentée depuis juin 2006 à l'initiative du Comité interministériel de contrôle de l'immigration, a été poursuivie en 2009 et pérennisée à de nombreuses régions. Dans ces régions, les préfectures de chef-lieu de région centralisent l'ensemble des demandes d'asile. De plus, les plates-formes associatives qui assuraient depuis 2002 dans les départements, une mission de 1er accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile ont été progressivement supprimées au profit de plates-formes régionales.

(175) Et non plus à la préfecture la plus proche de leur lieu de « résidence ».

DÉJÀ TRÈS ÉPROUVÉE PAR LA SITUATION VÉCUE DANS LE PAYS D'ORIGINE, LA FAMILLE N'EST PLUS RÉUNIE ET VIT DANS UNE INSÉCURITÉ MATÉRIELLE ET PSYCHOLOGIQUE MAJEURE »

“ Un couple et leurs trois enfants (âgés de 13, 6 et 3 ans) arrivent de Tchétchénie d'où ils ont fui les persécutions. Le parcours migratoire les a fait transiter par la Pologne. Arrivés en France, ils souhaitent s'installer à Nice où ils ont de la famille déjà en demande d'asile. La Préfecture de Nice n'enregistre pas leur demande d'asile et fait une demande de réadmission en Pologne. Ils ont obtenu une domiciliation administrative mais aucun hébergement ne leur est proposé puisqu'ils ne sont pas considérés comme demandeur d'asile en France. La famille est alors contrainte de se séparer pour ne pas vivre dans la rue. L'aînée des enfants, est hébergée chez une camarade de classe, l'enfant de 6 ans par de la famille (vivant à 5 dans une chambre d'hôtel meublé), la mère et le plus jeune enfant de 3 ans trouvent une solution chez des amis et le père, essaie de trouver des solutions au jour le jour. Les parents doivent, pour voir leurs enfants scolarisés, prendre des transports en commun plusieurs heures par jour. Toutes ces solutions de fortune peuvent s'interrompre du jour au lendemain.... Déjà très éprouvée par la situation vécue dans le pays d'origine, la famille n'est plus réunie et vit dans une insécurité matérielle et psychologique majeure. On imagine les conséquences d'une telle situation sur la santé mentale de l'ensemble des membres de cette famille.” [Caso de Nice]

Un accès difficile à la couverture maladie

Selon la législation en vigueur, tous les demandeurs d'asile dont la procédure est en cours devraient pouvoir bénéficier d'une couverture maladie de base et de la CMUc sans durée préalable de séjour (sous conditions de ressources). Dans

les faits les demandeurs d'asile accèdent difficilement à une couverture maladie comme en témoignent les résultats observés dans les Caso : seuls 18 % des demandeurs d'asile disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont vus la première fois au Caso.

Les obstacles à l'accès aux droits évoqués par les demandeurs d'asile se concentrent davantage autour des difficultés administratives et de la complexité des démarches (45 % vs 27 % des autres étrangers). La barrière linguistique est également plus prégnante dans ces populations (34 % vs 21 %). Enfin, un tiers des demandeurs d'asile évoque la méconnaissance des droits auxquels ils peuvent accéder (36 % vs 31 % des autres étrangers) alors qu'ils devraient en être informés au moment du dépôt de leur demande en préfecture ou dans les plateformes d'accueil spécifiques aux demandeurs d'asile.

Des troubles psychologiques plus fréquents chez les demandeurs d'asile

En 2011, 2 698 consultations médicales ont été effectuées auprès de 1 475 demandeurs d'asile, soit 1,8 consultation par personne (vs 1,9 pour les autres étrangers). Les principales affections repérées chez les demandeurs d'asile sont d'ordre digestif, respiratoire et dermatologique (figure 19). Notons la fréquence élevée des troubles psychologiques qui se placent au troisième rang des diagnostics posés et qui sont très nettement majorés chez les demandeurs d'asile par rapport à l'ensemble des autres patients étrangers (17,3 % vs 9,0 %). Ces troubles psychologiques sont pour l'essentiel des troubles anxieux, du stress, et des syndromes dépressifs (tableau 77).

La fréquence élevée de la souffrance psychique des demandeurs d'asile est une constante dans l'observation que mène Médecins du Monde¹⁷⁶. Les violences et les persécutions qui les ont amenés à fuir leur pays ainsi que les situations d'extrême précarité qu'ils connaissent une fois arrivés en France sont très certainement en lien avec cette prévalence importante de la souffrance psychologique¹⁷⁷.

Rappelons également que les demandeurs d'asile sont 30 % à indiquer avoir été victimes de divers types de violences (contre 8 % pour les autres patients¹⁷⁸). Pour plus de détails voir également le chapitre « Les souffrances psychiques et les pathologies psychiatriques repérées chez les patients » (page 83).

(176) Observatoire international de l'accès aux soins de Médecins du Monde, « Accès aux soins des populations les plus vulnérables dans l'Union européenne en 2012. Un aperçu de la situation des personnes exclues des systèmes de soins dans l'UE », 2012, 25 pages.

(177) Steel Z., et al. « Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement : a systematic review and meta-analysis », JAMA, 2009,302 : 537-49.

(178) Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence du fait du faible taux de réponses.

Figure 19 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients étrangers et des demandeurs d'asile, 2011

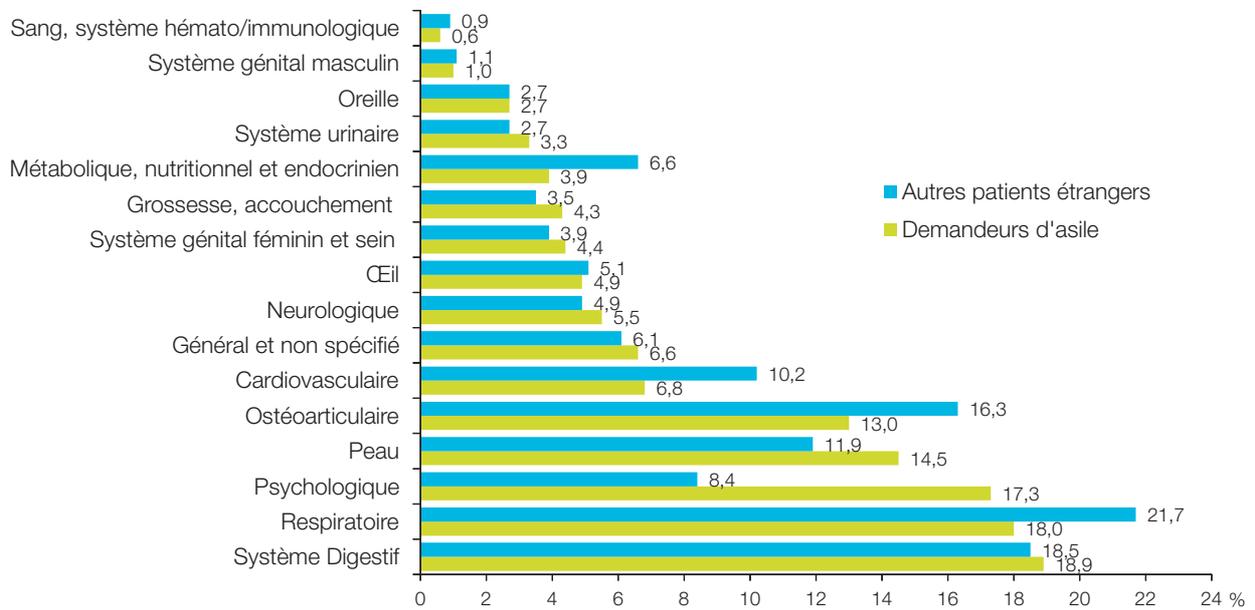


Tableau 77 : Problèmes de santé repérés chez les demandeurs d'asile reçus dans les Caso, 2011

(% en colonne)	Demandeurs d'asile ¹	Autres patients étrangers	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	12,0	14,5	*
Symptômes et plaintes du système digestif	11,7	9,5	*
Angoisse/Stress/Troubles somatiques	11,3	6,4	***
Autres diagnostics du système digestif	8,3	8,1	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,6	7,0	ns
Symptômes et plaintes généraux	5,8	3,6	***
Autres pathologies cutanées	5,7	4,0	**
Symptômes et plaintes neurologiques	5,7	3,5	***
Syndrome dépressif	5,5	2,2	***
Parasitoses/Candidoses	5,2	4,1	ns
Besoins prévisibles de prise en charge²			
< 6 mois	53,1	51,6	ns
≥ 6 mois	40,4	44,3	*

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

² Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.

7. Les personnes en situation irrégulière

LES POINTS ESSENTIELS

- > En 2011, près de 12 000 personnes accueillies dans les Caso sont en situation irrégulière, soit 72 % des consultants étrangers de plus de 18 ans.
- > Ces patients sont plus jeunes et plus fréquemment des hommes que les patients en situation régulière.
- > Ils sont originaires pour l'essentiel du Maghreb (29 %) ou d'Afrique subsaharienne (28 %), 17% de l'Union européenne, et sont présents majoritairement (61%) en France depuis moins de 1 an.
- > 52 % vivent dans un lieu précaire, 13 % sont sans domicile.
- > Plus de la moitié (56 %) limitent leurs déplacements par peur d'une arrestation.

À l'exception des mineurs, tous les étrangers ressortissants d'un pays n'appartenant pas à l'Union européenne (UE) doivent posséder une autorisation de séjour pour résider en France. Les ressortissants de l'UE peuvent séjourner librement en France pour une durée de 3 mois¹⁷⁹. Au-delà, ils doivent remplir certaines conditions pour être en situation régulière : disposer de ressources suffisantes et d'une couverture maladie. Ainsi, les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, sans ressources et sans couverture maladie, sont considérés en situation irrégulière. Il est, par définition, très difficile de connaître le nombre d'étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire national. Les estimations varient fortement selon les sources et indiquent une fourchette entre 200 000 et 400 000, soit l'équivalent de 0,3 à 0,6 % de la population française.

Une augmentation du nombre de « sans-papiers » accueillis dans les Caso

En 2011, les Caso ont accueilli 11 955 personnes en situation irrégulière, soit près de 72 % des consultants étrangers de plus de 18 ans. Si le nombre de patients en situation irrégulière a beaucoup fluctué entre 2000 et 2006, on constate depuis 2007 une augmentation constante de leur nombre (tableau 78).

Les analyses suivantes ne concernent que les personnes âgées de 18 ans et plus, en situation irrégulière¹⁸⁰ (elles sont comparées aux autres étrangers majeurs en situation régulière).

Tableau 78 : Évolution du nombre et de la proportion¹ de patients étrangers sans autorisation de séjour reçus dans les Caso de 2000 à 2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
%	9,3	44,2	46,6	47,3	58,7	71,0	76,8	72,3	73,8	71,2	67,2	71,7
Effectif	7 697	7 914	6 544	6 086	8 564	10 855	11 312	8 472	9 696	10 067	10 379	11 955

¹ Parmi l'ensemble des étrangers de plus de 18 ans.

(179) Au titre de la liberté de circulation.

(180) Les mineurs ne peuvent pas être considérés en situation irrégulière au regard du droit des étrangers.

Les adultes étrangers en situation irrégulière se distinguent des autres étrangers par une proportion plus importante d'hommes (65 % vs 55 %). Ils sont également en moyenne plus jeunes (35,6 ans vs 39,0 ans). Près de 70 % d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans (vs 59 %).

Près de 60 % de ces patients sont originaires du Maghreb (29%) et d'Afrique subsaharienne (28 %). 16,7 % sont originaires de l'UE (dans 74 % des cas il s'agit de ressortissants de Roumanie et dans 12 % des cas de Bulgarie). Enfin, 10,3 % des patients en situation irrégulière sont originaires d'Europe hors UE. En 2011, on constate également une augmentation de la part des ressortissants du Maghreb par rapport à 2010, en lien sans doute avec les révolutions arabes et la migration de nombreuses personnes de ces pays.

Les 4 nationalités les plus représentées sont les l'Algérie, la Roumanie, la Tunisie et le Maroc. Relevons l'augmentation importante de la part des Tunisiens par rapport à l'année précédente (6 % en 2010), ainsi que l'apparition de l'Inde parmi les nationalités les plus représentées (*tableau 79*).

Parmi les étrangers sans titre de séjour, 6 sur 10 résident en France depuis moins de 1 an et 21 % déclarent une durée de résidence supérieure à 3 ans (vs 13 % des autres étrangers). Ce sont les ressortissants du Maghreb et d'Asie qui déclarent les durées totales de séjour les plus importantes.

Précisons que 17 % environ des étrangers sans titre de séjour indiquent avoir vécu antérieurement en France, et tout particulièrement les ressortissants de l'UE, qui sont 31 % dans cette situation.

Les étrangers sans autorisation de séjour vivent dans 77 % des cas seuls, plus d'un tiers (37 %) indiquent par ailleurs avoir des enfants mineurs qui, dans la majorité des cas, ne vivent pas avec eux.

Leurs conditions de logement sont, comme pour l'ensemble des consultants, globalement très dégradées : seuls 27 % disposent d'un logement stable, 52 % vivent dans un lieu précaire, 8 % sont hébergés par une association et 13 % sont sans logement.

Un difficile accès à l'AME

Les étrangers en situation irrégulière sur le territoire français ont des droits fondamentaux. En particulier, les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une présence ininterrompue d'au moins 3 mois sur le territoire français relèvent tous théoriquement du dispositif AME. En 2011, 81 % des étrangers sans titre de séjour accueillis dans les Caso remplissaient les conditions d'obtention de l'AME, or seuls un peu moins de 10 % bénéficiaient de droits effectivement ouverts lors de leur premier contact au Caso.

Les obstacles liés à l'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière se concentrent autour de 4 thématiques : la méconnaissance du système sanitaire et social français (37 %), les difficultés multiples d'accès aux droits (33 %) avec en premier lieu l'impossibilité d'apporter une preuve de résidence (17 %), les difficultés administratives liées à la complexité des démarches (29 %), et la barrière de la langue (22 %). Enfin, l'absence d'adresse postale et la nécessité d'une domiciliation pour l'ouverture des droits reste un réel problème et concerne près de 32 % de ces patients (âgés de 16 ans et plus).

Tableau 79 : Répartition des patients sans autorisation de séjour selon leur nationalité, 2011

Nationalités	%	Nationalités	%
Algérie	12,8	Moldavie	3,6
Roumanie	12,3	Côte d'Ivoire	3,2
Tunisie	10,0	Inde	2,8
Maroc	5,5	Sénégal	2,4
Pakistan	4,9	Mali	2,1
Cameroun	4,0	Congo-Brazzaville	2,1
Comores	3,7	Autres	30,6

➔ LES MIGRANTS EN TRANSIT POUR L'ANGLETERRE : DES CONDITIONS DE VIE INHUMANES ET UN CONTEXTE D'INSÉCURITÉ ET DE PRESSION PERMANENT QUI NE FACILITENT PAS LE SUIVI MÉDICO-SOCIAL

Depuis la fermeture en novembre 2002 du centre d'hébergement et d'accueil d'urgence humanitaire administré par la Croix-Rouge à Sangatte, des migrants continuent d'affluer chaque jour à Calais et sur l'ensemble du littoral de la région Nord-Pas-de-Calais dans le but de rejoindre l'Angleterre.

Parce qu'ils sont dispersés sur le territoire et en logique de transit, il est très difficile de connaître le nombre de migrants présents dans la région. On peut toutefois estimer leur nombre à quelques centaines¹⁸¹. Ces personnes viennent essentiellement de pays en conflits, et principalement d'Afghanistan, du Pakistan, d'Iran, d'Irak et des pays de la Corne de l'Afrique. L'Angleterre est dans la majorité des cas leur destination privilégiée pour diverses raisons : leur communauté y est fortement implantée, les contrôles d'identité sont moins importants qu'en France, le travail et les conditions d'accueil des demandeurs d'asile y sont réputés plus accessibles... Ces populations vivent en France dans un climat d'insécurité permanent, craignant les contrôles de police et d'être expulsées à tout moment. Étant le plus souvent en situation irrégulière et de passage, ils n'ont aucun droit à une couverture maladie¹⁸². Les Permanences d'accès aux soins (Pass) et le dispositif « Fonds soins urgents et vitaux » (FSUV) constituent leur seule possibilité d'accès aux soins, lorsqu'ils existent.



L. est afghan, il aurait 19 ans, à l'instar d'un certain nombre d'Afghans présents sur les campements du littoral. Il dit avoir obtenu le statut de réfugié en Italie. Nous le rencontrons pour la première fois le 26 avril 2011 sur le camp de Grande-Synthe. Le 21 juin, nous le retrouvons sur le camp de Tétéghem. Il nous explique alors qu'il est allé en Norvège mais a été renvoyé vers l'Italie, d'où il est revenu en France. Le 20 juillet, nous apprenons que L. a été contrôlé puis arrêté à la gare de Dunkerque et conduit au centre de rétention de Coquelles, où une mesure de renvoi vers l'Italie a été prise à son encontre et mise en application dès le lendemain matin. Le 18 août 2011, nous rencontrons de nouveau L. sur le camp de Tétéghem. Il vient vers nous fatigué et nous annonce que, pour la 11^e fois, il a été renvoyé dans un autre pays européen. Cette fois-ci, comme de nombreuses fois auparavant, la destination était l'Italie¹⁸³." [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

En attendant de pouvoir franchir la frontière, les migrants se regroupent dans des campements et des squats où les conditions de vie sont sommaires et fortement préjudiciables à leur santé. L'accès à l'eau y est insuffisant voir inexistant et les conditions d'hygiène déplorables (pas de gestion des déchets, ni des excréments...). Ces conditions de vie sont aggravées par les pressions et harcèlements policiers incessants qui précarisent les migrants. Le matériel humanitaire distribué est souvent confisqué voire détruit, les squats ou lieux de repos vidés. Les migrants se retrouvent dans une extrême vulnérabilité et leur état de santé physique et mentale dégradé : ils ne dorment pas ou peu, souvent sous les ponts ou dans des parcs, en perpétuel état de vigilance. Le suivi médico-social de ces populations est particulièrement difficile du fait de leur situation de transit, mais également de la peur des contrôles policiers.

Dès 2003, Médecins du Monde s'est mobilisé pour assurer des consultations médicales auprès de ces publics. Face à l'ampleur des besoins et à la situation d'urgence permanente, Médecins du Monde a officiellement ouvert la « mission Calais » en mars 2005. Son objectif principal était de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes en transit à Calais et d'identifier et mobiliser un réseau local, capable d'assurer leur prise en charge sanitaire (hôpital, médecins de ville, infirmiers, structures sanitaires publiques, etc.). Suite à l'ouverture d'une Pass à l'hôpital de Calais en décembre 2006, Médecins du Monde a réorienté ses activités de terrain sur le Dunkerquois à travers la création d'une clinique mobile. En 2010, des volets « eau et sanitation » et « construction d'abris » ont été développés, destinés à améliorer les conditions de vie et les conditions sanitaires sur les campements du Dunkerquois. Enfin, depuis fin 2011, des médiateurs accompagnent les équipes médicales lors des interventions afin de créer du lien et de la confiance avec les migrants, de repérer les situations de vulnérabilité, de les informer sur leurs droits, de les orienter et de les accompagner suivant leurs besoins.

En 2011, l'équipe de la clinique mobile a effectué 1 405 consultations lors de 152 interventions sur les sites de Grande-Synthe et Tétéghem. Étant donné qu'il s'agit de populations extrêmement mobiles, en logique de transit, il est très difficile d'établir une file active des patients reçus. La population présente sur les campements du Dunkerquois est presque exclusivement composée d'hommes (96,2 %). Il s'agit d'une population très jeune (moyenne d'âge : 21,8 ans) : les 15-24 ans représentent près de 57 % des patients reçus en consultation et plus d'un tiers se déclarent mineurs.

En 2011, 44 % des consultants sont de nationalité afghane, 24,1 % de nationalité iranienne et 14,5 % de nationalité irakienne.

Les principales pathologies diagnostiquées sont des affections dermatologiques (28,6 %), des troubles ORL (26,5 %), ostéoarticulaires (10,0 %), gastro-entérologiques (9,8 %), des problèmes dentaires et stomatologiques (8,6 %) et des traumatismes (7,8 %). Ces pathologies sont principalement liées aux conditions de vie et aux risques liés aux

(181) Estimation Médecins du Monde : entre 300 et 600 migrants en 2011.

(182) L'obtention de la CMU est conditionnée au dépôt d'une demande d'asile et l'AME n'est accessible qu'aux personnes sans titre de séjour résidant sur le territoire français depuis au moins 3 mois.

(183) La convention de Dublin II prévoit que le premier État qui a délivré un visa ou par lequel le demandeur d'asile est entré dans l'« espace Dublin » est responsable de la demande d'asile. À cette fin, un fichier de recherche d'empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile a été créé afin de savoir si une personne a été enregistrée dans un État membre. Si la France considère que la demande d'asile incombe à un autre pays de l'« espace Dublin », la personne n'est pas admise au séjour et est susceptible d'être reconduite dans le pays par lequel elle est entrée, sous réserve d'acceptation de celui-ci dans un délai de 3 mois.

tentatives de passage en Angleterre (chutes des camions). Du fait de la forte mobilité de ces populations, il est très difficile de planifier leur accompagnement et de mettre en place un suivi médical ou social. Toutefois, grâce à un partenariat mis en place avec la Pass de Dunkerque, parmi les 93 personnes orientées vers la Pass, 66 ont bénéficié d'une ou plusieurs consultations, soit 70 % des personnes repérées.

À Calais comme à Dunkerque, la pression exercée par les forces de police sur les populations migrantes est très forte. L'acharnement et les moyens mis en œuvre pour contrôler la population migrante en transit sont très importants et la situation se rapproche, de ce fait, d'une pratique de harcèlement. Sous couvert de lutte contre les réseaux mafieux et parce que ces populations sont généralement en situation irrégulière, la stratégie adoptée par les autorités françaises semble être de décourager et de démoraliser les migrants par tous les moyens (interpellations pluriquotidiennes, destructions des abris, matériel personnel confisqué voire détruit...) pour qu'ils renoncent à leur projet de passer en Angleterre.



K. nous explique qu'il a été découvert dans le port de Calais par la police à bord d'un camion au moment des contrôles français. Il est conduit au commissariat de Coquelles, où il reste plusieurs heures. Relâché, il décide de rentrer à Téteghem et prend un bus pour la gare de Calais, d'où partent des trains pour Dunkerque. À la gare, il est contrôlé et arrêté par la police. Il explique aux policiers qu'il sort tout juste du commissariat en montrant les documents qui lui avaient été remis et son ticket de bus. Les policiers le reconduisent néanmoins à Coquelles, où il passe de nouveau quelques heures au commissariat avant de pouvoir repartir libre." [Mission Migrants littoral Nord-Pas-de-Calais]

En 2011, la situation des migrants ne s'étant pas améliorée (malgré les multiples alertes des associations intervenants auprès des migrants sur le littoral du Nord-Pas-de-Calais), Médecins du Monde, avec d'autres associations, a saisi dès sa nomination le Défenseur des droits afin de l'alerter sur le harcèlement intensif des forces de police à l'égard des migrants. Après une enquête, de nombreuses auditions et des visites sur place, un avis et des recommandations du Défenseur des droits devraient être rendus publics à la fin de l'année 2012.

Une peur de se déplacer qui a des répercussions sur l'accès et la continuité des soins

Signalons également que 56 % des étrangers en situation irrégulière déclarent limiter leurs déplacements ou leurs activités par peur d'une arrestation, ce qui peut être un frein important lorsqu'il s'agit de se faire soigner ou d'effectuer des démarches administratives.

Au cours de l'année 2011, 10 170 étrangers en situation irrégulière ont bénéficié de 18 993 consultations médicales (1,9 consultation par personne).

Les étrangers en situation irrégulière ne présentent pas de spécificités importantes au regard des pathologies diagnostiquées par rapport à l'ensemble des autres patients étrangers. Les affections digestives, ostéoarticulaires, respiratoires et dermatologiques sont les plus fréquentes parmi ces consultants. On peut toutefois noter une fréquence plus importante des troubles psychologiques et inversement une moindre fréquence des affections cardiovasculaires (et en particulier l'hypertension artérielle) (tableau 80), variation probablement imputable à la moyenne d'âge plus faible des étrangers sans titre de séjour.

Ces patients sont néanmoins près de la moitié (47 %) à nécessiter une prise en charge médicale d'au moins 6 mois lorsqu'ils se présentent aux Caso, ce qui souligne toute l'importance d'un accès aux droits le plus rapide possible. Les pathologies nécessitant une prise en charge sur du long terme sont les pathologies cardiovasculaires (cardiopathies, HTA, pathologies vasculaires), les syndromes anxieux ou dépressifs, le diabète et/ou l'asthme.

Figure 20 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients étrangers selon leur situation au regard du séjour en France, 2011

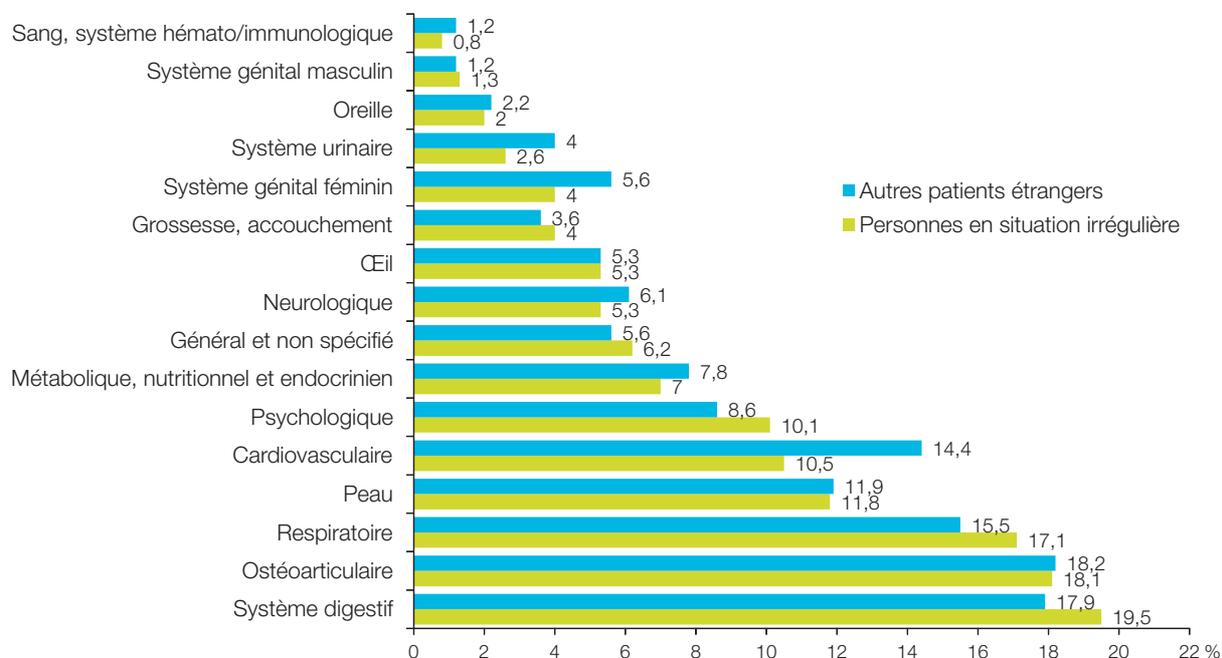
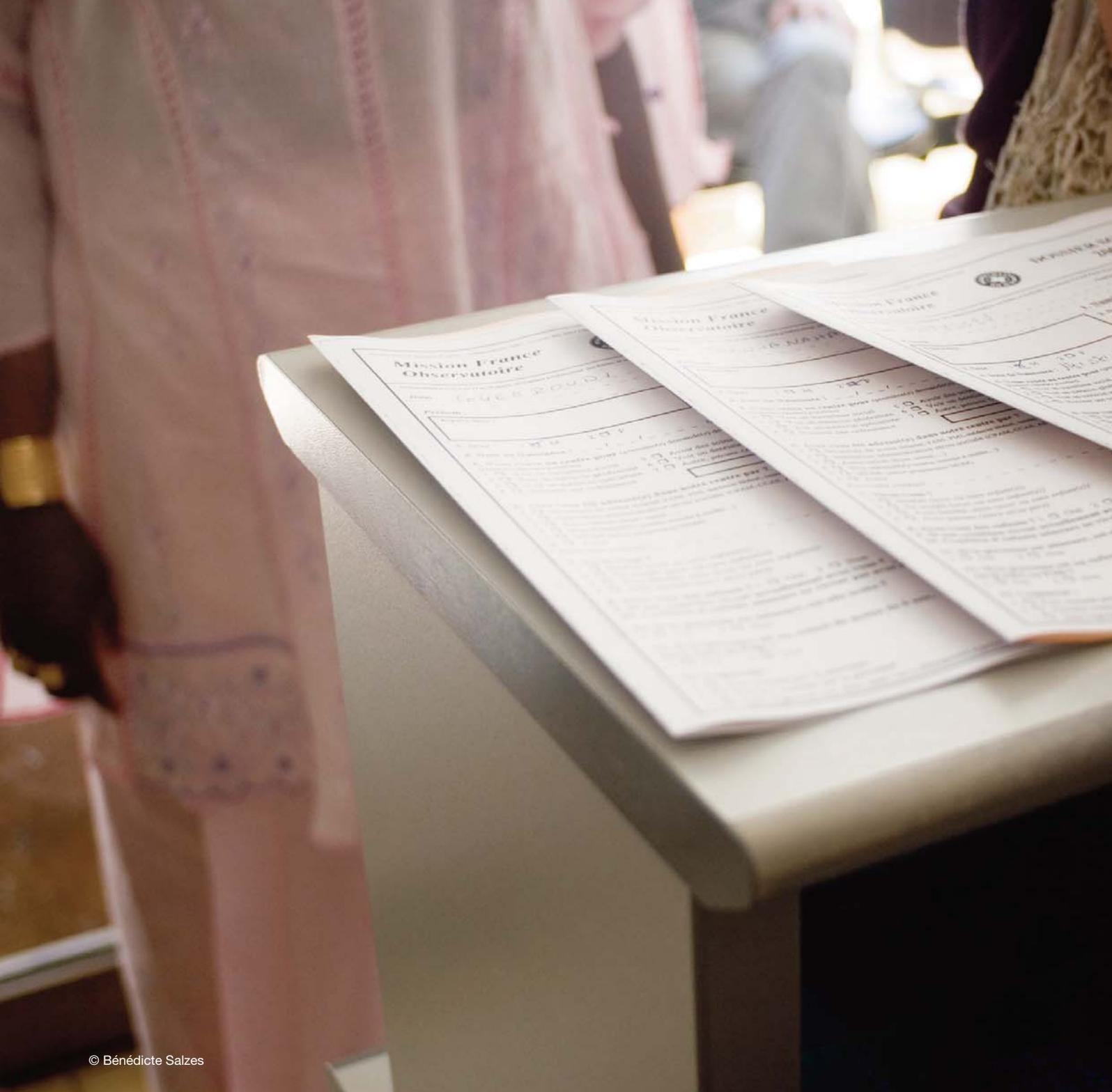


Tableau 80 : Problèmes de santé repérés chez les étrangers selon leur situation au regard du séjour en France, 2011

(% en colonne)	Personnes en situation irrégulière	Autres patients étrangers	p
Problèmes de santé les plus fréquemment repérés			
Infections respiratoires supérieures	10,8	9,8	ns
Symptômes et plaintes du système digestif	10,1	10,7	ns
Autres diagnostics du système digestif	8,9	8,5	ns
Angoisse / Stress / Troubles somatiques	7,9	6,9	*
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,6	7,6	ns
Autres diagnostics locomoteurs	6,5	7,1	ns
Affections des dents et des gencives	6,2	4,6	***
Hypertension artérielle	5,9	10,2	***
Syndrome dorsolombaire	5,7	5,6	ns
Symptômes et plaintes du rachis	5,1	5,1	ns
Besoins prévisibles de prise en charge¹			
< 6 mois	48,1	45,3	**
≥ 6 mois	47,4	53,2	***

¹ Le total des besoins de prise en charge selon la durée de prise en charge est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections nécessitant des besoins de prise en charge différents. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation plusieurs pathologies avec des besoins de prise en charge distincts soient identifiées.



© Bénédicte Salzes

ANNEXES

- Méthodologie du recueil de données dans les Caso
- Dossiers médical, social et dentaire des Caso en 2011
- Ensemble des nationalités accueillies dans les Caso en 2011
- Activités par Caso
- Proportion des différents types de population 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 nos accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins et dentistes, à l'aide de dossiers (*annexe 2*).

Plusieurs outils existent :

■ **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 2 ans auparavant afin de réactualiser les informations le concernant). 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 quant à 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 et les informations recueillies dans la mesure du possible lors de la première consultation du patient (*questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, violences subies et antécédents obstétricaux*) ;
2. un volet contenant les motifs de consultation, les diagnostics posés par les médecins et les traitements, 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 l'objectif de chaque question, d'aider à leur bon remplissage et de fournir des explications, quand cela est nécessaire, sur les dispositifs législatifs en cours.

Chaque année, les dossiers socio-médicaux sont revus et modifiés si nécessaire 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, infirmiers, 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 est incluse dans le dossier médical du patient. Elle permet d'identifier les patients ayant subi des violences (et le type de violences) avant ou après leur parcours migratoire.

■ Enfin, **des fiches spécifiques** à chaque intervenant (dossier soins infirmiers, pédicure/podologue, kinésithérapie...) et qui lui leur permettent d'enregistrer tous les actes réalisés ont été mises en place.

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 procédures de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (*système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.*) et 7 rubriques.

(1) Pour plus d'informations sur la CISP, se référer au site internet du CISP-Club www.ulb.ac.be/esp/cisp, ou, pour télécharger la grille : www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers.html.

■ **17 chapitres** (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A Général et non spécifié²
- B Sang, système hématopoïétique / immunologie (**B**lood, sang)
- D Système Digestif
- F Œil
- H Oreille (**H**earing, audition)
- K Cardiovasculaire
- L Ostéoarticulaire (**L**ocomotion)
- N Neurologique
- P Psychologique
- R Respiratoire
- S Peau (**S**kin, peau)
- T Métabolique, nutrition, endocrinien
- U Système Urinaire
- W Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, femme)
- X Système génital féminin et sein (**X**romosome X)
- Y Système génital masculin et sein (**Y**romosome 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 et **76** = code spécifique / rubrique infection (jaune))

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemples :

- Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : **K 60** (**K** = cardiovasculaire / **60** = code spécifique procédure (gris))

- Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63**
(**N** = neurologique / **63** = code spécifique procédure (gris))
- Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45**
(**W** = grossesse, accouchement et planification familiale / **45** = code spécifique procédure (gris))

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;
- Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...);
- Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19).

La CISP est intégrée depuis 6 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 3 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 : Il s'agit des problèmes de santé identifiés par le médecin à l'issue de la consultation. Les résultats de consultation sont le plus souvent des diagnostics mais sont aussi parfois des symptômes et plaintes (lorsque par exemple le diagnostic est en attente de résultats d'exams complémentaires). Jusqu'à 3 résultats de consultation peuvent être notifiés 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 ont par ailleurs été classées en 3 catégories selon leur durée prévisible de prise en charge :

- Moyen ou long terme : durée de prise en charge supérieure à 6 mois
- Court terme : durée de prise en charge inférieure à 6 mois
- Indéterminée : durée de prise en charge indéterminée

Saisie des dossiers

En 2010, un nouveau système de saisie en réseau a été déployé à 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. Il a ainsi pour atout majeur 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.

Les Caso saisissent les dossiers de tous les patients, à l'exception du Caso de Paris, qui a mis en place une procédure d'échantillonnage (1/3 des dossiers sont saisis de manière intégrale et 2/3 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 V5.0.0.89, le plus souvent par des personnes bénévoles.

La saisie continue de s'effectuer sur deux fichiers différents :

- un fichier dénommé « base patients », où 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 2 ans auparavant afin de réactualiser les informations le concernant) ;
- un fichier dénommé « base visites », où 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 neuvième 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) ainsi que 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 %

Lorsqu'une relation entre deux variables est annoncée dans le texte, elle a dans tous les cas été évaluée par l'intermédiaire d'un test statistique, et le test utilisé s'est révélé significatif à un seuil de probabilité « p » au moins inférieur à 0,05 (5%).

L'analyse de la relation entre deux variables nécessite bien

souvent de contrôler l'influence de facteurs tiers (ajustement). Nous avons pour ce faire utilisé la régression logistique multiple, qui permet de créer un modèle mathématique liant une série de variables (qualitatives ou quantitatives) à une seule variable cible dichotomique. Il est ainsi possible de mesurer l'effet propre de chaque variable sur la variable cible indépendamment des autres. La force de l'influence de chaque variable sur le modèle est exprimée par l'*odds ratio* (OR). 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 2011 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 des patients 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.

Tableau 81 : 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 2011		
Résultats de consultation par appareil	Consultations médicales où au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	35 454
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	32 109
Durées prévisibles de prise en charge	Consultations médicales où au moins un diagnostic a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultation codés uniquement par la lettre de l'appareil, des résultats codés uniquement par « symptômes et plaintes », ainsi que de certains résultats de consultation où la durée de prise en charge n'a pas de sens (gestion santé, médecine préventive...)	23 855
Analyse à partir des patients venus consulter en 2011		
Résultats de consultation par appareil	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	20 221
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	19 039
Durées prévisibles de prise en charge	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultation codés uniquement par la lettre de l'appareil, des résultats codés uniquement par « symptômes et plaintes », ainsi que de certains résultats de consultation où la durée de prise en charge n'a pas de sens (gestion santé, médecine préventive...)	15 218

ANNEXE 2

DOSSIERS MÉDICAL, SOCIAL ET DENTAIRE DES CASO EN 2011

Dossier médical Mission France – Observatoire 2011, version déf. 08/12/10

Mission France
Observatoire



DOSSIER MÉDICAL
2011 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 tiers (intervenant MDM ou externe) 3 Oui, par téléphone

2 Oui, sur place par une personne accompagnante 4 Non

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 2011, version déf. 08/12/10

DÉPENDANCES 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 SÉROLOGIQUE

- | | 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 |

* 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

Nous allons à présent aborder des questions sur différentes formes de violence, que certaines personnes ont pu subir. Vous-même, au cours de votre vie...

Merci de laisser la personne parler des violences subies éventuellement en suggérant les différents types. Commentaires

- 01. Avez-vous vécu dans un pays en guerre ? 1 Oui 2 Non
- 02. Avez-vous été menacé(e) physiquement ou emprisonné(e) pour vos idées ? 1 Oui 2 Non
- 03. Avez-vous été victime de violences de la part de forces de l'ordre (police, armée, ...)? 1 Oui 2 Non
- 04. Avez-vous été torturé(e) ? 1 Oui 2 Non
- 05. Avez-vous été battu(e) ou blessé(e) lors de violences familiales ou lors d'une agression ? 1 Oui 2 Non
- 06. Avez-vous souffert de la faim ? 1 Oui 2 Non
- 07. Avez-vous subi une agression sexuelle ? 1 Oui 2 Non
- 08. Avez-vous été exposé(e) à un autre événement violent non évoqué dans les questions précédentes ? 1 Oui 2 Non
- 09. Précisez éventuellement : _ _ _ _ _

10. **Sujet non abordé lors de la 1^{ère} consultation médicale**

PRATIQUE D'UNE CONTRACEPTION

- 1 Oui
- 2 Non (jamais)
- 3 Interrompue, pourquoi ?
 - 3.1 Désir de grossesse 3.3 Pas d'accessibilité effective à une contraception
 - 3.2 Effets secondaires 3.4 Autres _ _ _ _ _

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Question filtre pour les questions 1 à 6

➔ 1 Non concernée (n'a jamais été enceinte) 2 Concernée

Nombre de grossesses

- 1. Age de la patiente à sa première grossesse : _ _ ans
- 2. Nombre de grossesses ayant donné naissance à un enfant vivant : _ _
- 3. Nombre de grossesses ayant donné naissance à un enfant décédé ou décédé pendant la période néo-natale (de la naissance à 28 jours de vie) : _ _
- 4. Nombre de fausses-couches : _ _
- 5. Nombre d'accouchements prématurés (>27 sem et <36 sem) : _ _
- 6. Nombre d'IVG antérieures : _ _

Enceinte actuellement ? 1 Oui (W78)

- 1. Poids : _ _ _ _ kg
- 2. Terme : _ _ _ _ sem. de grossesse
- 3. Accès aux soins prénataux : 1 Oui 2 Non, pourquoi : _ _ _ _ _
- 4. Retard de suivi de grossesse : 1 Oui (>12 semaines) 2 Non
- 5. Demande d'IVG : 1 Oui (code CISP : W79) 2 Non

Dossier médical Mission France – Observatoire 2011, version déf. 08/12/10

ANTÉCÉDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS**Traitement habituel / en cours** (Classe / posologie / durée)**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 : _____)

4. DIAGNOSTIC(S) / résultat(s) de la consultation

diagnostic(s) OU symptômes et plaintes si pas de diagnostics ET autres problèmes de santé repérés même s'ils n'ont pas fait l'objet de la plainte

Codage CISP

5. Diag. en attente ?

6. Type de pathologie ?

7. Le pb de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?

	Codage CISP	5. Diag. en attente ?	6. Type de pathologie ?	7. Le pb de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?
4.1 _____	_____	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Aigüe 2 <input type="checkbox"/> Chronique 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
4.2 _____	_____	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Aigüe 2 <input type="checkbox"/> Chronique 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
4.3 _____	_____	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Aigüe 2 <input type="checkbox"/> Chronique 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	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 12, page 4 du dossier) → se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre.

Dossier médical Mission France – Observatoire 2011, version déf. 08/12/10

8. De façon générale, avez-vous déjà renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois ? 1 Oui 2 Non

8.1 Quels types de soins ? _ _ _ _ _

9. L'état de santé du patient nécessite-t-il une prise en charge médicale immédiate ? 1 Oui 2 Non

→ Si oui, voir avec l'accueil ou le travailleur social pour l'ouverture immédiate des droits à la couverture maladie en instruction prioritaire.

TRAITEMENTS, EXAMENS COMPLÉMENTAIRES/DÉPISTAGE/ORIENTATION

10. 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

11. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES / DÉPISTAGE / 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 _ _ _ _ _

12. Orientation pour régularisation pour raisons médicales

Pensez à rédiger un certificat médical dit « non descriptif » et orienter le patient vers un médecin agréé ou praticien hospitalier (CF procédure dans la notice d'accompagnement du dossier médical) → se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre.

1 Oui, précisez _ _ _ _ _

13. Orientation interne à MDM : 1 Oui, précisez : _ _ _ _ _

Dossier social Mission France – Observatoire 2011, version déf. 08/12/2010

Mission France Observatoire



DOSSIER SOCIAL 2011

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 tiers (intervenant MDM ou 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
 4 Avoir des soins infirmiers
 5 Voir un dentiste
 6 Autre : _ _ _ _ _

Dossier social Mission France – Observatoire 2011, version déf. 08/12/2010

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 : _____

Commentaires

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 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) (squats)
- 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 2011, version déf. 08/12/2010

COUVERTURE MALADIE, OBSTACLES A L'ACCES ET A LA CONTINUTE DES SOINS, ORIENTATION

27. Disposez-vous d'une adresse postale pour recevoir votre courrier ? *Commentaires*
 1 Oui, adresse personnelle ou chez familles, amis 3 Oui dans une association
 2 Oui dans un CCAS 4 Non

28. DROITS THÉORIQUES : 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

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. 01) 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
- 2 Couverture maladie de base uniquement (SS ou CMU de base)
- 3 Couverture maladie de base et complémentaire
- 4 AME
- 5 Demande en cours
- 6 NSP (le patient ne sait pas, documents 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 N'a pas pu apporter de preuves de sa présence en France depuis 3 mois
- 02 Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant)
- 03 Refus de renouvellement des droits
- 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 Barrière linguistique
- 08 Mauvaise expérience dans le système de soins
- 09 Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits
- 10 Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) dans les lieux de soins
- 11 Droits ouverts dans un autre pays européen
- 12 Aucun droit possible : personne en France depuis moins de 3 mois ou visa touriste ou plafond dépassé
- 13 AME trop chère (pas les moyens d'acquitter le droit d'entrée)
 ▲ *Information à ne pas diffuser tant que la mesure n'est pas effective*
- 14 Pas d'obstacles
- 15 Autre raison exprimée _ _ _ _ _

31. [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 Très souvent 2 Souvent 3 Parfois 4 Jamais

32. Orientations pour l'accès aux droits et/ou aux soins
 1 Oui 2 Non
 Si oui, précisez : _ _ _ _ _
 (CPAM, CGSS, MSA, Organisme complémentaire, CCAS, Association, PASS, Autres, etc.)

Autres orientations : _ _ _ _ _

33. [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 2011, version déf. 08/12/10

Mission France Observatoire



DOSSIER DENTAIRE 2011

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)

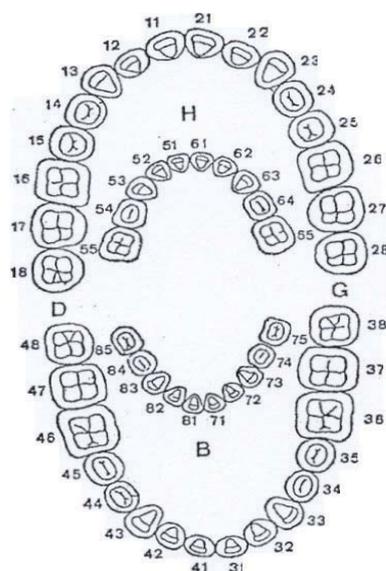
C. Sexe : 1 M 2 F

D. Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

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 2011, version déf. 08/12/10

7. Intervention 01. Détartrage / Hygiène 02. Extraction 03. Traitement coronaire 04. Traitement radiculaire 05. Traitement parodontologique	06. Prescription 07. Radiologie 08. Prothèse 09. Pansement provisoire 10. Autres	8. Orientation 1. Pas d'orientation 2. Vers milieu hospitalier 3. Vers milieu libéral 4. Vers centre de santé
---	--	--

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

ANNEXE 3

ENSEMBLE DES NATIONALITÉS ACCUEILLIES
DANS LES CASO EN 2011

ROUMANIE	3 209	13,9%	SRI LANKA	74	0,3%	CROATIE	7	<0,1%
ALGÉRIE	2 567	11,1%	GABON	62	0,3%	OUGANDA	7	<0,1%
FRANCE	1 538	6,6%	MONGOLIE	61	0,3%	MEXIQUE	7	<0,1%
TUNISIE	1 457	6,3%	RÉP. DOMINICAINE	57	0,2%	THAÏLANDE	6	<0,1%
MAROC	1 144	4,9%	TOGO	56	0,2%	LIBAN	6	<0,1%
BULGARIE	855	3,7%	AFGHANISTAN	54	0,2%	ARGENTINE	5	<0,1%
CAMEROUN	740	3,2%	BOSNIE-HERZÉGOVINE	50	0,2%	SUISSE	5	<0,1%
PAKISTAN	721	3,1%	AZERBAÏDJAN	41	0,2%	FINLANDE	5	<0,1%
COMORES	626	2,7%	GHANA	41	0,2%	PARAGUAY	5	<0,1%
MOLDAVIE	574	2,5%	TCHAD	40	0,2%	ÉQUATEUR	5	<0,1%
CÔTE D'IVOIRE	542	2,3%	TURQUIE-KURDISTAN	39	0,2%	AFRIQUE DU SUD	5	<0,1%
CONGO-BRAZZAVILLE	475	2,1%	HONGRIE	39	0,2%	OUZBÉKISTAN	5	<0,1%
SÉNÉGAL	414	1,8%	RÉP. CENTRAFRICAINE	38	0,2%	GRÈCE	4	<0,1%
GUINÉE	412	1,8%	RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	36	0,2%	TÂIWAN	4	<0,1%
INDE	396	1,7%	ÎLE MAURICE	36	0,2%	YÉMEN	4	<0,1%
MALI	375	1,6%	NIGER	32	0,1%	JAPON	4	<0,1%
ARMÉNIE	331	1,4%	IRAN	31	0,1%	CUBA	4	<0,1%
HAÏTI	283	1,2%	IRAK	30	0,1%	KIRGHIZISTAN	4	<0,1%
RUSSIE	270	1,2%	PALESTINE	30	0,1%	ISRAËL	4	<0,1%
CAP-VERT	257	1,1%	ALLEMAGNE	30	0,1%	JAMAÏQUE	3	<0,1%
KOSOVO	254	1,1%	ROYAUME-UNI	27	0,1%	LAOS	3	<0,1%
MACÉDOINE	229	1,0%	SURINAME	25	0,1%	BURUNDI	3	<0,1%
RÉP. DÉM. DU CONGO	229	1,0%	RWANDA	23	<0,1%	AUTRICHE	3	<0,1%
SOMALIE	228	1,0%	SIERRA LEONE	23	<0,1%	SEYCHELLES	3	<0,1%
NIGÉRIA	222	1,0%	SYRIE	22	<0,1%	MOZAMBIQUE	3	<0,1%
RUSSIE-TCHÉTCHÉNIE	217	0,9%	ÉTATS-UNIS	19	<0,1%	IRAN-KURDISTAN	2	<0,1%
ÉGYPTE	205	0,9%	DJIBOUTI	18	<0,1%	ZIMBABWE	2	<0,1%
GÉORGIE	200	0,9%	KAZAKHSTAN	17	<0,1%	CORÉE DU NORD	2	<0,1%
UKRAINE	192	0,8%	SLOVAQUIE	16	<0,1%	GUATEMALA	2	<0,1%
BRÉSIL	176	0,8%	BELGIQUE	16	<0,1%	OMAN	2	<0,1%
PHILIPPINES	155	0,7%	BIÉLORUSSIE	15	<0,1%	JORDANIE	2	<0,1%
PORTUGAL	145	0,6%	KENYA	14	<0,1%	TANZANIE	2	<0,1%
ANGOLA	141	0,6%	LITUANIE	14	<0,1%	LUXEMBOURG	2	<0,1%
POLOGNE	139	0,6%	LIBYE	14	<0,1%	SAO TOME-ET-PRINCIPE	2	<0,1%
GUINÉE-BISSAU	132	0,6%	MONTÉNÉGRO	14	<0,1%	MALTE	2	<0,1%
BANGLADESH	128	0,6%	GAMBIE	13	<0,1%	IRLANDE	2	<0,1%
PÉROU	124	0,5%	GUINÉE ÉQUATORIALE	12	<0,1%	SUÈDE	1	<0,1%
ÉRYTHRÉE	120	0,5%	PAYS-BAS	12	<0,1%	GRENADE	1	<0,1%
GUYANA	114	0,5%	BOLIVIE	11	<0,1%	TADJIKISTAN	1	<0,1%
ALBANIE	112	0,5%	VIETNAM	10	<0,1%	CORÉE DU SUD	1	<0,1%
SOUDAN	111	0,5%	CAMBODGE	10	<0,1%	AUSTRALIE	1	<0,1%
CHINE	105	0,5%	ÉTHIOPIE	10	<0,1%	NICARAGUA	1	<0,1%
BÉNIN	104	0,4%	VENEZUELA	10	<0,1%	ISLANDE	1	<0,1%
SERBIE	102	0,4%	DOMINIQUE	10	<0,1%	ARABIE SAOUDITE	1	<0,1%
COLOMBIE	99	0,4%	CANADA	10	<0,1%	SYRIE-KURDISTAN	1	<0,1%
MAURITANIE	98	0,4%	CHILI	9	<0,1%	ÉMIRATS ARABES UNIS	1	<0,1%
MADAGASCAR	95	0,4%	SALVADOR	9	<0,1%	CHYPRE	1	<0,1%
ITALIE	85	0,4%	LETTONIE	8	<0,1%	ZAMBIE	1	<0,1%
ESPAGNE	83	0,4%	LIBÉRIA	8	<0,1%	URUGUAY	1	<0,1%
TURQUIE	79	0,3%	ESTONIE	7	<0,1%			
BURKINA FASO	77	0,3%	NÉPAL	7	<0,1%	APATRIDE	1	<0,1%

ANNEXE 4

ACTIVITÉS PAR CASO

	Aix-en-Provence	Alfaccio	Angers	Besançon	Bordeaux	Cayenne	Grenoble	Le Havre	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Pau	Paris	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	TOTAL
Nombre de passages	1 145	258	1 006	326	5 962	2 167	2 897	342	5 658	9 046	1 777	1 274	1 010	5 920	558	7 804	1 102	9 975	2 823	1 797	952	63 799
Nombre de patients différents (file active)	456	108	615	212	2 039	1 088	1 187	94	2 546	3 898	846	415	352	2 712	250	3 816	655	6 182	808	728	459	29 466
Nombre de nouveaux patients	269	50	528	158	1 302	708	953	71	1 777	2 978	626	271	268	1 790	162	3 092	539	4 760	479	552	264	21 597
Nombre de consultations médicales	1 067	239	998	326	3 292	1 671	1 972	66	3 694	5 618	1 025	890	424	2 592	564	6 556	1 040	5 465	1 465	850	813	40 627
Part des consultations médicales (par rapport à la totalité)	2,6%	0,6%	2,5%	0,6%	8,1%	4,1%	4,9%	0,2%	9,1%	13,8%	2,5%	2,2%	1,0%	6,4%	1,4%	16,1%	2,6%	13,5%	3,6%	2,1%	2,0%	100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	437	104	612	212	1 401	977	1 047	56	2 171	2 985	666	385	272	1 483	250	3 348	639	3 470	624	516	426	22 081
Nombre moyen de consultations médicales par patient	2,4	2,3	1,6	1,5	2,3	1,7	1,9	1,2	1,7	1,9	1,5	2,3	1,6	1,7	2,3	2,0	1,6	1,6	2,3	1,6	1,9	1,8
Nombre de consultations dentaires					633					408	516	282		1 470			43		722	38		4 112
Part des consultations dentaires (par rapport à la totalité)					15,4%					9,9%	12,5%	6,9%		35,7%			1,0%		17,6%	0,9%		100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire					287					253	193	75		645			35		249	34		1 771
Nombre moyen de consultations dentaires par patient					2,2					1,6	2,7	3,8		2,3			1,2		2,9	1,1		2,3
Nombre de dossiers sociaux	318	53	536	162	1 529	987	1 002	75	2 046	3 126	674	334	280	2 173	207	3 188	557	4 905	573	648	271	23 644
Part des dossiers sociaux du centre par rapport à la totalité	1,3%	0,2%	2,3%	0,7%	6,5%	4,2%	4,2%	0,3%	8,7%	13,2%	2,9%	1,4%	1,2%	9,2%	0,9%	13,5%	2,4%	20,7%	2,4%	2,7%	1,1%	100,0%
Nombre de consultations psychologiques	2				37		337	268	517	59	3	37	484	374	4			150	60	56		2 388
Nombre de consultations sociales / instruction CMU-AME *	19	1	1		2 783	109	748		1 175	5 022	326	482	71	1 393	1	252	6	5 071	609	1 035	428	19 532
Nombre d'actes infirmiers *	62		3		320	3	37		268	364	134	33	78		6	328		470	197	251	28	2 582

* 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 5

PROPORTION DES DIFFÉRENTS TYPES DE POPULATION PAR CASO

Centres	Nombre de passages	Nb de cs médicales (y compris dentaires)	Nb de pers. pour lesquelles un dossier social a été renseigné*	Hommes (%)	Femmes (%)	Français (%)	Étrangers (%)	Les nationalités les plus représentées (%)	Ressortissants de l'UE (hors France)	Age médian	Personnes âgées de 60 ans et plus (%)	Jeunes 16-24 ans (%)	Mineurs (%)	Demandeurs d'asile (%)	Sans logement et hébergement d'urgence au jour le jour (%)	Situation vis-à-vis de la domiciliation				Part des patients en cs médicale (%)
																Besoin d'une domicil. (%)	CCAS (%)	Assoc. (%)	Pas de domicil. (%)	
Aix-en-Provence	1 145	1 067	318	66,7	33,3	17,5	82,5	Roumanie (58,7) ; France (17,9) ; Tunisie (6,3)	63,5	30	5,6	18,1	16,8	30,8	13,1	17,9	1,3	54,5	26,3	49,4
Ajaccio	258	239	53	81,1	18,9	29,8	70,2	France (29,8) ; Roumanie (25,5) ; Maroc (14,9)	42,6	39,5	13,5	5,8	9,6	---	65,9	---	---	---	---	50,0
Angers	1 006	998	536	55,5	44,5	4,1	95,9	Somalie (33,7) ; Érythrée (15,8) ; Soudan (7,0)	3,4	28	3,2	10,6	21,8	83,6	49,5	29,0	1,7	45,0	24,3	66,2
Besançon	326	326	162	56,2	43,8	21,4	78,6	France (21,4) ; Roumanie (18,2) ; Kosovo (8,2)	19,5	32	7,1	13,6	20,1	32,6	10,5	8,6	18,7	35,2	37,5	66,0
Bordeaux	5 962	3 925	1 529	54,6	45,4	5,7	94,3	Bulgarie (40,3) ; Maroc (8,2) ; Algérie (7,6)	51,6	30	5,7	17,6	17,7	33,3	13,1	33,8	7,5	18,0	40,7	52,2
Cayenne	2 167	1 671	987	50,3	49,7	3,7	96,3	Haiti (24,3) ; Brésil (13,6) ; Pérou (11,9)	0,5	30	2,7	16,1	18,6	61,4	3,0	6,2	7,5	14,6	71,7	62,6
Grenoble	2 897	1 972	1 002	61,8	38,2	7,7	92,3	Algérie (13,4) ; Roumanie (10,9) ; Macédoine (10,6)	13,6	29	4,3	16,4	22,6	73,6	28,2	11,9	2,4	50,7	35,0	60,1
Havre	342	66	75	60,0	40,0	12,5	87,5	Nigéria (22,2) ; France (12,5) ; Rép. dém. du Congo (9,7)	1,4	31	5,7	11,4	2,9	86,3	14,5	1,4	---	88,6	10,0	89,3
Lyon	5 658	3 694	2 046	50,3	49,7	8,6	91,4	Roumanie (24,1) ; Algérie (11,8) ; France (8,6)	28,3	30	7,7	14,1	24,0	51,7	15,5	24,4	7,4	16,0	52,2	65,5
Marseille	9 046	6 026	3 126	68,9	31,1	6,1	93,9	Algérie (27,4) ; Tunisie (14,6) ; Comores (11,5)	14,9	31	6,4	16,6	10,7	12,7	16,0	28,5	2,1	13,8	55,6	61,8
Montpellier	1 777	1 541	674	62,6	37,4	18,1	81,9	Maroc (20,4) ; France (18,1) ; Algérie (17,5)	22,7	30	6,8	21,1	12,3	32,2	18,3	15,3	0,7	19,7	64,3	70,7
Nancy	1 274	1 172	334	49,0	51,0	20,1	79,9	Algérie (20,7) ; France (20,1) ; Maroc (13,8)	13,5	35	14,2	13,3	13,0	11,5	3,1	5,7	0,3	11,0	83,0	54,0
Nantes	1 010	424	280	52,5	47,5	5,8	94,2	Algérie (11,0) ; Guinée (10,2) ; Congo-Brazzaville (7,7)	7,7	35	10,7	14,8	5,2	53,5	12,4	7,7	1,2	27,2	63,9	70,6
Nice	5 920	4 062	2 173	57,6	42,4	4,5	95,5	Tunisie (20,9) ; Cap-Vert (8,3) ; Algérie (8,0)	15,5	33	7,0	16,2	5,5	16,8	9,0	6,5	2,1	10,0	81,4	64,7
Paris	7 804	6 556	3 188	55,5	44,5	2,8	97,2	Cameroun (11,5) ; Algérie (10,0) ; Côte d'Ivoire (7,4)	6,0	35	7,9	11,7	8,9	31,3	14,1	21,5	1,2	18,8	58,5	64,1
Pau	558	564	207	62,1	37,9	40,6	59,4	France (40,6) ; Russie-Tchéquie (11,6) ; Roumanie (8,2)	16,4	34	8,7	21,3	10,1	59,0	18,4	11,1	10,6	27,0	51,3	62,4
Rouen	1 102	1 083	557	61,3	38,7	13,9	86,1	Algérie (16,0) ; France (13,9) ; Roumanie (9,4)	11,9	30	6,4	19,2	14,0	54,7	26,7	9,7	5,6	25,8	58,9	67,8
Saint-Denis	9 975	5 465	4 905	64,4	35,6	0,6	99,4	Roumanie (27,5) ; Pakistan (14,3) ; Moldavie (10,9)	28,9	31	3,5	20,5	7,4	16,8	4,1	54,6	1,0	6,7	54,6	67,6
Strasbourg	2 823	2 187	573	62,3	37,7	5,1	94,9	Roumanie (23,0) ; Algérie (20,7) ; Maroc (9,2)	35,0	36	9,3	9,3	11,8	38,2	23,3	31,3	1,7	18,5	48,5	49,0
Toulouse	1 797	888	648	65,6	34,4	16,6	83,4	Algérie (20,8) ; France (16,5) ; Maroc (7,0)	15,6	35	7,5	13,4	8,6	60,0	21,9	24,0	2,5	28,2	45,3	67,4
Valenciennes	952	813	271	61,7	38,3	51,3	48,7	France (51,3) ; Roumanie (12,2) ; Algérie (8,0)	14,5	28	3,5	29,3	12,7	82,8	38,3	8,1	---	42,5	49,4	58,7
Ensemble des centres	63 799	44 739	23 644	59,9	40,1	6,6	93,4	Roumanie (13,9) ; Algérie (11,1) ; France (6,6)	20,5	31	6,1	16,4	12,2	31,4	13,9	26,9	2,8	17,1	53,2	61,5

--- : données non recueillies

* Les statistiques concernant les caractéristiques sociales et l'accès aux soins sont calculées sur la base des dossiers sociaux.

** Fréquence parmi les étrangers. Il s'agit des personnes concernées par une demande d'asile (demande à déposer, demande non déposée, demande en cours d'instruction, recours en cours, réfugié(e) ou débouté(e))

*** Taux de réponses calculés sur la base du nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale (22 081 patients).

ANNEXE 6

ANALYSE PAR CASO

→ AIX-EN-PROVENCE

Activité 2011

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
456	318	1,3	1 067	437	2,4	2,6

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	66,7	212	59,8	13 903	59,9	14 115
Femmes	33,3	106	40,2	9 360	40,1	9 466
Âge moyen (années)	31,2		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	14,2	43	8,3	1 893	8,3	1 936
– 10-17 ans	2,6	8	3,9	887	3,9	895
– 18-29 ans	30,7	93	31,7	7 268	31,7	7 361
– 30-39 ans	23,1	70	26,0	5 969	26,0	6 039
– 40-49 ans	13,5	41	15,1	3 452	15,0	3 493
– 50 ans et plus	15,9	48	15,1	3 454	15,1	3 502
Patients mineurs	16,8	51	12,1	2 780	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	18,1	55	16,4	3 754	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	5,6	17	6,1	1 393	6,1	1 410
Les patients déjà connus	34,9	159	25,6	7 416	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	17,5	55	6,5	1 483	6,6	1 538
– Étrangers	82,5	260	93,5	21 348	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	17,5	55	6,5	1 483	6,6	1 538
– Union européenne	63,5	200	19,9	4 542	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	1,3	4	12,0	2 728	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	3,8	12	25,2	5 742	24,9	5 754
– Maghreb	13,3	42	22,9	5 238	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,3	1	4,9	1 115	4,8	1 116
– Asie	0,3	1	4,3	992	4,3	993
– Océanie et Amériques	----	0	4,3	991	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Roumanie	58,7	185	13,2	3 024	13,9	3 209
– France	17,5	55	6,5	1 483	6,6	1 538
– Tunisie	6,3	20	6,3	1 437	6,3	1 457
– Algérie	3,5	11	11,2	2 556	11,1	2 567
– Maroc	3,5	11	5,0	1 133	5,0	1 144
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	38,4	86	35,5	6 951	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	29,0	65	32,3	6 308	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	17,8	40	14,7	2 885	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	10,3	23	12,6	2 444	12,5	2 467
– 10 ans et plus	4,5	10	4,9	968	4,9	978

Logement et domiciliation

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	9,7	28	28,0	5 923	27,8	5 951
– hébergé	8,3	24	12,4	2 617	12,3	2 641
– précaire	68,9	199	45,6	9 627	45,9	9 826
– sans logement	13,1	38	14,0	2 949	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	17,9	40	27,0	4 907	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	26,3	59	53,5	9 723	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	1,3	3	2,9	518	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	54,5	122	16,6	3 021	17,1	3 143

(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)	29,9	55	6,1	1 003	6,4	1 058
– visa touriste	2,2	4	5,8	959	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	5,4	10	16,3	2 680	16,1	2 690
– en situation irrégulière	62,5	115	71,8	11 840	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	30,8	12	31,4	3 924	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	33,3	4	28,9	1 133	28,9	1 137
– demande déjà déposée	66,7	8	71,1	2 791	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	20,5	60	19,7	4 151	19,7	4 211
– AME	53,8	157	55,6	11 719	55,6	11 876
– droits autre pays européen	1,0	3	2,6	542	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	20,6	60	18,2	3 838	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,3	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	3,8	11	3,7	780	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	19,8	35	16,0	2 280	16,1	2 315
– droits non ouverts	80,2	142	84,0	11 957	83,9	12 099



Activité 2011

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
108	53	0,2	239	104	2,3	0,6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	81,1	43	59,8	14 072	59,9	14 115
Femmes	18,9	10	40,2	9 456	40,1	9 466
Âge moyen (années)	40,0		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	7,7	4	8,3	1 932	8,3	1 936
– 10-17 ans	1,9	1	3,9	894	3,9	895
– 18-29 ans	15,4	8	31,7	7 353	31,7	7 361
– 30-39 ans	25,0	13	26,0	6 026	26,0	6 039
– 40-49 ans	21,2	11	15,0	3 482	15,0	3 493
– 50 ans et plus	28,8	15	15,1	3 487	15,1	3 502
Patients mineurs	9,6	5	12,2	2 826	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	5,8	3	16,4	3 806	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	13,5	7	6,1	1 403	6,1	1 410
Les patients déjà connus	51,9	56	25,6	7 519	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	29,8	14	6,6	1 524	6,6	1 538
– Étrangers	70,2	33	93,4	21 575	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	29,8	14	6,6	1 524	6,6	1 538
– Union européenne	42,6	20	20,4	4 722	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	----	0	11,8	2 732	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	4,3	2	24,9	5 752	24,9	5 754
– Maghreb	23,4	11	22,8	5 269	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	----	0	4,8	1 116	4,8	1 116
– Asie	----	0	4,3	993	4,3	993
– Océanie et Amériques	----	0	4,3	991	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– France	29,8	14	6,6	1 524	6,6	1 538
– Roumanie	25,5	12	13,8	3 197	13,9	3 209
– Maroc	14,9	7	4,9	1 137	5,0	1 144
– Tunisie	6,4	3	6,3	1 454	6,3	1 457
– Allemagne	4,3	2	0,1	28	0,1	30
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,0		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	7,7	1	35,6	7 036	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	84,6	11	32,2	6 362	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	----	0	14,8	2 925	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	7,7	1	12,5	2 466	12,5	2 467
– 10 ans et plus	----	0	5,0	978	4,9	978

Logement et domiciliation

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	9,1	4	27,8	5 947	27,8	5 951
– hébergé	6,8	3	12,4	2 638	12,3	2 641
– précaire	18,2	8	46,0	9 818	45,9	9 826
– sans logement	65,9	29	13,9	2 958	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	----	0	26,9	4 947	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	----	0	53,2	9 782	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	----	0	2,8	521	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	----	0	17,1	3 143	17,1	3 143

(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	6,4	1 058	6,4	1 058
– visa touriste	----	0	5,8	963	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	----	0	16,1	2 690	16,1	2 690
– en situation irrégulière	----	0	71,7	11 955	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...						
– demande non déposée	----	0	28,9	1 137	28,9	1 137
– demande déjà déposée	----	0	71,1	2 799	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	61,0	25	19,6	4 186	19,7	4 211
– AME	24,4	10	55,7	11 866	55,6	11 876
– droits autre pays européen	2,4	1	2,6	544	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	12,2	5	18,3	3 893	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	----	0	3,7	791	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	33,3	11	16,0	2 304	16,1	2 315
– droits non ouverts	66,7	22	84,0	12 077	83,9	12 099

→ ANGERS

Activité 2011

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
615	536	2,3	998	612	1,6	2,5

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	55,5	296	60,0	13 819	59,9	14 115
Femmes	44,5	237	40,0	9 229	40,1	9 466
Âge moyen (années)	27,0		33,2		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	18,2	96	8,1	1 840	8,3	1 936
– 10-17 ans	3,6	19	3,9	876	3,9	895
– 18-29 ans	38,9	205	31,5	7 156	31,7	7 361
– 30-39 ans	24,5	129	26,0	5 910	26,0	6 039
– 40-49 ans	7,8	41	15,2	3 452	15,0	3 493
– 50 ans et plus	7,0	37	15,3	3 465	15,1	3 502
Patients mineurs	21,8	115	12,0	2 716	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	10,6	56	16,5	3 753	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	3,2	17	6,1	1 393	6,1	1 410
Les patients déjà connus	13,5	83	26,0	7 492	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	4,1	22	6,7	1 516	6,6	1 538
– Étrangers	95,9	509	93,3	21 099	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	4,1	22	6,7	1 516	6,6	1 538
– Union européenne	3,4	18	20,9	4 724	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	12,2	65	11,8	2 667	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	69,7	370	23,8	5 384	24,9	5 754
– Maghreb	8,3	44	23,1	5 236	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,6	3	4,9	1 113	4,8	1 116
– Asie	1,3	7	4,4	986	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,4	2	4,4	989	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Somalie	33,7	179	0,2	49	0,1	228
– Érythrée	15,8	84	0,2	36	0,5	120
– Soudan	7,0	37	0,3	74	0,5	111
– France	4,1	22	6,7	1 516	6,6	1 538
– Guinée	3,6	19	1,7	393	1,8	412
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	0,5		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	75,3	356	34,6	6 681	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	16,9	80	32,6	6 293	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	4,0	19	15,0	2 906	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	3,2	15	12,7	2 452	12,5	2 467
– 10 ans et plus	0,6	3	5,1	975	4,9	978

Logement et domiciliation

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	12,0	56	28,1	5 895	27,8	5 951
– hébergé	21,3	99	12,1	2 542	12,3	2 641
– précaire	17,2	80	46,6	9 746	45,9	9 826
– sans logement	49,5	230	13,2	2 757	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	29,0	99	26,9	4 848	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	24,3	83	53,7	9 699	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	1,7	6	2,8	515	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	45,0	154	16,6	2 989	17,1	3 143

(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)	3,4	11	6,4	1 047	6,4	1 058
– visa touriste	7,3	24	5,8	939	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	18,0	59	16,1	2 631	16,1	2 690
– en situation irrégulière	71,3	234	71,7	11 721	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	83,6	316	29,7	3 620	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	74,7	236	24,9	901	28,9	1 137
– demande déjà déposée	25,3	80	75,1	2 719	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	10,7	48	19,9	4 163	19,7	4 211
– AME	17,1	77	56,4	11 799	55,6	11 876
– droits autre pays européen	1,1	5	2,6	540	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	65,5	294	17,2	3 604	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,2	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	5,4	24	3,7	767	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	12,7	10	16,1	2 305	16,1	2 315
– droits non ouverts	87,3	69	83,9	12 030	83,9	12 099

→ BESANÇON

Activité 2011

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
212	162	0,7	326	212	1,5	0,8

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	56,2	90	59,9	14 025	59,9	14 115
Femmes	43,8	70	40,1	9 396	40,1	9 466
Âge moyen (années)	32,7		33,0		33,0	
Classes d'âge						
- < 10 ans	12,3	19	8,3	1 917	8,3	1 936
- 10-17 ans	7,8	12	3,8	883	3,9	895
- 18-29 ans	21,4	33	31,8	7 328	31,7	7 361
- 30-39 ans	24,7	38	26,0	6 001	26,0	6 039
- 40-49 ans	13,6	21	15,1	3 472	15,0	3 493
- 50 ans et plus	20,1	31	15,0	3 471	15,1	3 502
Patients mineurs	20,1	31	12,1	2 800	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	13,6	21	16,4	3 788	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	7,1	11	6,1	1 399	6,1	1 410
Les patients déjà connus	25,5	54	25,7	7 521	25,7	7 575
Nationalités						
- Français	21,4	34	6,5	1 504	6,6	1 538
- Étrangers	78,6	125	93,5	21 483	93,4	21 608
Groupe continental						
- France	21,4	34	6,5	1 504	6,6	1 538
- Union européenne	19,5	31	20,5	4 711	20,5	4 742
- Europe (hors UE)	27,7	44	11,7	2 688	11,8	2 732
- Afrique subsaharienne	15,7	25	24,9	5 729	24,9	5 754
- Maghreb	13,2	21	22,9	5 259	22,8	5 280
- Proche et Moyen-Orient	----	0	4,9	1 116	4,8	1 116
- Asie	1,9	3	4,3	990	4,3	993
- Océanie et Amériques	0,6	1	4,3	990	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
- France	21,4	34	6,5	1 504	6,6	1 538
- Roumanie	18,2	29	13,8	3 180	13,9	3 209
- Ex-Yougoslavie	8,2	13	2,8	639	2,8	656
- Algérie	7,6	12	11,1	2 555	11,1	2 567
- Russie-Tchéquie	5,0	8	2,1	479	2,1	487
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,9		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
- < 3 mois	61,7	71	35,4	6 966	35,6	7 037
- 3 mois à moins de 1 an	13,0	15	32,3	6 358	32,2	6 373
- 1 an à moins de 3 ans	8,7	10	14,8	2 915	14,8	2 925
- 3 ans à moins de 10 ans	12,2	14	12,5	2 453	12,5	2 467
- 10 ans et plus	4,4	5	5,0	973	4,9	978

Logement et domiciliation

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	17,6	27	27,9	5 924	27,8	5 951
– hébergé	41,2	63	12,1	2 578	12,3	2 641
– précaire	30,7	47	46,0	9 779	45,9	9 826
– sans logement	10,5	16	14,0	2 971	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	8,6	11	27,0	4 936	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	37,5	48	53,3	9 734	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	18,7	24	2,7	497	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	35,2	45	17,0	3 098	17,1	3 143

(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)	8,1	7	6,3	1 051	6,4	1 058
– visa touriste	2,3	2	5,8	961	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	17,4	15	16,1	2 675	16,1	2 690
– en situation irrégulière	72,1	62	71,7	11 893	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	32,6	29	31,3	3 907	31,4	3 936
– demande non déposée	41,4	12	28,8	1 125	28,9	1 137
– demande déjà déposée	58,6	17	71,2	2 782	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	22,8	34	19,7	4 177	19,7	4 211
– AME	8,7	13	55,9	11 863	55,6	11 876
– droits autre pays européen	0,7	1	2,6	544	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	20,1	30	18,2	3 868	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	47,7	71	3,4	720	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	64,4	29	15,9	2 286	16,1	2 315
– droits non ouverts	35,6	16	84,1	12 083	83,9	12 099

→ BORDEAUX

Activité 2011

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
2 039	1 529	6,5	3 292	1 401	2,3	8,1	633	287	2,2	15,4

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, dermatologie et entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	54,6	835	60,2	13 280	59,9	14 115
Femmes	45,4	694	39,8	8 772	40,1	9 466
Âge moyen (années)	30,1		33,2		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	12,8	192	8,0	1 744	8,3	1 936
– 10-17 ans	4,9	74	3,8	821	3,9	895
– 18-29 ans	30,6	460	31,8	6 901	31,7	7 361
– 30-39 ans	24,1	363	26,1	5 676	26,0	6 039
– 40-49 ans	13,4	202	15,1	3 291	15,0	3 493
– 50 ans et plus	14,1	212	15,2	3 290	15,1	3 502
Patients mineurs	17,7	266	11,8	2 565	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	17,6	264	16,3	3 545	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	5,7	86	6,1	1 324	6,1	1 410
Les patients déjà connus	35,6	725	25,0	6 850	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	5,7	86	6,7	1 452	6,6	1 538
– Étrangers	94,3	1 426	93,3	20 182	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	5,7	86	6,7	1 452	6,6	1 538
– Union européenne	51,6	780	18,3	3 962	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	8,5	129	12,0	2 603	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	14,6	220	25,6	5 534	24,9	5 754
– Maghreb	17,3	261	23,2	5 019	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,9	14	5,1	1 102	4,8	1 116
– Asie	0,8	12	4,5	981	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,7	10	4,5	981	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Bulgarie	40,3	610	1,1	245	3,7	855
– Maroc	8,2	124	4,7	1 020	4,9	1 144
– Algérie	7,8	118	11,3	2 449	11,1	2 567
– Roumanie	6,7	102	14,4	3 107	13,9	3 209
– France	5,7	86	6,7	1 452	6,6	1 538
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,1		2,2		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	55,8	748	34,1	6 289	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	24,5	328	32,8	6 045	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	11,6	156	15,0	2 769	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	6,3	84	12,9	2 383	12,5	2 467
– 10 ans et plus	1,8	24	5,2	954	4,9	978

Logement et domiciliation

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	19,0	262	28,4	5 689	27,8	5 951
– hébergé	6,5	90	12,7	2 551	12,3	2 641
– précaire	61,4	847	44,8	8 979	45,9	9 826
– sans logement	13,1	181	14,0	2 806	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	33,8	377	26,5	4 570	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	40,7	454	54,0	9 328	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	7,5	83	2,5	438	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	18,0	200	17,0	2 943	17,1	3 143

(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)	32,1	329	4,7	729	6,4	1 058
– visa touriste	8,5	87	5,6	876	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	10,1	104	16,5	2 586	16,1	2 690
– en situation irrégulière	49,3	505	73,2	11 450	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	33,3	155	31,3	3 781	31,4	3 936
– demande non déposée	30,3	47	28,8	1 090	28,9	1 137
– demande déjà déposée	69,7	108	71,2	2 691	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	14,7	201	20,1	4 010	19,7	4 211
– AME	46,7	641	56,2	11 235	55,6	11 876
– droits autre pays européen	5,0	68	2,4	477	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	25,5	350	17,7	3 548	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	8,1	111	3,4	680	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	23,2	129	15,8	2 186	16,1	2 315
– droits non ouverts	76,8	428	84,2	11 671	83,9	12 099

→ CAYENNE

Activité 2011

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
1 088	987	4,2	1 671	977	1,7	4,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : - - -

Caractéristiques des patients

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	50,3	497	60,3	13 618	59,9	14 115
Femmes	49,7	490	39,7	8 976	40,1	9 466
Âge moyen (années)	29,7		33,2		33,0	
Classes d'âge						
- < 10 ans	12,3	121	8,2	1 815	8,3	1 936
- 10-17 ans	6,2	61	3,7	834	3,9	895
- 18-29 ans	31,0	304	31,7	7 057	31,7	7 361
- 30-39 ans	26,3	258	26,0	5 781	26,0	6 039
- 40-49 ans	14,4	141	15,1	3 352	15,0	3 493
- 50 ans et plus	9,8	96	15,3	3 406	15,1	3 502
Patients mineurs	18,6	182	11,9	2 649	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	16,1	158	16,4	3 651	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	2,7	26	6,2	1 384	6,1	1 410
Les patients déjà connus	30,6	333	25,5	7 242	25,7	7 575
Nationalités						
- Français	3,7	36	6,8	1 502	6,6	1 538
- Étrangers	96,3	941	93,2	20 667	93,4	21 608
Groupe continental						
- France	3,7	36	6,8	1 502	6,6	1 538
- Union européenne	0,5	5	21,4	4 737	20,5	4 742
- Europe (hors UE)	0,1	1	12,3	2 731	11,8	2 732
- Afrique subsaharienne	14,9	146	25,3	5 608	24,9	5 754
- Maghreb	----	0	23,8	5 280	22,8	5 280
- Proche et Moyen-Orient	0,3	3	5,0	1 113	4,8	1 116
- Asie	0,1	1	4,5	992	4,3	993
- Océanie et Amériques	80,4	785	0,9	206	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
- Haïti	24,3	237	0,2	46	1,2	283
- Brésil	13,6	133	0,2	43	0,8	176
- Pérou	11,9	116	<0,1	8	0,5	124
- Guyana	11,7	114	----	0	0,5	114
- Guinée-Bissau	10,2	100	0,1	32	0,6	132
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,3		2,0		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
- < 3 mois	34,9	300	35,6	6 737	35,6	7 037
- 3 mois à moins de 1 an	22,6	194	32,7	6 179	32,2	6 373
- 1 an à moins de 3 ans	13,5	116	14,8	2 809	14,8	2 925
- 3 ans à moins de 10 ans	19,3	166	12,2	2 301	12,5	2 467
- 10 ans et plus	9,8	84	4,7	894	4,9	978

Logement et domiciliation

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	43,6	405	27,1	5 546	27,8	5 951
– hébergé	1,2	11	12,8	2 630	12,3	2 641
– précaire	52,3	486	45,6	9 340	45,9	9 826
– sans logement	3,0	28	14,5	2 959	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	6,2	50	27,8	4 897	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	71,7	575	52,4	9 207	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	7,5	60	2,6	461	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	14,6	117	17,2	3 026	17,1	3 143

(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)	0,3	2	6,6	1 056	6,4	1 058
– visa touriste	0,4	3	6,0	960	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	60,1	462	14,0	2 228	16,1	2 690
– en situation irrégulière	39,2	302	73,3	11 653	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	61,4	456	29,5	3 480	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	10,3	47	31,3	1 090	28,9	1 137
– demande déjà déposée	89,7	409	68,7	2 390	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	51,0	488	18,2	3 723	19,7	4 211
– AME	46,2	442	56,0	11 434	55,6	11 876
– droits autre pays européen	----	0	2,7	545	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	2,6	25	19,0	3 873	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	0,2	2	3,9	789	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	7,5	59	16,6	2 256	16,1	2 315
– droits non ouverts	92,5	728	83,4	11 371	83,9	12 099

→ GRENOBLE

Activité 2011

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
1 187	1 002	4,2	1 972	1 047	1,9	4,8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, entretiens psychologiques, kinésithérapie, ophtalmologie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	61,8	617	59,8	13 498	59,9	14 115
Femmes	38,2	382	40,2	9 084	40,1	9 466
Âge moyen (années)	29,2		33,2		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	14,3	142	8,1	1 794	8,3	1 936
– 10-17 ans	8,3	82	3,7	813	3,9	895
– 18-29 ans	28,0	278	31,8	7 083	31,7	7 361
– 30-39 ans	26,8	266	26,0	5 773	26,0	6 039
– 40-49 ans	12,6	125	15,1	3 368	15,0	3 493
– 50 ans et plus	10,1	100	15,3	3 402	15,1	3 502
Patients mineurs	22,6	224	11,7	2 607	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	16,4	163	16,4	3 646	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	4,3	43	6,2	1 367	6,1	1 410
Les patients déjà connus	19,1	227	26,0	7 348	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	7,7	76	6,6	1 462	6,6	1 538
– Étrangers	92,3	913	93,4	20 695	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	7,7	76	6,6	1 462	6,6	1 538
– Union européenne	13,6	134	20,8	4 608	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	21,1	209	11,4	2 523	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	34,6	342	24,4	5 412	24,9	5 754
– Maghreb	21,6	214	22,9	5 066	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,4	4	5,0	1 112	4,8	1 116
– Asie	0,8	8	4,4	985	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,2	2	4,5	989	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Ex-Yougoslavie	15,8	156	2,3	500	2,8	656
– Algérie	13,4	132	11,0	2 435	11,1	2 567
– Roumanie	10,9	108	14,0	3 101	13,9	3 209
– Rép. dém. du Congo	9,2	91	0,6	138	1,0	229
– France	7,7	76	6,6	1 462	6,6	1 538
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,2		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	50,9	425	34,9	6 612	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	25,5	213	32,5	6 160	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	13,5	113	14,8	2 812	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	7,9	66	12,7	2 401	12,5	2 467
– 10 ans et plus	2,2	18	5,1	960	4,9	978

Logement et domiciliation

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	17,6	160	28,3	5 791	27,8	5 951
– hébergé	23,6	214	11,8	2 427	12,3	2 641
– précaire	30,6	278	46,6	9 548	45,9	9 826
– sans logement	28,2	256	13,3	2 731	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	11,9	73	27,4	4 874	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	35,0	216	53,8	9 566	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	2,4	15	2,9	506	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	50,7	313	15,9	2 830	17,1	3 143

(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)	3,1	19	6,5	1 039	6,4	1 058
– visa touriste	2,9	18	5,9	945	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	35,5	218	15,4	2 472	16,1	2 690
– en situation irrégulière	58,5	359	72,2	11 596	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	73,6	368	29,6	3 568	31,4	3 936
– demande non déposée	34,5	127	28,3	1 010	28,9	1 137
– demande déjà déposée	65,5	241	71,7	2 558	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	26,9	240	19,4	3 971	19,7	4 211
– AME	43,0	383	56,1	11 493	55,6	11 876
– droits autre pays européen	2,6	23	2,5	522	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	26,0	232	17,9	3 666	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	1,5	13	3,8	778	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	20,8	113	15,9	2 202	16,1	2 315
– droits non ouverts	79,2	430	84,1	11 669	83,9	12 099

→ LE HAVRE

Activité 2011

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
94	75	0,3	66	56	1,2	0,2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques

Caractéristiques des patients

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	60,0	45	59,9	14 070	59,9	14 115
Femmes	40,0	30	40,1	9 436	40,1	9 466
Âge moyen (années)	35,1		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	2,9	2	8,3	1 934	8,3	1 936
– 10-17 ans	----	0	3,9	895	3,9	895
– 18-29 ans	35,7	25	31,7	7 336	31,7	7 361
– 30-39 ans	34,3	24	26,0	6 015	26,0	6 039
– 40-49 ans	12,9	9	15,0	3 484	15,0	3 493
– 50 ans et plus	14,3	10	15,1	3 492	15,1	3 502
Patients mineurs	2,9	2	12,2	2 829	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	11,4	8	16,4	3 801	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	5,7	4	6,1	1 406	6,1	1 410
Les patients déjà connus	23,4	22	25,7	7 553	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	12,5	9	6,6	1 529	6,6	1 538
– Étrangers	87,5	63	93,4	21 545	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	12,5	9	6,6	1 529	6,6	1 538
– Union européenne	1,4	1	20,5	4 741	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	18,1	13	11,8	2 719	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	55,5	40	24,8	5 714	24,9	5 754
– Maghreb	5,5	4	22,9	5 276	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	1,4	1	4,8	1 115	4,8	1 116
– Asie	5,6	4	4,3	989	4,3	993
– Océanie et Amériques	----	0	4,3	991	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Nigéria	22,2	16	0,9	206	1,0	222
– France	12,5	9	6,6	1 529	6,6	1 538
– Rép. dém. du Congo	9,7	7	1,0	222	1,0	229
– Congo-Brazzaville	5,6	4	4,0	471	2,1	475
– Géorgie	5,6	4	0,9	196	0,9	200
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	4,8		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	5,8	3	35,7	7 034	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	46,1	24	32,2	6 349	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	38,5	20	14,7	2 905	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	1,9	1	12,5	2 466	12,5	2 467
– 10 ans et plus	7,7	4	4,9	974	4,9	978

Logement et domiciliation

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	7,2	5	27,9	5 946	27,8	5 951
– hébergé	76,8	53	12,1	2 588	12,3	2 641
– précaire	1,5	1	46,0	9 825	45,9	9 826
– sans logement	14,5	10	14,0	2 977	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	1,4	1	27,0	4 946	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	10,0	7	53,4	9 775	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	----	0	2,8	521	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	88,6	62	16,8	3 081	17,1	3 143

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

Situation administrative des patients étrangers

	Le Havre		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	6,4	1 058	6,4	1 058
– visa touriste	----	0	5,8	963	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	98,3	57	15,8	2 633	16,1	2 690
– en situation irrégulière	1,7	1	72,0	11 954	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	88,3	53	31,1	3 883	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	1,9	1	29,3	1 136	28,9	1 137
– demande déjà déposée	98,1	52	70,7	2 747	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	96,0	71	19,4	4 140	19,7	4 211
– AME	2,7	2	55,8	11 874	55,6	11 876
– droits autre pays européen	----	0	2,6	545	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	----	0	18,3	3 898	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	1,3	1	3,7	790	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	94,5	69	15,7	2 246	16,1	2 315
– droits non ouverts	5,5	4	84,3	12 095	83,9	12 099



Activité 2011

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
2 546	2 046	8,7	3 694	2 171	1,7	9,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques, gynécologie, neurologie, pédiatrie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	50,3	1 028	60,8	13 087	59,9	14 115
Femmes	49,7	1 014	39,2	8 452	40,1	9 466
Âge moyen (années)	30,4		33,3		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	18,8	380	7,3	1 556	8,3	1 936
– 10-17 ans	5,3	107	3,7	788	3,9	895
– 18-29 ans	25,6	519	32,3	6 842	31,7	7 361
– 30-39 ans	21,2	430	26,5	5 609	26,0	6 039
– 40-49 ans	12,0	244	15,3	3 249	15,0	3 493
– 50 ans et plus	17,1	346	14,9	3 156	15,1	3 502
Patients mineurs	24,0	487	11,1	2 344	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	14,1	285	16,6	3 524	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	7,7	156	5,9	1 254	6,1	1 410
Les patients déjà connus	28,5	726	25,4	6 849	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	8,6	174	6,5	1 364	6,6	1 538
– Étrangers	91,4	1 843	93,5	19 765	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	8,6	174	6,5	1 364	6,6	1 538
– Union européenne	28,3	570	19,7	4 172	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	18,9	381	11,1	2 351	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	20,6	415	25,3	5 339	24,9	5 754
– Maghreb	20,5	413	23,0	4 867	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,9	19	5,2	1 097	4,8	1 116
– Asie	1,4	29	4,6	964	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,8	16	4,6	975	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Roumanie	24,1	485	12,9	2 724	13,9	3 209
– Algérie	11,8	237	11,0	2 330	11,1	2 567
– Ex-Yougoslavie	10,6	213	2,1	443	2,8	656
– France	8,6	174	6,5	1 364	6,6	1 538
– Tunisie	6,6	133	6,3	1 324	6,3	1 457
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,8		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	41,3	639	35,1	6 398	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	26,8	415	32,7	5 958	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	15,5	239	14,7	2 686	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	13,0	201	12,4	2 266	12,5	2 467
– 10 ans et plus	3,4	52	5,1	926	4,9	978

Logement et domiciliation

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	23,9	428	28,2	5 523	27,8	5 951
– hébergé	19,1	342	11,7	2 299	12,3	2 641
– précaire	41,5	744	46,3	9 082	45,9	9 826
– sans logement	15,5	278	13,8	2 709	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	24,4	320	27,1	4 627	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	52,2	683	53,2	9 099	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	7,4	97	2,5	424	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	16,0	209	17,2	2 934	17,1	3 143

(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)	8,0	92	6,2	966	6,4	1 058
– visa touriste	12,0	137	5,3	826	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	23,0	264	15,6	2 426	16,1	2 690
– en situation irrégulière	57,0	654	72,8	11 301	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	51,7	355	30,2	3 581	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	14,6	52	30,3	1 085	28,9	1 137
– demande déjà déposée	85,4	303	69,7	2 496	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	24,0	429	19,3	3 782	19,7	4 211
– AME	52,2	934	55,9	10 942	55,6	11 876
– droits autre pays européen	3,0	54	2,5	491	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	13,7	245	18,7	3 653	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	7,1	128	3,4	663	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	20,8	234	15,7	2 081	16,1	2 315
– droits non ouverts	79,2	891	84,3	11 208	83,9	12 099

→ MARSEILLE

Activité 2011

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
3 898	3 126	13,2	5 618	2 985	1,9	13,8	408	253	1,6	9,9

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	68,9	2 151	58,5	11 964	59,9	14 115
Femmes	31,1	971	41,5	8 495	40,1	9 466
Âge moyen (années)	33,4		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	7,7	241	8,4	1 695	8,3	1 936
– 10-17 ans	2,9	91	4,0	804	3,9	895
– 18-29 ans	33,3	1 035	31,5	6 326	31,7	7 361
– 30-39 ans	26,4	820	25,9	5 219	26,0	6 039
– 40-49 ans	14,5	450	15,1	3 043	15,0	3 493
– 50 ans et plus	15,2	473	15,1	3 029	15,1	3 502
Patients mineurs	10,7	332	12,4	2 499	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	16,6	517	16,4	3 292	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	6,4	200	6,0	1 210	6,1	1 410
Les patients déjà connus	22,8	890	26,2	6 685	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	6,1	190	6,7	1 348	6,6	1 538
– Étrangers	93,9	2 912	93,3	18 696	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	6,1	190	6,7	1 348	6,6	1 538
– Union européenne	14,9	463	21,3	4 279	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	8,8	272	12,3	2 460	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	20,0	620	25,6	5 134	24,9	5 754
– Maghreb	47,1	1 460	19,1	3 820	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	1,8	56	5,3	1 060	4,8	1 116
– Asie	1,1	34	4,8	959	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,2	7	4,9	984	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Algérie	27,4	849	8,6	1 718	11,1	2 567
– Tunisie	14,6	452	5,0	1 005	6,3	1 457
– Comores	11,5	357	1,3	269	2,7	626
– Roumanie	9,8	305	14,5	2 904	13,9	3 209
– France	6,1	190	6,7	1 348	6,6	1 538
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,1		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	36,1	961	35,5	6 076	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	30,4	810	32,5	5 563	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	16,2	430	14,6	2 495	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	12,3	328	12,5	2 139	12,5	2 467
– 10 ans et plus	5,0	132	4,9	846	4,9	978

Logement et domiciliation

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	36,4	1 106	26,4	4 845	27,8	5 951
– hébergé	13,7	417	12,1	2 224	12,3	2 641
– précaire	33,9	1 032	47,9	8 794	45,9	9 826
– sans logement	16,0	488	13,6	2 499	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	28,5	781	26,6	4 166	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	55,6	1 524	52,8	8 258	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	2,1	56	3,0	465	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	13,8	379	17,6	2 764	17,1	3 143

(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)	4,2	104	6,7	954	6,4	1 058
– visa touriste	4,0	97	6,1	866	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	8,4	206	17,5	2 484	16,1	2 690
– en situation irrégulière	83,4	2 045	69,7	9 910	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	12,7	295	35,6	3 641	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	12,9	38	30,2	1 099	28,9	1 137
– demande déjà déposée	87,1	257	69,8	2 542	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	15,5	469	20,4	3 742	19,7	4 211
– AME	51,7	1 565	56,3	10 311	55,6	11 876
– droits autre pays européen	4,6	138	2,2	407	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	26,4	800	16,9	3 098	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	<0,1	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	1,8	55	4,0	736	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	10,3	205	17,0	2 110	16,1	2 315
– droits non ouverts	89,7	1 790	83,0	10 309	83,9	12 099

 **MONTPELLIER**
Activité 2011

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
846	674	2,9	1 025	666	1,5	2,5	516	193	2,7	12,5

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	62,6	421	59,8	13 694	59,9	14 115
Femmes	37,4	252	40,2	9 214	40,1	9 466
Âge moyen (années)	32,3		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8,4	53	8,3	1 883	8,3	1 936
– 10-17 ans	3,9	25	3,9	870	3,9	895
– 18-29 ans	34,9	221	31,6	7 140	31,7	7 361
– 30-39 ans	24,9	158	26,0	5 881	26,0	6 039
– 40-49 ans	14,2	90	15,1	3 403	15,0	3 493
– 50 ans et plus	13,7	87	15,1	3 415	15,1	3 502
Patients mineurs	12,3	78	12,2	2 753	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	21,1	134	16,3	3 675	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	6,8	43	6,1	1 367	6,1	1 410
Les patients déjà connus	25,2	213	25,7	7 362	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	18,1	119	6,3	1 419	6,6	1 538
– Étrangers	81,9	537	93,7	21 071	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	18,1	119	6,3	1 419	6,6	1 538
– Union européenne	22,7	149	20,4	4 593	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	5,8	38	12,0	2 694	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	11,3	74	25,3	5 680	24,9	5 754
– Maghreb	39,3	258	22,3	5 022	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,2	1	5,0	1 115	4,8	1 116
– Asie	1,7	11	4,4	982	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,9	6	4,4	985	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Maroc	20,4	134	4,5	1 010	4,9	1 144
– France	18,1	119	6,3	1 419	6,6	1 538
– Algérie	17,5	115	10,9	2 452	11,1	2 567
– Roumanie	15,9	104	13,8	3 105	13,9	3 209
– Somalie	2,9	19	0,9	209	1,0	111
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,4		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	34,3	172	35,6	6 865	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	25,1	126	32,4	6 247	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	15,2	76	14,8	2 849	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	16,0	80	12,4	2 387	12,5	2 467
– 10 ans et plus	9,4	47	4,8	931	4,9	978

Logement et domiciliation

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	26,7	167	27,8	5 784	27,8	5 951
– hébergé	8,1	51	12,5	2 590	12,3	2 641
– précaire	46,9	294	45,9	9 532	45,9	9 826
– sans logement	18,3	115	13,8	2 872	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	15,3	83	27,3	4 864	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	64,3	350	52,8	9 432	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	0,7	4	2,9	517	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	19,7	107	17,0	3 036	17,1	3 143

(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)	7,6	31	6,3	1 027	6,4	1 058
– visa touriste	6,4	26	5,8	937	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	24,9	101	15,9	2 589	16,1	2 690
– en situation irrégulière	61,1	248	72,0	11 707	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	32,2	66	31,3	3 870	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	21,1	14	29,0	1 123	28,9	1 137
– demande déjà déposée	78,8	52	71,0	2 747	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	30,9	192	19,4	4 019	19,7	4 211
– AME	44,0	274	55,9	11 602	55,6	11 876
– droits autre pays européen	4,8	30	2,5	515	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	16,2	101	18,3	3 797	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,2	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	3,9	24	3,7	767	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	26,5	114	15,7	2 201	16,1	2 315
– droits non ouverts	73,5	316	84,3	11 783	83,9	12 099



Activité 2011

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
415	334	1,4	890	385	2,3	2,2	282	75	3,8	6,9

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	49,0	163	60,0	13 952	59,9	14 115
Femmes	51,0	170	40,0	9 296	40,1	9 466
Âge moyen (années)	36,9		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	9,6	32	8,3	1 904	8,3	1 936
– 10-17 ans	3,3	11	3,9	884	3,9	895
– 18-29 ans	23,8	79	31,8	7 282	31,7	7 361
– 30-39 ans	22,3	74	26,0	5 965	26,0	6 039
– 40-49 ans	14,5	48	15,1	3 445	15,0	3 493
– 50 ans et plus	26,5	88	14,9	3 414	15,1	3 502
Patients mineurs	13,0	43	12,2	2 788	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	13,3	44	16,5	3 765	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	14,2	47	6,0	1 363	6,1	1 410
Les patients déjà connus	34,9	145	25,6	7 430	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	20,1	67	6,5	1 471	6,6	1 538
– Étrangers	79,9	266	93,5	21 342	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	20,1	67	6,4	1 471	6,6	1 538
– Union européenne	13,5	45	20,6	4 697	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	10,5	35	11,8	2 697	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	17,1	57	25,0	5 697	24,9	5 754
– Maghreb	36,4	121	22,6	5 159	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,6	2	4,9	1 114	4,8	1 116
– Asie	0,9	3	4,3	990	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,9	3	4,3	988	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Algérie	20,7	69	11,0	2 498	11,1	2 567
– France	20,1	67	6,5	1 471	6,6	1 538
– Maroc	13,8	46	4,8	1 098	4,9	1 144
– Roumanie	9,3	31	13,9	3 178	13,9	3 209
– Guinée	4,2	14	1,7	398	1,8	412
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,2		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	46,7	114	35,4	6 923	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	20,1	49	32,4	6 324	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	12,3	30	14,8	2 895	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	16,8	41	12,4	2 426	12,5	2 467
– 10 ans et plus	4,1	10	5,0	968	4,9	978

Logement et domiciliation

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	80,0	260	27,0	5 691	27,8	5 951
– hébergé	8,3	27	12,4	2 614	12,3	2 641
– précaire	8,6	28	46,5	9 798	45,9	9 826
– sans logement	3,1	10	14,1	2 977	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	5,7	16	27,2	4 931	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	83,0	235	52,7	9 547	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	0,3	1	2,9	520	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	11,0	31	17,2	3 112	17,1	3 143

(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)	6,2	13	6,4	1 045	6,4	1 058
– visa touriste	32,4	68	5,4	895	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	22,9	48	16,0	2 642	16,1	2 690
– en situation irrégulière	38,6	81	72,2	11 874	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	11,5	22	31,7	3 914	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	27,3	6	28,9	1 131	28,9	1 137
– demande déjà déposée	72,7	16	71,1	2 783	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	30,5	96	19,6	4 115	19,7	4 211
– AME	29,2	92	56,0	11 784	55,6	11 876
– droits autre pays européen	4,4	14	2,5	531	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	11,1	35	18,4	3 863	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,3	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	24,4	77	3,4	714	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	34,2	63	15,8	2 252	16,1	2 315
– droits non ouverts	65,8	121	84,2	11 978	83,9	12 099

→ NANTES

Activité 2011

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
352	280	1,2	424	272	1,6	1,1

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	52,5	147	60,0	13 968	59,9	14 115
Femmes	47,5	133	40,0	9 333	40,1	9 466
Âge moyen (années)	37,6		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	3,0	8	8,4	1 928	8,3	1 936
– 10-17 ans	2,2	6	3,9	889	3,9	895
– 18-29 ans	30,3	82	31,7	7 279	31,7	7 361
– 30-39 ans	24,3	66	26,0	5 973	26,0	6 039
– 40-49 ans	16,6	45	15,0	3 448	15,0	3 493
– 50 ans et plus	23,6	64	15,0	3 438	15,1	3 502
Patients mineurs	5,2	14	12,3	2 817	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	14,8	40	16,4	3 769	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	10,7	29	6,0	1 381	6,1	1 410
Les patients déjà connus	23,0	81	25,7	7 494	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	5,8	16	6,7	1 522	6,6	1 538
– Étrangers	94,2	258	93,3	21 350	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	5,8	16	6,7	1 522	6,6	1 538
– Union européenne	7,7	21	20,7	4 721	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	9,9	27	11,8	2 705	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	52,2	143	24,5	5 611	24,9	5 754
– Maghreb	21,5	59	22,8	5 221	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,4	1	4,9	1 115	4,8	1 116
– Asie	1,8	5	4,3	988	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,7	2	4,3	989	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Algérie	11,0	30	11,1	2 537	11,1	2 567
– Guinée	10,2	28	1,7	384	1,8	412
– Congo-Brazzaville	7,7	21	2,0	454	2,1	475
– Roumanie	6,6	18	14,0	3 191	13,9	3 209
– France	5,8	16	6,7	1 522	6,6	1 538
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,0		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	38,1	91	35,6	6 946	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	22,2	53	32,3	6 320	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	21,8	52	14,7	2 873	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	14,6	35	12,4	2 432	12,5	2 467
– 10 ans et plus	3,3	8	5,0	970	4,9	978

Logement et domiciliation

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	31,7	79	27,8	5 872	27,8	5 951
– hébergé	12,4	31	12,3	2 610	12,3	2 641
– précaire	43,4	108	45,9	9 718	45,9	9 826
– sans logement	12,4	31	14,0	2 956	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	7,7	13	27,1	4 934	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	63,9	108	53,1	9 674	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	1,2	2	2,8	519	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	27,2	46	17,0	3 097	17,1	3 143

(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)	4,3	8	6,4	1 050	6,4	1 058
– visa touriste	23,7	44	5,6	919	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	28,5	53	16,0	2 637	16,1	2 690
– en situation irrégulière	43,5	81	72,0	11 874	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	53,5	84	31,1	3 852	31,4	3 936
– demande non déposée	13,1	11	29,2	1 126	28,9	1 137
– demande déjà déposée	86,9	73	70,8	2 726	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	29,0	66	19,6	4 145	19,7	4 211
– AME	38,6	88	55,8	11 788	55,6	11 876
– droits autre pays européen	4,4	10	2,5	535	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	19,7	45	18,2	3 853	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	8,3	19	3,7	772	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	60,1	80	15,7	2 235	16,1	2 315
– droits non ouverts	39,9	53	84,3	12 046	83,9	12 099

→ NICE

Activité 2011

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
2 712	2 173	9,2	2 592	1 483	1,7	6,4	1 470	645	2,3	35,8

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	1 249	60,1	12 866	59,9	14 115
Femmes	42,4	921	39,9	8 545	40,1	9 466
Âge moyen (années)	35,4		32,8		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	3,4	73	8,8	1 863	8,3	1 936
– 10-17 ans	2,1	45	4,0	850	3,9	895
– 18-29 ans	33,3	715	31,5	6 646	31,7	7 361
– 30-39 ans	28,5	610	25,8	5 429	26,0	6 039
– 40-49 ans	15,8	339	15,0	3 154	15,0	3 493
– 50 ans et plus	16,9	362	14,9	3 140	15,1	3 502
Patients mineurs	5,5	118	12,9	2 713	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	16,2	348	16,4	3 461	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	7,0	150	6,0	1 260	6,1	1 410
Les patients déjà connus	33,6	912	24,9	6 663	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	4,5	97	6,9	1 441	6,6	1 538
– Étrangers	95,5	2 053	93,1	19 555	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	4,5	97	6,9	1 441	6,6	1 538
– Union européenne	15,5	334	21,0	4 408	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	12,8	275	11,7	2 457	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	20,2	435	25,3	5 319	24,9	5 754
– Maghreb	37,1	798	21,3	4 482	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	1,4	29	5,2	1 087	4,8	1 116
– Asie	7,2	155	4,0	838	4,3	993
– Océanie et Amériques	1,3	27	4,6	964	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Tunisie	20,9	450	4,8	1 007	6,3	1 457
– Cap-Vert	8,3	179	0,4	78	1,1	257
– Algérie	8,0	172	11,4	2 395	11,1	2 567
– Maroc	7,4	160	4,7	984	4,9	1 144
– Roumanie	7,2	154	14,6	3 055	13,9	3 209
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,3		2,0		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	18,7	377	37,5	6 660	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	32,8	663	32,1	5 710	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	20,8	421	14,1	2 504	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	20,6	417	11,5	2 050	12,5	2 467
– 10 ans et plus	7,1	143	4,7	835	4,9	978

Logement et domiciliation

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	57,8	1 230	24,5	4 721	27,8	5 951
– hébergé	5,5	117	13,1	2 524	12,3	2 641
– précaire	27,7	589	47,9	9 237	45,9	9 826
– sans logement	9,0	191	14,5	2 796	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	6,5	132	29,4	4 815	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	81,4	1 650	49,7	8 132	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	2,1	42	2,9	479	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	10,0	202	18,0	2 941	17,1	3 143

(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)	4,6	88	6,6	970	6,4	1 058
– visa touriste	2,4	46	6,2	917	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	17,9	342	15,9	2 348	16,1	2 690
– en situation irrégulière	75,1	1 434	71,3	10 521	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	16,8	282	33,6	3 654	31,4	3 936
– demande non déposée	13,8	39	30,0	1 098	28,9	1 137
– demande déjà déposée	86,2	243	70,0	2 556	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	22,2	474	19,4	3 737	19,7	4 211
– AME	61,8	1 323	54,9	10 553	55,6	11 876
– droits autre pays européen	2,1	46	2,6	499	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	12,1	259	18,9	3 639	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,8	18	0,1	18	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	0,9	19	4,0	772	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	18,5	328	15,7	1 987	16,1	2 315
– droits non ouverts	81,5	1 449	84,3	10 650	83,9	12 099

→ PARIS

Activité 2011

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
3 816	3 188	13,5	6 556	3 348	1,9	16,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie, gynécologie, ophtalmologie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55,5	1 760	60,5	12 355	59,9	14 115
Femmes	44,5	1 412	39,5	8 054	40,1	9 466
Âge moyen (années)	36,2		32,5		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	5,7	176	8,7	760	8,3	1 936
– 10-17 ans	3,2	100	4,0	795	3,9	895
– 18-29 ans	26,5	820	32,5	6 541	31,7	7 361
– 30-39 ans	26,2	812	26,0	5 227	26,0	6 039
– 40-49 ans	18,4	572	14,5	2 921	15,0	3 493
– 50 ans et plus	20,0	620	14,3	2 882	15,1	3 502
Patients mineurs	8,9	276	12,7	2 555	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	11,7	364	17,1	3 445	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	7,9	244	5,8	1 166	6,1	1 410
Les patients déjà connus	18,5	704	26,8	6 871	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	2,8	88	7,3	1 450	6,6	1 538
– Étrangers	97,2	3 048	92,7	18 560	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	2,8	88	7,2	1 450	6,6	1 538
– Union européenne	6,0	188	22,8	4 554	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	11,9	372	11,8	2 360	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	45,9	1 440	21,6	4 314	24,9	5 754
– Maghreb	17,7	556	23,6	4 724	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	4,5	140	4,9	976	4,8	1 116
– Asie	8,7	272	3,6	721	4,3	993
– Océanie et Amériques	2,5	80	4,5	911	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Cameroun	11,5	360	1,9	380	3,2	740
– Algérie	10,0	312	11,3	2 255	11,1	2 567
– Côte d'Ivoire	7,4	232	1,6	310	2,3	542
– Mali	4,6	144	1,2	231	1,6	375
– Russie-Tchéquie	4,2	132	1,8	355	2,1	487
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,8		2,0		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	36,7	1 100	35,4	5 937	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	29,3	876	32,7	5 497	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	11,4	340	15,4	2 585	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	14,0	420	12,2	2 047	12,5	2 467
– 10 ans et plus	8,6	256	4,3	722	4,9	978

Logement et domiciliation

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	18,5	560	29,3	5 391	27,8	5 951
– hébergé	22,4	680	10,7	1 961	12,3	2 641
– précaire	45,0	1 364	46,1	8 462	45,9	9 826
– sans logement	14,1	428	13,9	2 559	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	21,5	596	27,8	4 351	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	58,5	1 616	52,3	8 166	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	1,2	32	3,1	489	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	18,8	520	16,8	2 623	17,1	3 143

(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)	1,9	48	7,2	1 010	6,4	1 058
– visa touriste	6,9	176	5,6	787	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	13,6	348	16,6	2 342	16,1	2 690
– en situation irrégulière	77,6	1 980	70,7	9 975	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	31,3	732	31,4	3 204	31,4	3 936
– demande non déposée	30,6	224	28,5	913	28,9	1 137
– demande déjà déposée	69,4	508	71,5	2 291	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	20,4	616	19,6	3 595	19,7	4 211
– AME	56,3	1 704	55,5	10 172	55,6	11 876
– droits autre pays européen	2,0	60	2,6	485	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	17,6	532	18,4	3 366	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,3	8	0,2	28	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	3,4	104	3,7	687	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	21,0	464	15,2	1 851	16,1	2 315
– droits non ouverts	79,0	1 744	84,8	10 355	83,9	12 099



Activité 2011

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
250	207	0,9	564	250	2,2	1,4

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	62,1	128	59,8	13 987	59,9	14 115
Femmes	37,9	78	40,2	9 388	40,1	9 466
Âge moyen (années)	35,1		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	3,9	8	8,4	1 928	8,3	1 936
– 10-17 ans	6,3	13	3,8	882	3,9	895
– 18-29 ans	29,5	61	31,7	7 300	31,7	7 361
– 30-39 ans	22,2	46	26,0	5 993	26,0	6 039
– 40-49 ans	19,8	41	15,0	3 452	15,0	3 493
– 50 ans et plus	18,3	38	15,1	3 464	15,1	3 502
Patients mineurs	10,1	21	12,2	2 810	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	21,3	44	16,4	3 765	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	8,7	18	6,1	1 392	6,1	1 410
Les patients déjà connus	35,2	88	25,6	7 487	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	40,6	84	6,3	1 454	6,6	1 538
– Étrangers	59,4	123	93,7	21 485	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	40,6	84	6,3	1 454	6,6	1 538
– Union européenne	16,4	34	20,5	4 708	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	21,7	45	11,7	2 687	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	7,2	15	25,0	5 739	24,9	5 754
– Maghreb	9,7	20	22,9	5 260	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	2,9	6	4,8	1 110	4,8	1 116
– Asie	1,5	3	4,3	990	4,3	993
– Océanie et Amériques	----	0	4,3	991	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– France	40,6	84	6,3	1 454	6,6	1 538
– Russie-Tchéchénie	11,6	24	2,0	463	2,1	487
– Roumanie	8,2	17	13,9	3 192	13,9	3 209
– Maroc	5,8	12	4,9	1 132	4,9	1 144
– Arménie	3,9	8	1,4	323	1,4	331
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	4,5		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	46,7	57	35,5	6 980	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	12,3	15	32,3	6 358	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	15,6	19	14,8	2 906	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	14,7	18	12,5	2 449	12,5	2 467
– 10 ans et plus	10,7	13	4,9	965	4,9	978

Logement et domiciliation

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	37,9	78	27,7	5 873	27,8	5 951
– hébergé	22,3	46	12,2	2 595	12,3	2 641
– précaire	21,4	44	46,1	9 782	45,9	9 826
– sans logement	18,4	38	13,9	2 949	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	11,1	21	27,1	4 926	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	51,3	97	53,2	9 685	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	10,6	20	2,7	501	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	27,0	51	17,0	3 092	17,1	3 143

(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)	7,1	7	6,3	1 051	6,4	1 058
– visa touriste	3,0	3	5,8	960	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	31,3	31	16,1	2 659	16,1	2 690
– en situation irrégulière	58,6	58	71,8	11 897	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	59,0	46	31,2	3 890	31,4	3 936
– demande non déposée	37,0	17	28,8	1 120	28,9	1 137
– demande déjà déposée	63,0	29	71,2	2 770	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	52,2	107	19,4	4 104	19,7	4 211
– AME	22,4	46	55,9	11 830	55,6	11 876
– droits autre pays européen	1,9	4	2,6	541	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	21,5	44	18,2	3 854	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	2,0	4	3,7	787	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	42,3	63	15,8	2 252	16,1	2 315
– droits non ouverts	57,2	86	84,2	12 013	83,9	12 099

→ ROUEN

Activité 2011

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
655	557	2,4	1 040	639	1,6	2,6	43	35	1,2	1,0

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	61,3	340	59,8	13 775	59,9	14 115
Femmes	38,7	215	40,2	9 251	40,1	9 466
Âge moyen (années)	32,1		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	9,1	50	8,3	1 886	8,3	1 936
– 10-17 ans	4,9	27	3,8	868	3,9	895
– 18-29 ans	34,5	190	31,6	7 171	31,7	7 361
– 30-39 ans	23,4	129	26,1	5 910	26,0	6 039
– 40-49 ans	13,1	72	15,1	3 421	15,0	3 493
– 50 ans et plus	15,1	83	15,1	3 419	15,1	3 502
Patients mineurs	14,0	77	12,2	2 754	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	19,2	551	16,3	3 703	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	6,4	35	6,1	1 375	6,1	1 410
Les patients déjà connus	16,3	107	26,0	7 468	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	13,9	76	6,5	1 462	6,6	1 538
– Étrangers	86,1	469	93,5	21 139	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	13,9	76	6,5	1 462	6,6	1 538
– Union européenne	11,9	65	20,7	4 677	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	7,5	41	11,9	2 691	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	27,4	149	24,8	5 605	24,9	5 754
– Maghreb	34,3	187	22,5	5 093	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,9	5	4,9	1 111	4,8	1 116
– Asie	3,5	19	4,3	974	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,6	3	4,4	988	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Algérie	16,0	87	11,0	2 480	11,1	2 567
– France	13,9	76	6,5	1 462	6,6	1 538
– Roumanie	9,4	51	14,0	3 158	13,9	3 209
– Tunisie	8,6	47	6,2	1 410	6,3	1 457
– Maroc	7,9	43	4,9	1 101	5,0	1 144
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,7		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	55,4	229	35,2	6 808	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	18,9	78	32,5	6 295	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	12,4	51	14,8	2 874	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	9,2	38	12,5	2 429	12,5	2 467
– 10 ans et plus	4,1	17	5,0	961	4,9	978

Logement et domiciliation

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	38,5	183	27,6	5 768	27,8	5 951
– hébergé	10,3	49	12,4	2 592	12,3	2 641
– précaire	24,4	116	46,4	9 710	45,9	9 826
– sans logement	26,7	127	13,6	2 860	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	9,7	33	27,2	4 914	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	58,9	201	53,1	9 581	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	5,6	19	2,8	502	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	25,8	88	16,9	3 055	17,1	3 143

(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)	2,4	8	6,4	1 050	6,4	1 058
– visa touriste	10,8	36	5,7	927	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	27,0	90	15,9	2 600	16,1	2 690
– en situation irrégulière	59,8	199	72,0	11 756	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	54,7	110	31,0	3 826	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	41,8	46	28,5	1 091	28,9	1 137
– demande déjà déposée	58,2	64	71,5	2 735	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	32,7	168	19,4	4 043	19,7	4 211
– AME	34,2	176	56,1	11 700	55,6	11 876
– droits autre pays européen	1,5	8	2,6	537	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	25,1	129	18,1	3 769	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,2	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	6,2	32	3,6	759	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	21,0	66	16,0	2 249	16,1	2 315
– droits non ouverts	79,0	248	84,0	11 851	83,9	12 099

→ SAINT-DENIS

Activité 2011

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
6 182	4 905	20,8	5 445	3 470	1,6	13,5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire (via le bus social dentaire), entretiens psychologiques, gynécologie, ophtalmologie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	64,4	3 149	58,7	10 966	59,9	14 115
Femmes	35,6	1 741	41,3	7 725	40,1	9 466
Âge moyen (années)	32,4		33,2		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	4,2	204	9,4	1 732	8,3	1 936
– 10-17 ans	3,1	151	4,0	744	3,9	895
– 18-29 ans	38,5	1 854	29,9	5 507	31,7	7 361
– 30-39 ans	28,4	1 365	25,4	4 674	26,0	6 039
– 40-49 ans	14,9	715	15,1	2 778	15,0	3 493
– 50 et plus	10,8	521	16,2	2 981	15,1	3 502
Patients mineurs	7,4	355	13,4	2 476	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	20,5	986	15,3	2 823	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	3,5	168	6,7	1 242	6,1	1 410
Les patients déjà connus	22,0	1 359	26,7	6 216	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	0,6	29	8,2	1 509	6,6	1 538
– Étrangers	99,4	4 651	91,8	16 957	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	0,6	29	8,2	1 509	6,6	1 538
– Union européenne	28,9	1 352	18,4	3 390	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	14,0	653	11,3	2 079	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	21,6	1 013	25,7	4 741	24,9	5 754
– Maghreb	8,3	388	26,5	4 892	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	17,3	810	1,7	306	4,8	1 116
– Asie	8,5	397	3,2	596	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,8	38	5,2	953	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Roumanie	27,5	1 289	10,4	1 920	13,9	3 209
– Pakistan	14,3	669	0,3	52	3,1	721
– Moldavie	10,9	510	0,4	64	2,5	574
– Inde	7,4	345	0,3	51	1,7	396
– Mali	4,4	208	0,9	167	1,6	375
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,3		2,3		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	21,2	867	39,3	6 170	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	52,3	2 135	27,0	4 238	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	15,9	647	14,5	2 278	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	8,7	355	13,5	2 112	12,5	2 467
– 10 ans et plus	1,9	76	5,7	902	4,9	978

Logement et domiciliation

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	14,7	586	30,8	5 365	27,8	5 951
– hébergé	3,2	128	14,4	2 513	12,3	2 641
– précaire	78,0	3 114	38,6	6 712	45,9	9 826
– sans logement	4,1	163	16,2	2 824	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	54,6	2 047	19,8	2 900	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	37,7	1 415	57,2	8 367	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	1,0	38	3,3	483	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	6,7	253	19,7	2 890	17,1	3 143

(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)	3,9	138	7,0	920	6,4	1 058
– visa touriste	2,8	97	6,6	866	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	3,1	109	19,6	2 581	16,1	2 690
– en situation irrégulière	90,2	3 155	66,8	8 800	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile⁽²⁾	16,8	337	34,1	3 599	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	46,9	158	27,2	979	28,9	1 137
– demande déjà déposée	53,1	179	72,8	2 620	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	3,0	126	23,7	4 085	19,7	4 211
– AME	82,5	3 415	49,1	8 461	55,6	11 876
– droits autre pays européen	0,4	16	3,1	529	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	13,2	545	19,5	3 353	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,1	3	0,2	33	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	0,9	36	4,4	755	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	2,7	86	19,8	2 229	16,1	2 315
– droits non ouverts	97,3	3 071	80,2	9 028	83,9	12 099

→ STRASBOURG

Activité 2011

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
808	573	2,4	1 465	624	2,3	3,6	722	249	2,9	17,6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, entretiens psychologiques, gynécologie, pneumologie, podologie et psychiatrie

Caractéristiques des patients

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62,3	357	59,8	13 758	59,9	14 115
Femmes	37,7	216	40,2	9 250	40,1	9 466
Âge moyen (années)	37,0		32,9		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	6,7	38	8,4	1 898	8,3	1 936
– 10-17 ans	5,1	29	3,8	866	3,9	895
– 18-29 ans	21,6	123	32,0	7 238	31,7	7 361
– 30-39 ans	24,0	137	26,0	5 902	26,0	6 039
– 40-49 ans	20,7	118	14,9	3 375	15,0	3 493
– 50 ans et plus	21,9	125	14,9	3 377	15,1	3 502
Patients mineurs	11,8	67	12,2	2 764	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	9,3	53	16,6	3 756	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	9,3	53	6,0	1 357	6,1	1 410
Les patients déjà connus	40,4	326	25,3	7 249	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	5,1	29	6,7	1 509	6,6	1 538
– Étrangers	94,9	536	93,3	21 072	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	5,1	29	6,7	1 509	6,6	1 538
– Union européenne	35,0	198	20,1	4 544	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	8,5	48	11,9	2 684	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	17,2	97	25,0	5 657	24,9	5 754
– Maghreb	31,7	179	22,6	5 101	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	0,7	4	4,9	1 112	4,8	1 116
– Asie	0,7	4	4,4	989	4,3	993
– Océanie et Amériques	1,1	6	4,4	985	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Roumanie	23,0	130	13,6	3 079	13,9	3 209
– Algérie	20,7	117	10,9	2 450	11,1	2 567
– Maroc	9,2	52	4,8	1 092	4,9	1 144
– France	5,1	29	6,7	1 509	6,6	1 538
– Cameroun	5,0	28	3,2	712	3,2	740
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,3		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	37,9	194	35,5	6 843	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	23,2	119	32,5	6 254	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	14,8	76	14,8	2 849	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	17,8	91	12,3	2 376	12,5	2 467
– 10 ans et plus	6,3	32	4,9	946	4,9	978

Logement et domiciliation

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	23,8	132	27,9	5 819	27,8	5 951
– hébergé	7,2	40	12,5	2 601	12,3	2 641
– précaire	45,7	253	45,9	9 573	45,9	9 826
– sans logement	23,3	129	13,7	2 858	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	31,3	142	26,8	4 805	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	48,5	220	53,3	9 562	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	1,7	8	2,9	513	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	18,5	84	17,0	3 059	17,1	3 143

(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)	17,4	71	6,1	987	6,4	1 058
– visa touriste	11,3	46	5,6	917	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	12,7	52	16,2	2 638	16,1	2 690
– en situation irrégulière	58,6	239	72,1	11 716	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	38,2	71	31,3	3 865	31,4	3 936
– demande non déposée	35,2	25	28,8	1 112	28,9	1 137
– demande déjà déposée	64,8	46	71,2	2 753	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	8,6	43	20,0	4 168	19,7	4 211
– AME	57,3	286	55,6	11 590	55,6	11 876
– droits autre pays européen	4,6	23	2,5	522	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	24,9	124	18,1	3 774	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0,2	1	0,2	35	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	4,4	22	3,7	769	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	15,0	43	16,1	2 272	16,1	2 315
– droits non ouverts	85,0	243	83,9	11 856	83,9	12 099

→ TOULOUSE

Activité 2011

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
728	648	2,7	850	516	1,6	2,1	38	34	1,1	0,9

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	65,6	421	59,7	13 694	59,9	14 115
Femmes	34,4	221	40,3	9 245	40,1	9 466
Âge moyen (années)	36,4		32,9		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	5,1	32	8,4	1 904	8,3	1 936
– 10-17 ans	3,5	22	3,9	873	3,9	895
– 18-29 ans	24,5	154	31,9	7 207	31,7	7 361
– 30-39 ans	27,3	172	26,0	5 867	26,0	6 039
– 40-49 ans	20,8	131	14,9	3 362	15,0	3 493
– 50 ans et plus	18,8	118	15,0	3 384	15,1	3 502
Patients mineurs	8,6	54	12,3	2 777	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	13,4	84	16,5	3 725	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	7,5	47	6,0	1 363	6,1	1 410
Les patients déjà connus	23,5	171	25,8	7 404	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	16,6	102	6,4	1 436	6,6	1 538
– Étrangers	83,4	514	93,6	21 094	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	16,5	102	6,4	1 436	6,6	1 538
– Union européenne	15,6	96	20,6	4 646	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	8,8	54	11,9	2 678	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	20,6	127	25,0	5 627	24,9	5 754
– Maghreb	32,6	201	22,5	5 079	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	1,5	9	4,9	1 107	4,8	1 116
– Asie	3,9	24	4,3	969	4,3	993
– Océanie et Amériques	0,5	3	4,4	988	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– Algérie	20,8	128	10,8	2 439	11,1	2 567
– France	16,5	102	6,4	1 436	6,6	1 538
– Maroc	7,0	43	4,9	1 101	4,9	1 144
– Roumanie	6,3	39	14,1	3 170	13,9	3 209
– Rép. dém. du Congo	4,2	26	0,9	203	1,0	229
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,6		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	44,6	204	35,4	6 833	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	19,0	87	32,5	6 286	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	12,9	59	14,8	2 866	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	15,1	69	12,4	2 398	12,5	2 467
– 10 ans et plus	8,3	38	4,9	940	4,9	978

Logement et domiciliation

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	25,0	129	27,9	5 822	27,8	5 951
– hébergé	19,0	98	12,2	2 543	12,3	2 641
– précaire	34,1	176	46,2	9 650	45,9	9 826
– sans logement	21,9	113	13,8	2 874	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	24,0	105	27,0	4 842	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	45,3	198	53,4	9 584	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	2,5	11	2,8	510	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	28,2	123	16,8	3 020	17,1	3 143

(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)	6,7	25	6,3	1 033	6,4	1 058
– visa touriste	11,8	44	5,6	919	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	29,1	109	15,8	2 581	16,1	2 690
– en situation irrégulière	52,4	196	72,2	11 759	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾ dont...	60,0	123	30,9	3 813	31,4	3 936
– demande non déposée	17,1	21	29,3	1 116	28,9	1 137
– demande déjà déposée	82,9	102	70,7	2 697	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	38,5	195	19,3	4 016	19,7	4 211
– AME	35,5	195	56,0	11 681	55,6	11 876
– droits autre pays européen	8,1	41	2,4	504	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	7,5	38	18,5	3 860	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	---	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	7,5	38	3,6	753	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	33,1	107	15,7	2 208	16,1	2 315
– droits non ouverts	66,9	216	84,3	11 883	83,9	12 099

→ VALENCIENNES

Activité 2011

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
459	271	1,2	813	426	1,9	2,0

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	61,7	166	59,8	13 949	59,9	14 115
Femmes	38,3	103	40,2	9 363	40,1	9 466
Âge moyen (années)	30,1		33,0		33,0	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8,5	22	8,3	1 914	8,3	1 936
– 10-17 ans	4,2	11	3,9	884	3,9	895
– 18-29 ans	39,4	102	31,6	7 259	31,7	7 361
– 30-39 ans	22,8	59	26,0	5 980	26,0	6 039
– 40-49 ans	14,3	37	15,1	3 456	15,0	3 493
– 50 ans et plus	10,8	28	15,1	3 474	15,1	3 502
Patients mineurs	12,7	33	12,2	2 798	12,2	2 831
Les jeunes de 16-24 ans	29,3	76	16,3	3 733	16,4	3 809
Les patients de 60 ans et plus	3,5	9	6,1	1 401	6,1	1 410
Les patients déjà connus	42,3	194	25,5	7 381	25,7	7 575
Nationalités						
– Français	51,3	135	6,1	1 403	6,6	1 538
– Étrangers	48,7	128	93,9	21 480	93,4	21 608
Groupe continental						
– France	51,3	135	6,1	1 403	6,6	1 538
– Union européenne	14,5	38	20,6	4 704	20,5	4 742
– Europe (hors UE)	9,9	26	11,8	2 706	11,8	2 732
– Afrique subsaharienne	4,6	12	25,1	5 742	24,9	5 754
– Maghreb	16,3	43	22,9	5 237	22,8	5 280
– Proche et Moyen-Orient	3,0	8	4,8	1 108	4,8	1 116
– Asie	0,4	1	4,3	992	4,3	993
– Océanie et Amériques	----	0	4,3	991	4,3	991
Nationalités les plus représentées						
– France	51,3	135	6,1	1 403	6,6	1 538
– Roumanie	12,2	32	13,9	3 177	13,9	3 209
– Algérie	8,0	21	11,1	2 546	11,1	2 567
– Maroc	7,2	19	4,9	1 125	4,9	1 144
– Arménie	6,1	16	1,4	315	1,4	331
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,7		2,1		2,1	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	52,5	42	35,5	6 995	35,6	7 037
– 3 mois à moins de 1 an	21,3	17	32,3	6 356	32,2	6 373
– 1 an à moins de 3 ans	73,7	11	14,8	2 914	14,8	2 925
– 3 ans à moins de 10 ans	5,0	4	12,5	2 463	12,5	2 467
– 10 ans et plus	7,5	6	4,9	972	4,9	978

Logement et domiciliation

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	28,7	66	27,8	5 885	27,8	5 951
– hébergé	25,2	58	12,2	2 583	12,3	2 641
– précaire	7,8	18	46,3	9 808	45,9	9 826
– sans logement	38,3	88	13,7	2 899	14,0	2 987
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
– besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	8,1	7	27,0	4 940	26,9	4 947
– dispose d'une adresse (personnelle ou chez familles, amis)	49,4	43	53,2	9 739	53,2	9 782
– domiciliation réalisée par un CCAS	----	0	2,8	521	2,8	521
– domiciliation réalisée par une association	42,5	37	17,0	3 106	17,1	3 143

(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)	7,7	2	6,4	1 056	6,4	1 058
– visa touriste	19,2	5	5,8	958	5,8	963
– titre séjour valide ou RDV préfecture	46,2	12	16,1	2 678	16,1	2 690
– en situation irrégulière	26,9	7	71,8	11 948	71,7	11 955
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	82,8	24	31,2	3 912	31,4	3 936
dont...						
– demande non déposée	50,0	12	28,8	1 125	28,9	1 137
– demande déjà déposée	50,0	12	71,2	2 787	71,1	2 799

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

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	52,1	63	19,5	4 148	19,7	4 211
– AME	43,8	53	55,7	11 823	55,6	11 876
– droits autre pays européen	----	0	2,6	545	2,6	545
– pas de droits (critère de résidence)	4,1	5	18,3	3 893	18,2	3 898
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0,2	36	0,2	36
– aucun droit (visa touriste)	----	0	3,7	791	3,7	791
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	18,0	7	16,1	2 308	16,1	2 315
– droits non ouverts	82,0	32	83,9	12 067	83,9	12 099

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

RELECTURE :
Lionel Blot
lionelblot@orange.fr

IMPRESSION :
IGC Communigraphie
10 rue Gustave Delory
BP 21
42964 SAINT-ETIENNE cedex 9
04 77 92 04 80
www.espace-igc.com

