

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE
EN FRANCE



SYNTHÈSE
20
19



ÉDITO

Pour ce vingtième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins et les 40 ans d'existence de Médecins du Monde, nous aurions espéré une amélioration sur le front de la santé des plus précarisé.e.s. Malheureusement, il n'en est rien. Le baromètre du climat social, qui guide le choix de nos zones d'intervention en métropole et en Outre-mer, s'est affolé devant le « *gros temps* » qui persiste. En effet, nos programmes et nos actions se sont inscrits dans un contexte politique, économique et social difficile qui s'est dégradé et durci. Les inégalités se sont creusées et le taux de pauvreté reste à un niveau élevé ; la crise du système de santé dans son ensemble s'est aggravée ; l'Europe a continué à se barricader et à criminaliser les ONG, interdites de sauvetage en mer ; l'invisibilité des exilés, refoulés toujours plus loin des regards et des villes, s'est renforcée.

Et le constat est tout aussi amer sur le front des droits. Vingt ans après sa création, la Couverture maladie universelle (CMU) n'est toujours pas inclusive pour l'ensemble des populations vivant sur le territoire français et les chances de parvenir à l'accès inconditionnel et au droit universel à la santé n'ont fait que s'amenuiser. Ainsi, de nouvelles attaques ont été menées en 2019 contre les droits à la santé des étrangers sans titre de séjour (AME) et contre les droits des demandeurs d'asile. Aucun gouvernement n'était allé aussi loin dans leur remise en cause. Médecins du Monde dénonce fermement ce qui relève de l'instrumentalisation stratégique et idéologique de la santé, à seule fin de durcir les politiques migratoires, au détriment de l'inconditionnalité du droit à être soigné et de la santé publique.

Par ailleurs, la profonde crise de gouvernance et de perte de sens de l'hôpital public s'est accentuée en 2019, sans réponse de la puissance publique et ce malgré la mobilisation inédite des personnels soignants. Nous continuons à déplorer le sous-calibrage, voire le détricotage des structures d'accueil et de prise en charge médico-sociale de premier recours, à l'hôpital comme en ville, pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Il était trop tôt, dans ce rapport, pour dresser nos constats sur l'impact de l'épidémie de la Covid-19, cette crise sanitaire inédite qui a violemment impacté la santé des populations les plus vulnérables et laisse déjà entrevoir la gravité de la crise globale à venir. Mais les observations brutes, pour ne pas dire brutales, que ce rapport pointe nous poussent à exiger d'urgence des solutions durables pour les personnes précarisées.

Ces constats illustrent le refus politique d'agir sur des leviers véritablement efficaces et de mettre en œuvre les moyens à la hauteur d'enjeux centraux de santé publique et de vivre-ensemble. Dans ce contexte dégradé, Médecins du Monde, comme de nombreuses autres associations, s'interroge sur le rôle que certains acteurs publics semblent vouloir lui donner. Nous n'avons pas vocation à devenir, par substitution, un « *service public des pauvres* ». C'est à l'État et à lui seul de garantir l'égalité de tous et toutes devant la santé.

Patrick Bouffard
Membre du conseil d'administration
Médecins du Monde

L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS*

L'ACTIVITÉ DES CENTRES MÉDECINS DU MONDE

15 CASO

23 048

PERSONNES ACCUEILLIS DANS LES CASO

1 564
CONSULTATIONS DENTAIRES



23 712

CONSULTATIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉES



LES PERSONNES VUES POUR LA 1ÈRE FOIS DANS LES CASO



63,4%
d'hommes



97,3%
de personnes d'origine étrangère



2 833 mineurs (soit 12,3 % de la file active totale)



24,9% sont sans domicile fixe



7,3% vivent en squat/ bidonville



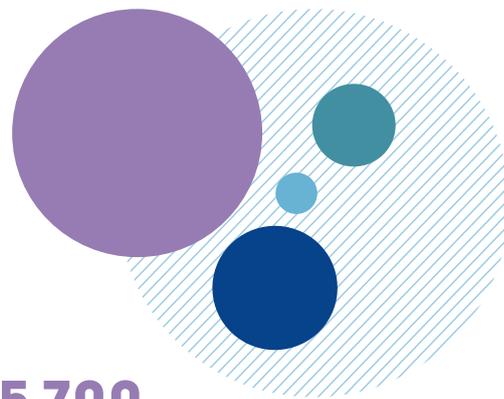
97,7% vivent en dessous du seuil de pauvreté



60,3% sont hébergés par de la famille/amis/connaissance, organisme ou réseau

L'ACTIVITÉ DES PROGRAMMES MOBILES DE MÉDECINS DU MONDE

43 PROGRAMMES MOBILES dont



+ DE 15 700
CONTACTS**

dans le cadre de 21 programmes auprès des personnes isolées à la rue ou mal-logées

+ DE 7 400
PERSONNES

dans le cadre de 4 programmes auprès des personnes migrantes

+ DE 4 000
ENTRETIENS

individuels ou collectifs dans le cadre du programme transversal de santé sexuelle et reproductive

+ DE 1 700
CONTACTS**

avec des personnes placées sous main de justice

ÉTAT DE SANTÉ

+ DE 50%

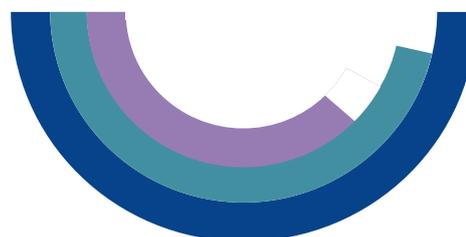
des personnes reçues en consultation de médecine générale souffrent d'une pathologie chronique

46,8%

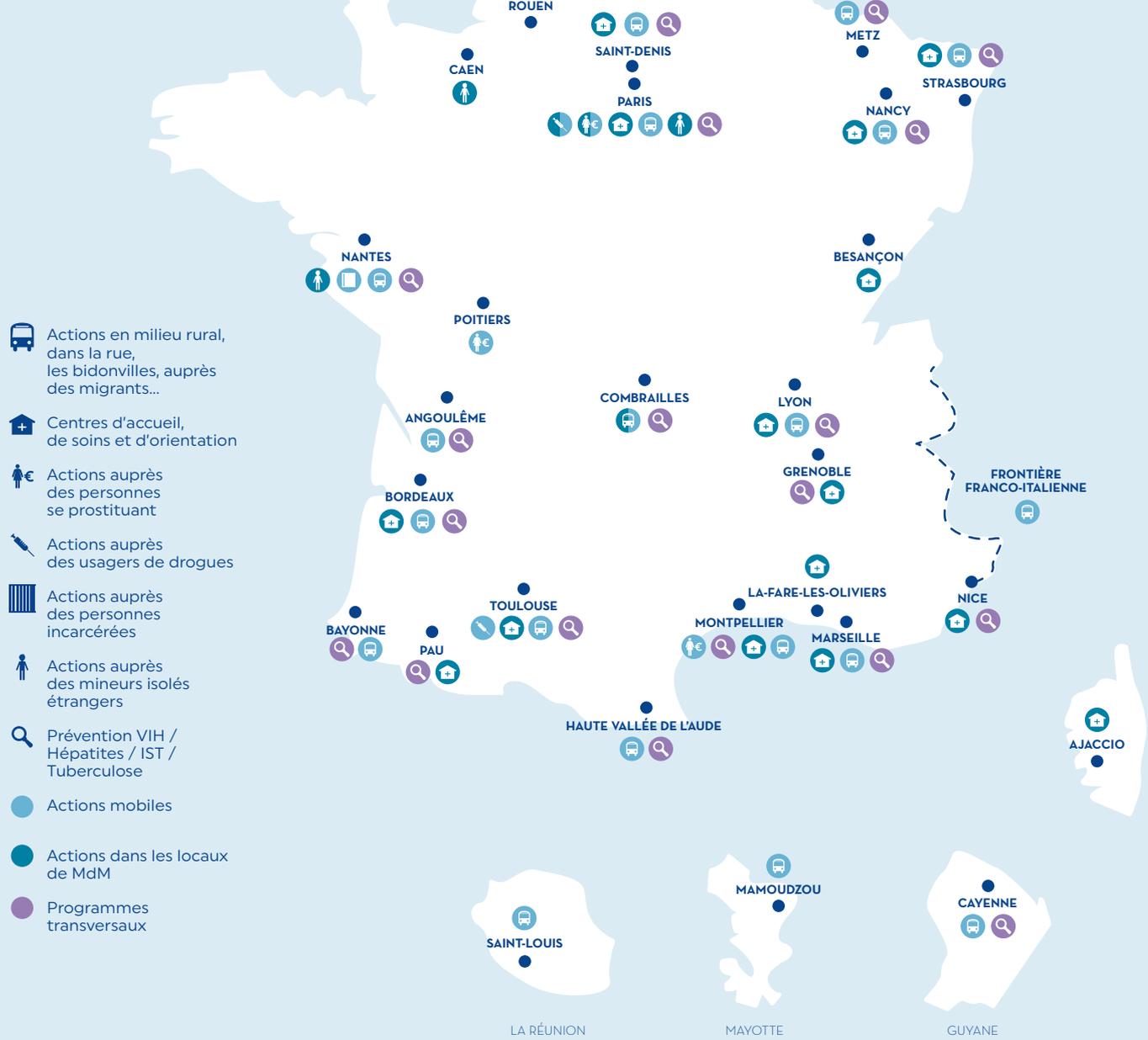
des personnes reçues en consultation de médecine générale présentent un retard de recours aux soins

36,6%

des femmes enceintes présentent un retard de suivi dans leur grossesse



59 PROGRAMMES MENÉS PAR 1 533 BÉNÉVOLES ET 123 SALARIÉS SUR 32 SITES

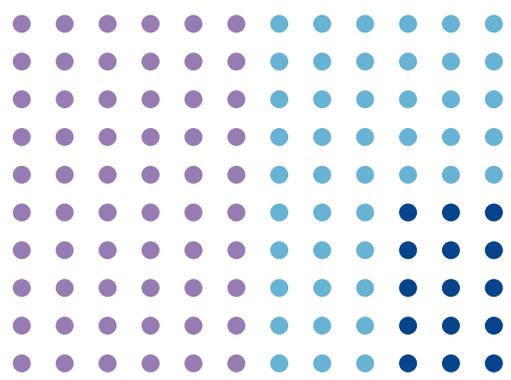


ACCÈS AUX SOINS

Près de **30%** des personnes restent exclues de tout dispositif de couverture maladie

78,8% des personnes disposant de droits théoriques à la couverture maladie française n'en bénéficient pas dans les faits

88,7% des personnes relevant théoriquement de l'aide médicale d'État n'ont aucune couverture maladie



LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE FRANCE EN 2019

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert un centre de soins gratuits pour les plus démunis à Paris avec la volonté de le fermer dans les 6 mois en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins. Plus de 30 ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent MdM à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation/accompagnement (Caso/Caoa) mais également d'interventions mobiles de proximité.

En 2019, Médecins du Monde France mène 59 programmes répartis sur 32 sites dans l'Hexagone et dans les départements et régions d'Outre-Mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.

15 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)¹ DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ET 1 DISPOSITIF PASS DE VILLE MIS EN ŒUVRE PAR LE CASO DE MARSEILLE.

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

Elles accueillent le public sans condition et offrent la possibilité de consultations gratuites et sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage spécifique pour certaines pathologies. Les parcours d'exil pouvant générer souffrances physiques et psychiques, et les conditions de vie précaires étant particulièrement délétères pour la santé psychique, une prise en charge psychosociale et de santé mentale peut être proposée.

2019 est également la première année de mise en œuvre opérationnelle par le Caso de Marseille du **dispositif Pass de ville** avec pour objectif son transfert vers le droit commun. Ce dispositif ponctuel permet aux personnes qui n'ont pas de couverture maladie d'être soignées sans être facturées. Prises en charge par des médecins de ville, les personnes peuvent

ainsi bénéficier d'un parcours de soins complet (pharmacie, laboratoire, radiologie, etc.) sans en avancer les frais, le temps d'obtenir une couverture maladie.

2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONE RURALE

MdM développe 2 programmes s'attachant à améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité en milieu rural dans les Combrailles (Puy-de-Dôme) depuis 2013 et dans la haute vallée de l'Aude depuis 2016. **Dans les Combrailles**, à travers la médiation en santé, le programme vise à favoriser et faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité vivant en milieu rural. La médiation intervient comme une passerelle entre les populations ayant des difficultés d'accès aux soins et les dispositifs médico-sociaux présents sur le territoire. **Dans la haute vallée de l'Aude**, MdM facilite l'autonomie des personnes en situation de précarité dans leur accès à la santé. L'équipe y propose des permanences médico-sociales accessibles à tous ainsi que des actions mobiles vers les personnes les plus éloignées de la santé, notamment auprès des consommateurs de produits psychoactifs.

1 PROGRAMME D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS EN ZONE URBAINE SENSIBLE

Un programme d'accès aux soins et aux droits en zone urbaine sensible a également été ouvert à Lille en 2015. MdM y organise des temps de prévention, développe une approche d'«aller-vers» avec/auprès des personnes en rupture d'un parcours de santé et les accompagne dans leurs démarches. Ils travaillent ensemble sur les principaux obstacles qu'elles peuvent rencontrer et mobilisent les acteurs du droit commun et associatifs, dans un objectif de renforcement de leurs capacités individuelles et collectives.

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

À la rue ou dans les centres d'hébergement et d'accueil de jour, les équipes assurent des accompagnements dans les démarches administratives, des veilles sanitaires, des consultations médicales, du soutien psychosocial et de la médiation en santé. Elles informent et sensibilisent également les acteurs médicaux et sociaux sur les problématiques de l'habitat précaire. Elles révèlent l'effet du sans-abrisme sur la santé et témoignent des difficultés rencontrées par les personnes concernées pour faire valoir leurs droits et accéder aux soins. Des équipes interviennent également dans **les squats et bidonvilles** pour proposer

(1) L'équipe du Caso de Besançon n'a collecté aucune donnée en raison de la fermeture du programme en début d'année 2019.

un accès aux soins et aux droits aux habitants, les orienter vers des structures de santé – avec une attention particulière sur la santé des femmes et des enfants. Des médiateurs en santé travaillent notamment avec les partenaires associatifs et de droit commun pour améliorer la prise en charge des habitants des bidonvilles et renforcer ainsi leur capacité à recourir aux soins et aux droits de façon autonome.

2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

Depuis 2014, MdM intervient dans une démarche communautaire au centre pénitentiaire de Nantes pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées. De plus, **MdM interviendra à partir d'octobre 2020** à Marseille, **en proposant en amont de la détention un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue** présentant des troubles psychiatriques sévères (Aïlsi).

4 PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS ET SANTÉ

MdM mène des **programmes auprès des migrants** (à la frontière franco-italienne, à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais Grande-Synthe, Dunkerque et près de Marseille (à la Fare-les-Oliviers)). Début 2017, une coordination de plusieurs associations s'est également mise en place (la CAFI⁽²⁾), avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour mieux riposter contre les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes aux frontières.

1 PROGRAMME TRANSVERSAL EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

MdM a développé depuis 2003 un **programme transversal de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose** afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès aux dépistages et de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies. En 2019, les équipes ont été sensibilisées à l'approche genre afin d'aborder spécifiquement certains problèmes de santé comme le **dépistage des violences liées au genre**. Des programmes s'investissent également dans le **dépistage des cancers gynécologiques, l'information concernant la contraception ou le suivi de grossesse**. Par une approche communautaire intégrant les personnes concernées, certains programmes ont mis en place des **séances ou actions collectives de promotion de la santé sur des thématiques choisies** (exemple : l'hygiène et l'eau, les maladies chroniques non transmissibles comme le diabète et l'hypertension, la nutrition ou l'alimentation ou encore des activités de soutien psychosocial).

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

MdM intervient **auprès des travailleuses-eurs du sexe (TdS) à travers 5 programmes** dans 4 villes (Montpellier, Paris, Poitiers et

Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de RdR et de santé sexuelle et reproductive (SSR), à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour, et à promouvoir l'implication communautaire. **Un programme spécifique de prévention permettant notamment de favoriser l'accès à la justice et aux services de santé pour les TdS victimes de violences** (programme Jasmine) a également été mis en place. **Enfin, MdM mène un programme «XBT»** (Xénobiotrope). Créée en 1999, ce programme a pour objectif de développer un dispositif global d'analyse de drogues comme outil de RdR sur tout le territoire. La formalisation de pôles régionaux coordonnés par la mission XBT au niveau national a débuté en 2010 par l'Île-de-France. Aujourd'hui, XBT travaille en collaboration avec plus de 50 partenaires répartis sur la métropole. Ce dispositif propose aux personnes consommatrices de psychotropes de faire analyser leurs produits, avant et/ou après consommation, dans une approche de RdR. MdM travaille actuellement au transfert progressif de ce programme.

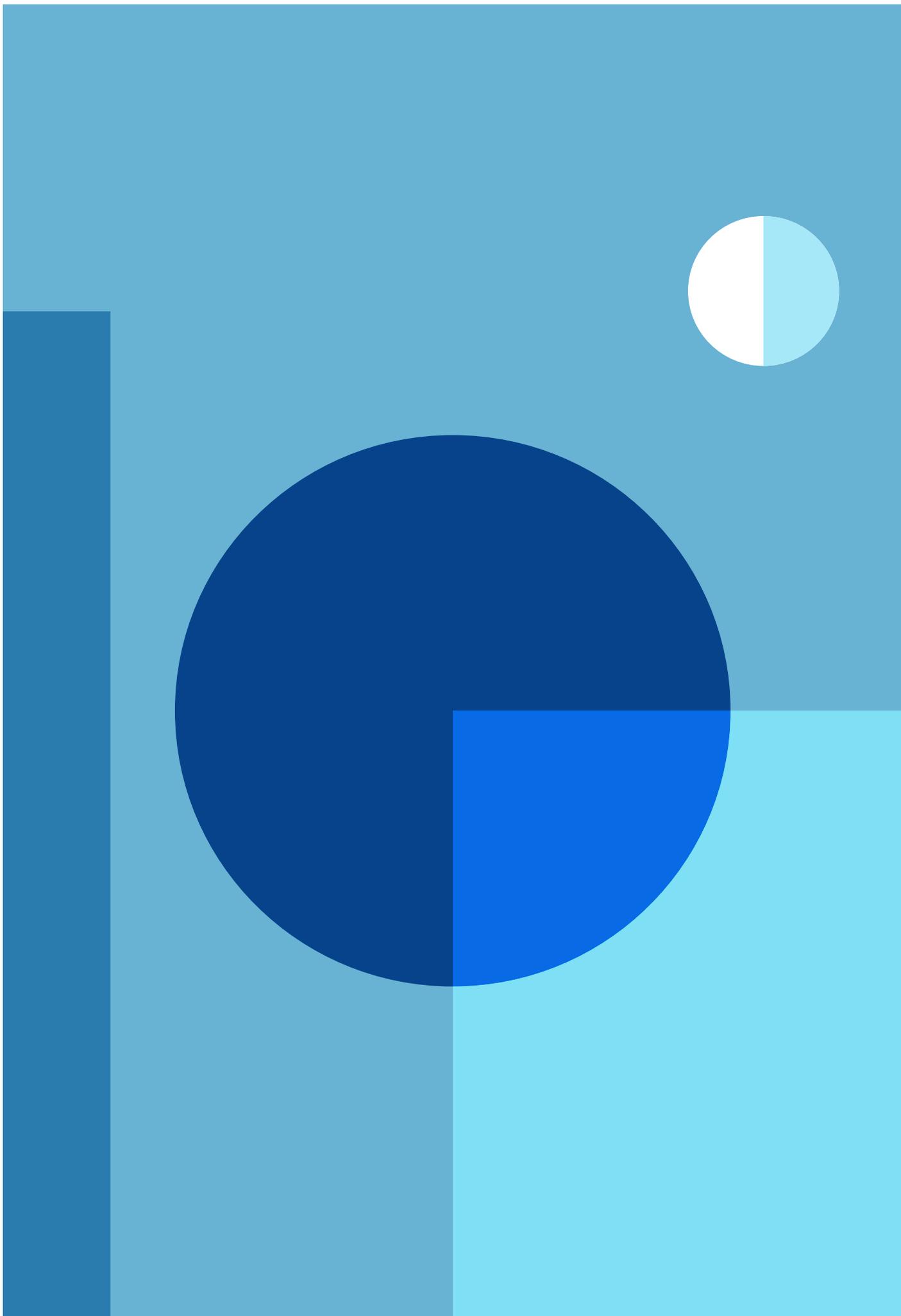
3 PROGRAMMES « ENFANCE VULNÉRABLE »

Dès 2015, un programme spécifique en direction des **mineurs non accompagnés (MNA)** a été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches. Puis deux autres programmes spécifiques MNA ont été développés, en Normandie (Caen/Rouen) et à Nantes au cours de l'année 2016. Les équipes les accompagnent pour leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits.

3 PROGRAMMES « OUTRE-MER »

Dans l'Océan Indien, **MdM est présent à travers deux programmes** à Mayotte et La Réunion. **À Mayotte**, le programme dispense des consultations médicales, infirmières et sociales (ouverture de droits) en lieu fixe et en mobile. Il mène notamment des actions de prévention en santé dans le bidonville de Kawéni et oriente également vers les structures de droit commun quand cela est possible. **Sur l'île de la Réunion**, l'équipe a poursuivi son diagnostic à Saint-Louis et a démarré des sorties médicalisées. Fin 2018 et début 2019, la délégation a dû se mobiliser fortement pour assurer l'accès aux droits et aux soins de dizaines de migrants venus en bateau depuis le Sri Lanka avec la mise en place d'activités de soutien psychosocial. **En Guyane**, l'équipe poursuit son programme de médiation en santé sur l'Île de Cayenne (équipes mobiles avec des consultations médicales, sociales, actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage VIH/VHC) dans les quartiers d'habitat informel. Une permanence en lieu fixe est également assurée afin d'orienter et d'accompagner vers l'accès aux droits. Les informations recueillies lors de ces activités permettent à MdM de témoigner des obstacles à l'accès aux droits et aux soins, spécifiques à ces territoires. **Un second projet «Pass de ville» a également démarré fin 2019 à Cayenne en Guyane** visant à orienter les personnes n'ayant pas ou plus accès à leurs droits vers des professionnels de santé adaptés, tout en les accompagnant vers l'ouverture de leurs droits.

(2) Il s'agit de la coordination d'actions aux frontières intérieures (CAFI) auprès des migrants qui est composée des associations suivantes : Amnesty International France, La Cimade, MSF France, Secours Catholique et MdM France.



RÉSUMÉ



En 2019, Médecins du Monde (MdM) compte 59 programmes en France dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. L'objectif est de promouvoir ou faciliter leur accès aux droits et aux soins. Nos équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurant la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.

LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE VIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO

En 2019, 23 048 personnes ont été accueillies dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de MdM.

Les besoins en santé constituent le motif de visite pour 79 % des personnes et 37,7 % d'entre elles s'adressent au Caso pour des questions d'ordre administratif, juridique et social. Il s'agit d'une population jeune (moyenne d'âge de 32,8 ans) et majoritairement masculine (63,4 % d'hommes). Parmi les personnes reçues, près de 98 % sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (47,7 %), du Maghreb (24,7 %) et de l'Europe (18,7 %) dont 10,1 % de l'Union européenne (UE).

Les personnes reçues au Caso sont particulièrement exposées à la précarité administrative et financière. Seules 15,3 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour leur grande majorité. En conséquence, la situation financière des personnes accueillies est très précaire : **97,7 % d'entre elles déclarent vivre en dessous du seuil de pauvreté dont 48,4 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre.** La grande majorité des personnes rencontrées sur les programmes de MdM connaissent d'importantes difficultés de logement : 32,2 % vivent en habitat précaire (à la rue, en hébergement d'urgence de moins de 15 jours ou en squat/bidonville). **La proportion des personnes sans domicile a par ailleurs fortement augmenté, passant de 13,6 % en 2009 à 24,9 % en 2019.** Ces données mettent en avant assez distinctement les difficultés d'accès au logement en France. Aujourd'hui, la France est un pays où l'accès à un hébergement revêt des allures de combat perdu d'avance pour une majorité de personnes rencontrées par les équipes de MdM.

En 2019, 50,6 % des personnes accueillies par les Caso sont en situation irrégulière au regard du séjour. Parmi les personnes en situation régulière, 7,1 % sont en situation administrative précaire dans la mesure où elles disposent

d'un titre de séjour de moins de six mois et peuvent basculer rapidement dans l'irrégularité. Les politiques publiques peu accueillantes à l'égard des personnes étrangères et les situations administratives complexes ont pour conséquence de limiter les déplacements pour près de 40 % des personnes en situation irrégulière par crainte des contrôles de police.

Pour les demandeurs d'asile³, leur part est stable depuis deux ans et représente 14,5 % de la file active des personnes reçues dans les Caso. Plus de la moitié des demandeurs d'asile reçus dans les Caso sont originaires d'Afrique subsaharienne (57,4 %), et un quart vient d'Europe hors UE (25,2 %). Bien que les demandeurs d'asile puissent en théorie bénéficier d'un hébergement en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou dans une structure similaire, 39,9 % des demandeurs d'asile sont hébergés par des proches, une structure / une association, ou par un réseau / collectif militant. Près de 60 % sont sans domicile fixe, en hébergement d'urgence de courte durée ou vivent en squat ou bidonville.

MdM alerte régulièrement sur la remise en cause par les acteurs institutionnels du principe d'inconditionnalité de l'accueil⁴ en hébergement d'urgence et de l'accompagnement social qui devrait y être offert. La publication des circulaires Collomb adoptées en 2017⁵ illustre la mise à mal de ce principe en instaurant des évaluations de la situation administrative des personnes hébergées par des équipes composées d'agents de la préfecture compétents en droit des étrangers et d'agents de l'Ofii.

>> MdM demande que les droits à l'hébergement, quelle que soit la situation administrative des personnes, soient respectés et appelle à la mise en place de solutions d'hébergement en nombre suffisant, adaptées, pérennes et innovantes pour les personnes à la rue, en squat ou bidonville. Il est par ailleurs urgent de renforcer les moyens des centres 115 pour assurer un réel accueil des personnes en situation de précarité.

(3) On considère comme demandeurs d'asile les étrangers (hors Union européenne) dont la procédure de demande d'asile est en cours, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en préfecture, une demande OFPRA en cours ou un recours/réexamen Ofpra/CNDA en cours. Depuis 2018, les personnes placées en procédure Dublin III ont également été comptabilisées parmi les demandeurs d'asile.

(4) Loi du 25 mars 2009 dispose dans son article 73 que « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ».

(5) Circulaire sur l'évolution du parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des réfugiés, 4 décembre 2017 ; circulaire sur l'examen des situations administratives dans l'hébergement d'urgence, 12 décembre 2017.

>> Le droit au séjour, par ce qu'il implique en termes d'accès aux droits et aux soins, est un puissant déterminant de la santé. Mdm milite afin que toute personne, sur un même territoire, quel que soit son statut administratif, ait accès aux soins et dispose de la même protection sociale.

En 2019, 2 833 mineurs ont été accueillis dans les Caso soit 12,3 % de la file active totale. La très large majorité des mineurs accueillis dans les Caso, sont d'origine étrangère et 28 % d'entre eux ont moins de 5 ans. La plupart d'entre eux se trouvent en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent bénéficier en France. **Les conditions de vie des mineurs accueillis sont aussi très difficiles : 27,9 % sont sans domicile fixe et 12,2 % vivent dans des squats ou bidonvilles.**

Parmi les mineurs reçus, **près de 1 320 mineurs non accompagnés (MNA) ont été accueillis dans les Caso et programmes spécifiques de Mdm⁶.** En France, les textes⁷ prévoient que ces enfants doivent être considérés de prime abord comme des enfants en danger et bénéficier d'une protection des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Pourtant, les autorités chargées de leur protection les accueillent la plupart du temps dans un climat de suspicion et remettent en cause leur parole. En effet, leur minorité est souvent réfutée par des évaluations subjectives, qui se fondent très largement sur des méthodes médicales unanimement contestées de détermination de l'âge. Le gouvernement continue de mettre à mal la prise en charge des MNA avec la création, en janvier 2019, d'un fichier biométrique permettant de ficher chaque jeune se présentant comme MNA et de faciliter son expulsion du territoire comme majeur, alors même qu'il n'a pas pu exercer son droit de recours.

>> Mdm plaide pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil qui respecte la présomption de minorité et permette à tous ceux et celles qui se déclarent MNA de bénéficier en premier lieu d'un hébergement sécurisant et sécurisé, d'un temps de répit dans un environnement bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène dignes, d'une information complète sur leurs droits et enfin d'un accès à la prévention et aux soins.

>> Mdm milite également pour l'interdiction pure et simple des tests médicaux d'évaluation de l'âge qui vont à l'encontre de l'éthique médicale puisque ces gestes invasifs n'ont pas pour objet d'améliorer la santé mais de servir un contrôle administratif.

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

En 2019, les médecins des Caso ont réalisé 19 772 consultations de médecine générale auprès de 13 665 patients différents. Les pathologies les plus fréquentes parmi les personnes consultant dans les Caso étaient avant tout digestives (23,7 %), ostéoarticulaires (19,7 %) et respiratoires (19,5 %). Plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 84,2 % des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement, ce qui posait la question des modalités de prise en charge dans le contexte ou la plupart d'entre eux ne disposaient d'aucune couverture maladie et vivaient dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, plus de la moitié n'avait ni suivi ni traité leur problème de santé avant leur première visite au Caso.

Les conditions de vie révèlent ou induisent des problèmes de santé. L'habitat instable, la complexité des dispositifs d'ouverture de droit, les ruptures sociales, la surexposition à des violences interfèrent de manière non négligeable sur la santé des personnes en situation de précarité et sont des facteurs déterminants qui accentuent le non-recours ; ce dernier se traduisant alors par des retards ou des renoncements aux soins constatés chez les personnes reçues par Mdm. Ces soins seront à terme nécessaires ; or, de nombreuses études démontrent que plus ces soins surviennent tard, plus ils sont coûteux, et ce d'abord humainement pour chaque malade. Malgré la multiplication des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble de la population, le renoncement aux soins reste particulièrement fréquent. **En 2019, près de la moitié (46,8 %) des personnes reçues en consultation médicale généraliste présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins. De plus, 60 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.**

>> Mdm encourage le développement de nouvelles actions et stratégies pour aller à la rencontre des populations et incite au recours à la médiation en santé par les dispositifs du droit commun. Les médiateurs en santé⁸ constituent une ressource pour toutes les personnes éprouvant des difficultés pour accéder aux droits et aux soins, qu'elles soient ou non étrangères ; elle a fait ses preuves auprès de publics en situation de précarité, aussi bien pour les habitants des zones rurales que des bidonvilles.

(6) 1 313 MNA ont été reçus dans les programmes Caso (830 MNA) ainsi que dans les programmes spécifiques MNA (Paris avec 201 MNA ; Caen avec 52 MNA et Nantes avec 230 MNA). Cet effectif a été arrondi à 1 320 MNA dans le texte.

(7) Article R.221-11 CASF : « Le président du conseil départemental du lieu où se trouve une personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille met en place un accueil provisoire d'urgence, d'une durée de cinq jours à compter du premier jour de sa prise en charge. »

(8) La loi de Santé de 2016 a inscrit la médiation en santé dans le code de la santé publique et la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré en 2017 un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention de ces acteurs.

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

En 2019, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés chez 8,2 % des patients reçus en consultation médicale généraliste. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychologiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs. Les troubles d'ordre psychologiques sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi, près de 60 % des personnes pour lesquelles un trouble d'ordre psychologique a été diagnostiqué présentent, par ailleurs, au moins une autre pathologie.

Les conditions de vie particulièrement éprouvantes peuvent être dramatique sur le plan psychologique. **Ainsi, 12 % des personnes sans domicile fixe reçues dans les Caso présentent des troubles psychologiques contre 7,1 % pour les personnes hébergées.** Par ailleurs, la souffrance des exilés est une constante, du départ du pays d'origine à l'arrivée dans le pays d'accueil. Les personnes en situation de migration contrainte ont souvent été exposées à des phénomènes de violences et confrontées à des événements traumatiques. Ainsi, le facteur le plus fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique chez les personnes migrantes demeure le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence : parmi les étrangers reçus dans les Caso de MdM en 2019 et présentant des troubles psychologiques, 21,9 % d'entre eux ont déclaré avoir subi des violences contre 6,4 % n'en déclarant pas.

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

>> MdM milite aussi pour une diversification des types de prise en charge en développant par exemple des consultations transculturelles, des activités psychosociales collectives, art-thérapie, etc.

>> Au regard des motifs de départ et des parcours traumatiques pour de nombreuses personnes étrangères sollicitant une protection, MdM, avec la Coordination française du droit d'asile (CFDA), demande à ce que l'accès à la prévention et aux soins, notamment en matière de santé mentale, soit rendu effectif, avec le développement de solutions d'interprétariat médical.

SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRÉCARITÉ LOURDE DE CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

En 2019, 4 454 femmes de 15 ans ou plus ont été reçues en consultation médicale avec un médecin généraliste et 273 femmes ont réalisé une consultation gynécologique. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une très grande partie d'entre elles venant de pays où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive est limitée. En matière de planification familiale, la contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans reçues au Caso est peu fréquente puisque seules 11,1 % en ont déclaré une. **De plus, 81,8 % des femmes âgées de 25 à 65 ans rencontrées au Caso n'ont jamais réalisé de frottis au cours de leur vie alors que - rappelons-le - le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers marquant les inégalités sociales.**

En 2019, 11,7 % des femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Par ailleurs, 3,7 % était mineures.

La précarité sociale dans laquelle vivent les femmes rencontrées par MdM a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. **En effet, 36,6 % des femmes enceintes reçues dans les Caso (consultations généralistes ou gynécologiques) présentaient un retard de suivi de grossesse⁹ et seules la moitié ont eu des soins prénataux.**

>> MdM recommande aux décideurs d'améliorer l'information et la formation en santé sexuelle et reproductive ainsi que de renforcer et d'adapter l'offre de santé sexuelle notamment pour les femmes en situation de migration ou de précarité.

>> MdM encourage la promotion des actions de prévention et de soins à travers des actions d'aller-vers en se rendant dans des lieux d'hébergements, des lieux de vie informels (squats, bidonvilles) ou sur les lieux de travail des travailleuses-eurs du sexe, et le renforcement des services de protection maternelle et infantile.

>> Face à une opposition politique croissante en Europe à l'encontre des droits sexuels et reproductifs, MdM demande au gouvernement de les respecter, les protéger et garantir leur accès à tous et toutes.

LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES : UN ACCÈS ENCORE INSUFFISANT AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

La venue au Caso de personnes en situation de précarité ou migrantes est une opportunité pour faire le point sur leur santé et aborder, au même titre que leur situation vis-à-vis des vaccinations, la question du dépistage de certaines

(9) On considère qu'il y a un retard lorsqu'il n'y a pas eu de consultation de suivi de grossesse après 12 semaines d'aménorrhée.

infections afin de les orienter le cas échéant vers des examens plus approfondis. Le dépistage des maladies infectieuses comme le VIH, les hépatites B et C et la tuberculose est essentiel chez les populations dites à risque, souvent en situation de précarité et éloignées des structures de droit commun. En 2019, MdM a ainsi réalisé 1 821 tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) lors des actions de prévention, dont 1 025 Trod VIH.

Connaître son statut sérologique permet d'établir une stratégie de prévention adaptée et une meilleure prise en charge de la pathologie diagnostiquée. Or, **les personnes reçues en consultation de médecine généraliste au Caso connaissent peu leur statut sérologique : 72,0 % d'entre elles ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VIH, 76,7 % pour l'hépatite C et 80,5 % pour l'hépatite B lors de leur première visite au Caso.**

>> Le système de santé doit rester mobilisé et la lutte contre les discriminations maintenues. MdM recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'aller-vers en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.

L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

12

L'OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS : COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES, BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET FINANCIÈRES

L'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999¹⁰ a constitué une avancée majeure pour les personnes en situation de précarité. En 2016 a eu lieu l'importante réforme de la protection universelle maladie (PUMa)¹¹ dont on peut saluer les objectifs ambitieux tels que la simplification des démarches, l'universalisation, l'autonomie et la confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, la fin des ruptures de droits à chaque changement de régime. Le système actuel continue néanmoins de maintenir, à côté d'un droit à l'assurance maladie pour tous, un dispositif d'Aide médicale d'État (AME) réservé aux seuls étrangers démunis et en situation irrégulière. Ainsi, ni la loi de 2016 sur la modernisation de notre système de santé¹², ni la loi de santé de juillet 2019 n'ont prévu une simplification du dispositif d'accès à la couverture maladie pour permettre ainsi une protection maladie réellement inclusive pour toutes et tous.

En 2019, 78,8 % des personnes ayant des droits théoriques n'ont pas de couverture maladie effective alors qu'elles y ont droit¹³ ; et parmi uniquement les personnes relevant

théoriquement de l'AME, 88,7 % n'ont aucune couverture maladie. De plus, près de 30 % des personnes rencontrées dans les Caso restent exclues de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de 3 mois à démontrer depuis 2005 pour pouvoir bénéficier de l'AME.

Les obstacles à l'accès aux droits sont nombreux ; notamment, une complexité administrative croissante et la généralisation de demandes abusives de pièces par l'administration (demandes de documents injustifiées, refus d'adresse déclarative, politiques restrictive d'accès la domiciliation, etc.). Les principaux obstacles mentionnés par les personnes reçues au Caso sont les difficultés administratives (29,9 %) et la méconnaissance des droits et des structures (27,8 %). En outre, au jour de leur première consultation au Caso, près d'un tiers (32 %) des personnes qui avaient besoin d'une domiciliation administrative n'en n'avaient pas en 2019. Ces résultats viennent contredire le mythe selon lequel les migrants viendraient en France dans le but de se faire soigner.

La barrière de la langue constitue un obstacle à l'accès aux soins et aux droits supplémentaire pour 17 % des personnes reçues lors de leur première visite au Caso en 2019. En effet, le recours à un interprète professionnel n'est pas systématique dans les structures de santé du droit commun pour diverses raisons comme celles du coût de la prestation, de la disponibilité des interprètes, les difficultés à assurer les consultations avec une tierce personne au téléphone et l'allongement présumé de la durée de la consultation. MdM observe également une insuffisance des informations et des dispositifs d'interprétariat en capacité de répondre aux besoins spécifiques des personnes exclues du système de santé.

De plus, le contexte répressif et législatif a indéniablement pour effet l'éloignement des personnes des structures de santé et du recours à la prévention et aux soins. Près de 40 % des étrangers en situation irrégulière en viennent à limiter leurs déplacements ou activités par peur des arrestations.

>> MdM milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes en situation de précarité et ce quelle que soit leur situation administrative.

>> MdM demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la PUMa répondrait précisément aux impératifs de santé publique qui ont été soulignés pendant la crise de la Covid 19 et constituerait une réforme pragmatique sur le plan économique, en permettant un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.

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

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

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

(13) MdM ne se substitue pas au droit commun et lorsque la personne dispose d'une couverture maladie, MdM oriente, dans la mesure du possible, les personnes rencontrées vers les structures de droit commun existantes.

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

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

ACCÈS À LA COUVERTURE MALADIE : DE NOUVELLES ATTAQUES EN 2019 CONTRE L'AME ET LES DROITS À LA SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE

L'année 2019 a été marquée, une nouvelle fois, par des attaques contre les droits à la santé des étrangers en situation irrégulière et, pour la première fois, contre ceux des demandeurs d'asile, avec une série de mesures restrictives finalement adoptées en fin d'année 2019. Il est encore trop tôt pour en mesurer les effets, d'autant que certaines ont été suspendues avec la crise de la Covid 19 et qu'à l'inverse, d'autres plus facilitatrices ont été prises, telles que le renouvellement automatique de certains droits.

De nombreuses mesures ont été finalement adoptées, dont certaines constituent un recul important pour les droits et auront un impact d'une part, sur les personnes concernées, en multipliant les obstacles et les délais à l'ouverture de leurs droits, et d'autre part, sur les acteurs publics et associatifs censés accueillir et accompagner ces publics. Il s'agit notamment pour les demandeurs d'asile de devoir attendre dorénavant 3 mois sur le territoire avant d'avoir droit à une assurance maladie. Pour les personnes demandant l'AME, elles doivent désormais justifier d'une ancienneté de résidence en situation irrégulière en France de 3 mois et déposer physiquement leur dossier dans les CPAM. De plus, tous les étrangers qui perdent leur droit au séjour (déboutés du droit d'asile, fin de titre de séjour, etc.) et qui deviennent donc en situation irrégulière voient une réduction de leur maintien de droits à l'assurance maladie qui passe de 1 an à 6 mois.

>> MdM demande dans l'immédiat une abrogation des mesures concernant l'AME et la couverture maladie des demandeurs d'asile ainsi que la mise en place d'une carte Vitale pour les bénéficiaires de l'AME. Plus particulièrement, MdM demande à :

- Mettre fin au délai de carence pour l'accès des demandeurs d'asile à la couverture maladie ;**
- Mettre fin aux mesures restrictives sur l'AME votées en décembre 2019 : la suppression de**

l'accès immédiat à certains soins (sauf sur entente préalable), l'obligation de déposer aux guichets CPAM les demandes et la nécessité de « prouver » l'irrégularité de séjour durant 3 mois.

>> De plus, MdM demande à rétablir le maintien des droits à 12 mois après l'expiration du titre de séjour.

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS (PASS) : UN DISPOSITIF À PROMOUVOIR ET À HARMONISER

La plupart des personnes résidant en France ont besoin de plusieurs années et de leur propre expérience d'usager pour arriver à avoir une maîtrise suffisante des dispositifs existants pour s'y repérer *a minima*. Les personnes rencontrées par MdM, ne parlant souvent pas français et arrivées en France depuis peu, doivent apprendre à s'y repérer en quelques mois au risque de ne pas pouvoir accéder aux soins.

L'amélioration du fonctionnement des Pass est, depuis leur création en 1998¹⁴, l'un des axes de plaidoyer de MdM. Les équipes de MdM font le constat d'une **mise en place des Pass extrêmement hétérogène** et pas toujours effective selon les hôpitaux, avec pour certaines des dysfonctionnements persistants. De nombreuses **Pass sont saturées, certaines n'accueillent pas tous les malades de façon inconditionnelle**, les délais pour une prise de rendez-vous peuvent aller jusqu'à cinq semaines et elles ne permettent pas toujours un accès aux traitements.

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

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

Par ailleurs, le système de santé français est historiquement fondé sur l'hôpital, avec une approche principalement curative. Ce système, dont le pivot est l'hôpital, a des répercussions sur l'organisation du premier recours qui est laissée à l'initiative des professionnels de santé sans aucune forme de régulation. **L'insuffisance de structuration et de régulation du premier recours pose question quant à sa capacité à répondre de façon coordonnée aux besoins de santé des populations sur un territoire.**

>> MdM milite pour un renforcement des structures de proximité telles que les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) qui constituent des centres de premier recours ayant un rôle primordial en matière de prévention. Il convient également de réaffirmer l'importance de leurs missions, de valoriser leurs atouts et de sécuriser leur avenir.

LE CAS PARTICULIER DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES INCARCÉRÉES : LES ENJEUX AUTOUR DES PERMISSIONS ET DES EXTRACTIONS MÉDICALES

Depuis 2015, MdM intervient en milieu carcéral pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes.

Malgré la loi du 18 janvier 1994 qui confie la prise en charge sanitaire des personnes détenues et l'organisation de l'offre de soins au ministère de la Santé, les personnes détenues rencontrent des difficultés dans l'accès aux services de santé et de prévention et notamment concernant les rendez-vous médicaux en externe. Ces derniers peuvent se dérouler de deux façons : soit la personne détenue peut obtenir une « permission médicale » de sortie et dépose pour cela une demande devant le juge d'application des peines (JAP) pour se rendre de façon autonome à ce rendez-vous, soit la secrétaire médicale de l'établissement pénitentiaire sollicite un accompagnement du patient par une équipe pénitentiaire dédiée (équipe d'escorte). On parle alors d'« extractions médicales ».

Ces extractions médicales posent des **problèmes en termes de délai dans la prise de rendez-vous, de disponibilité de l'équipe accompagnante, de non-communication aux personnes détenues de l'heure et du lieu de rendez-vous** qui ne peuvent alors se préparer à la consultation médicale. Par ailleurs, les mesures de sécurité exigées (le port de menottes, d'entraves aux pieds et parfois de ceinture) lors de ces extractions médicales ont un impact délétère sur la relation entre le médecin et le patient. **Les personnes détenues disent par ailleurs préférer renoncer aux soins ou les reporter à leur libération.**

Face aux difficultés rencontrées, MdM a mis en place des accompagnements lors des permissions médicales et des extractions. Ce travail a permis de travailler sur l'harmonisation des pratiques du personnel pénitentiaire. Cela a également pointé des incohérences entre des niveaux de sécurité exigés alors même que la personne est « permissionnable » et peut faire une demande pour accéder aux soins de manière plus autonome en se sentant « actrice » de sa santé. La connaissance et la promotion de la permission médicale ont ainsi permis aux personnes détenues d'en

faire aujourd'hui la demande à leur médecin quand elles se savent « permissionnables ». Au-delà de permettre le respect de la confidentialité et de la dignité humaine, la permission médicale évite bon nombre de renoncement aux soins ou recours tardifs [Goubin, 2018].

>> MdM appelle à valoriser les permissions médicales quand la situation pénale le permet en proposant des accompagnements pour les personnes les plus isolées afin de renforcer leur autonomie et lutter contre le renoncement et le recours tardif aux soins.

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

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



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

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

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

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Pauline De Smet

Photos : © Sébastien Duijndam

Impression :
Estimprim

ISSN : 2425-0945

Dépôt légal : octobre 2020

EN COLLABORATION AVEC
