



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE
EN FRANCE

**LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19**

SYNTHÈSE **20
20**

ÉDITO

L'année 2020, qui a vu la pandémie de Covid-19 se développer à travers le monde, nous oblige à penser la santé comme un bien commun et essentiel. En France, la rapidité de propagation du virus a mis en évidence les limites du système de santé et les carences des politiques de santé publique. À un niveau individuel, chaque personne a pu se rendre compte de sa propre vulnérabilité face à la maladie, accentuée par les épisodes de confinement et de limitation des libertés.

Or, si cette pandémie concernait l'ensemble des personnes vivant sur les mêmes territoires, l'impact n'a pas été le même pour tout le monde. Après un bref temps de sidération, Médecins du Monde a très rapidement constaté que les conséquences de la crise allaient être encore plus importantes sur le quotidien et la santé des personnes déjà marginalisées et fragilisées.

2

Dès mars, l'ensemble de nos équipes en France ont adapté leurs activités d'accueil et d'« aller-vers » en tenant compte des contraintes imposées. L'enjeu était de maintenir au maximum le lien avec les populations les plus éloignées du droit et du soins. Nous voulions aussi, par notre présence sur le terrain, participer à l'effort collectif de réponse à la pandémie tout en continuant à rappeler les institutions et responsables politiques à leurs responsabilités face aux situations les plus préoccupantes.

En partant de cette expérience et sans prétendre avoir une vision globale de l'impact de l'épidémie sur le territoire français ou revenir sur l'intégralité des approximations de sa gestion (politiques des masques, discours contradictoires, etc.), il nous paraissait important de témoigner et de mettre en perspective les difficultés d'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité.

Ce rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins est spécifiquement dédié à l'analyse de cette première année de crise sanitaire. Il se veut un témoignage objectif et équilibré de nos constats sur le terrain. Il décrit les conséquences de l'épidémie sur la santé pour les populations

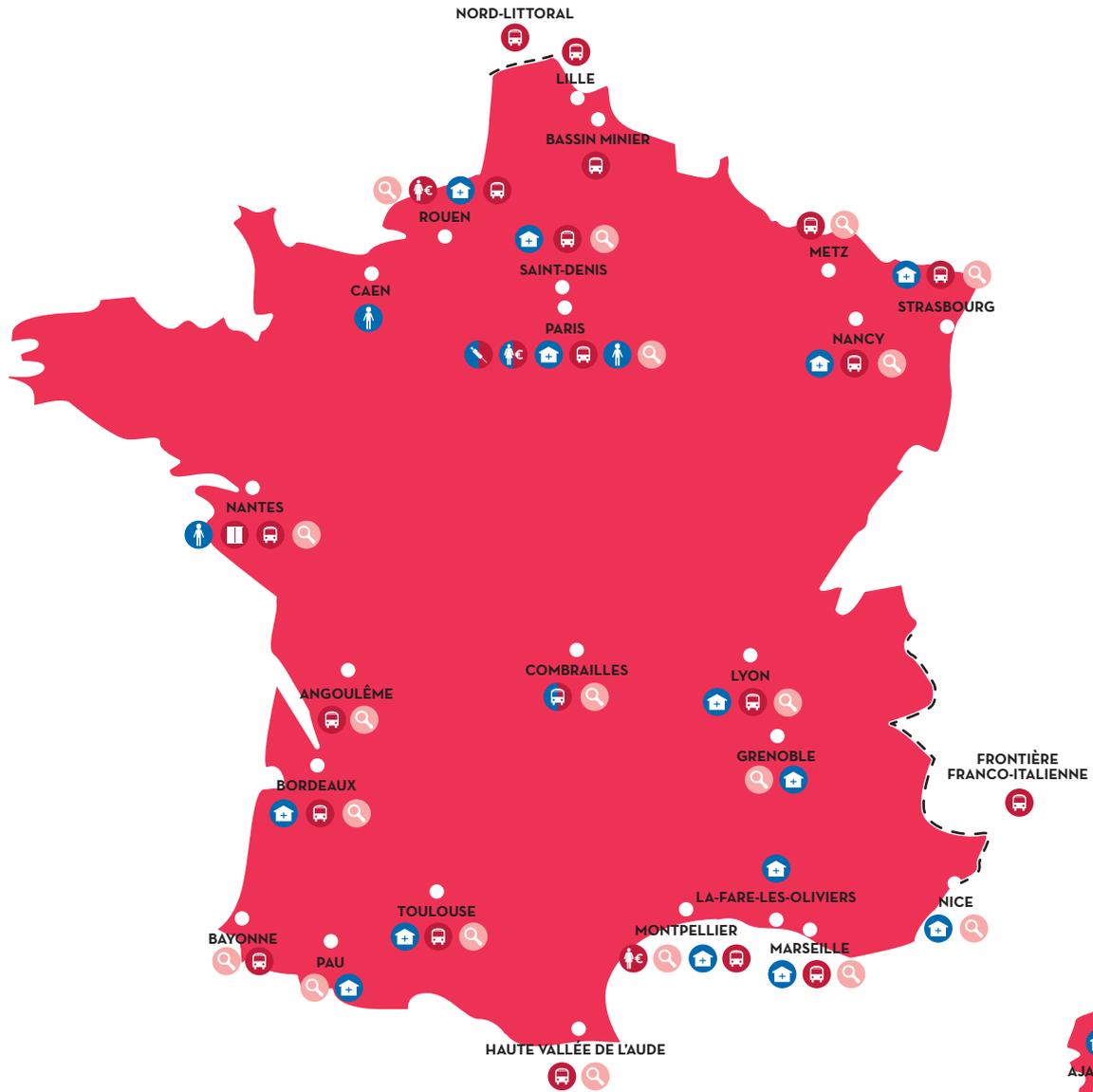
en situation de précarité et montre en quoi l'accès à des conditions de vie et d'hygiène dignes est un élément vital de la réponse à la Covid-19. Il illustre aussi l'importance d'avoir des stratégies de prévention adaptées et intégrées à des soins curatifs, de développer les démarches d'« aller-vers », la médiation en santé pour les populations en rupture et l'enjeu de travailler avec les personnes concernées.

Il montre par ailleurs que les pouvoirs publics ont momentanément pu apporter des solutions pour lutter contre le virus en augmentant le nombre de places d'hébergement, en réduisant la surpopulation carcérale, en installant des accès à l'eau dans les squats et bidonvilles sur certains territoires, en proposant la mise en place d'équipes mobiles sanitaires (EMS) ou encore en adoptant des mesures facilitatrices pour l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité.

Cette crise sanitaire n'est pas finie et nous ne pouvons encore en définir toutes les conséquences à terme. Néanmoins nous pouvons déjà retenir quelques évidences : l'État porte la responsabilité d'assurer l'accès à la santé à l'ensemble des populations vivant sur son territoire par l'organisation d'un système de santé qualitatif, inclusif et solidaire.

La crise sanitaire a rappelé avec force que la santé est collective, hâtons-nous d'en tirer les conclusions, de pérenniser les mesures et dispositifs qui ont fait leurs preuves à l'égard des personnes en situation de précarité et de mettre ces dernières au cœur des réflexions et des actions de santé publique. Oublier cette évidence nous rendrait plus vulnérables face à de prochaines crises qui pourraient être plus violentes encore.

Yannick Le Bihan
Directeur des opérations France
Médecins du Monde
juin 2021



LA RÉUNION



MAYOTTE



GUYANE



AJACCIO

 Actions en milieu rural, dans la rue, les bidonvilles, auprès des migrants...

 Centres d'accueil, de soins et d'orientation

 Actions auprès des personnes se prostituant

 Actions auprès des usagers de drogues

 Actions auprès des personnes incarcérées

 Actions auprès des mineurs isolés étrangers

 Prévention en DSSR

 Actions mobiles

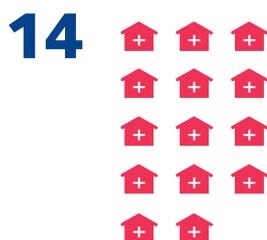
 Actions dans les locaux de MdM

 Programmes transversaux

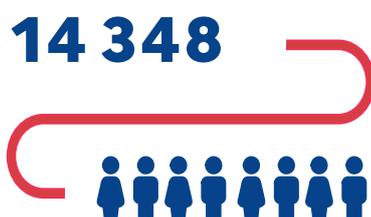
COVID-19 : CHIFFRES CLÉS DES ACTIVITÉS DE MDM AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ EN 2020¹

PROGRAMMES CASO²

NOMBRE DE CASO :



NOMBRE DE PATIENTS
ACCUEILLIS DANS LES CASO :



NOMBRE DE CONSULTATIONS
(médicales générales
et spécialistes, dentaires,
paramédicales,
de prévention,
entretiens sociaux
et accompagnements
physiques, etc.)

30 635



PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES MISES EN PLACE LORS DE LA FERMETURE OU DE L'ADAPTATION
DES ACTIVITÉS DES CASO

4

PRÈS DE :



1 950

permanences
téléphoniques
médicales

1 700

permanences
téléphoniques
sociales

280

permanences
téléphoniques
psychologiques/
psychiatriques

1 100

autres activités
(entretiens
juridiques,
orientation/
information,
domiciliation,
etc.)

RÉORIENTATION DES ACTIVITÉS DES CASO VERS DES ACTIVITÉS DITES D' « ALLER-VERS »

PRÈS DE :



20 LIEUX/SITES D'INTERVENTION (PRINCIPALEMENT
BIDONVILLES, CAMPEMENTS ET STRUCTURES
D'HÉBERGEMENT)

95 SORTIES/MARAUDES

450 CONTACTS

300 CONSULTATIONS MÉDICALES OU PARAMÉDICALES

285 AUTRES (DISTRIBUTION DE KITS D'HYGIÈNE COVID-19, ETC.)

(1) Données transmises par les programmes France de MdM entre mars et décembre 2020 (non exhaustives). Les périodes de collecte des données peuvent différer selon les activités mises en place et les programmes. Les équipes de MdM se sont (ré)organisées autour de modalités d'intervention multiples qui ont pu coexister dans une même région.

(2) Données collectées dans le dossier patient informatisé (DPI) utilisé par les 14 Caso.

PROGRAMMES D'« ALLER-VERS »

PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES MISES EN PLACE LORS DE L'ADAPTATION DES ACTIVITÉS DES PROGRAMMES D'« ALLER-VERS »

PRÈS DE :



480

permanences
téléphoniques
médicales/sociales

70

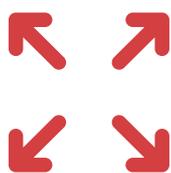
permanences téléphoniques
psychologiques/
psychiatriques

720

autres activités (médiation,
prévention, orientation/
information, etc.)

MAINTIEN DE LA CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS RÉGULIÈRES DE MDM AVEC DES MODALITÉS ADAPTÉES

PRÈS DE :



190

LIEUX/SITES D'INTERVENTION (BIDONVILLES/CAMPEMENT,
SQUAT, HÔTEL/CHS, DOMICILE DES PERSONNES, STRUCTURES
D'HÉBERGEMENT/FOYERS, MILIEU CARCÉRAL, AUPRÈS DES PERSONNES
À LA RUE, DES TDS).

1 900

SORTIES/MARAUDES

29 720

CONTACTS

7 700

CONSULTATIONS MÉDICALES OU PARAMÉDICALES

3 310

AUTRES ACTIVITÉS (PRÉVENTION/FORMATION/SENSIBILISATION, SUIVI
SOCIAL, MÉDIATION EN SANTÉ, DISTRIBUTION DE KITS D'HYGIÈNE, ETC.)

PROGRAMMES MNA

PRÈS DE :

1 850

PERMANENCES
TÉLÉPHONIQUES MÉDICALES,
PARAMÉDICALES, SOCIALES,
SOCIO-JURIDIQUES, PARCOURS
SOINS, RENFORCEMENT
PSYCHO-SOCIAL

830

PERMANENCES
TÉLÉPHONIQUES
PSYCHOLOGUES/
PSYCHIATRIQUES

5

DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES COVID

PARTICIPATION ET/OU COORDINATION PAR MDM DES DISPOSITIFS NATIONAUX COMME LES ÉQUIPES MOBILES SANITAIRES (EMS) CRÉÉS PAR LES ARS ET CONSTITUÉES DE MÉDECINS, D'INFIRMIERS, DE MÉDIATEURS EN SANTÉ ET QUAND CELA ÉTAIT NÉCESSAIRE, D'INTERPRÈTES PROFESSIONNELS.

PRÈS DE :



270

LIEUX/SITES
D'INTERVENTION

1 290

SORTIES/MARAUDES

11 750

CONTACTS

3 900

CONSULTATIONS MÉDICALES
OU PARAMÉDICALES

1 180

AUTRES ACTIVITÉS (SUIVI
SOCIAL, ENTRETIEN
PRÉVENTION COVID-19, ETC.)

OPÉRATIONS DE TESTING

NOMBRE D'OPÉRATIONS
DE TESTING COVID-19 :

41

DONT 38 AVEC UN PARTENAIRE

NOMBRE TOTAL DE PERSONNES TESTÉES :

1 546

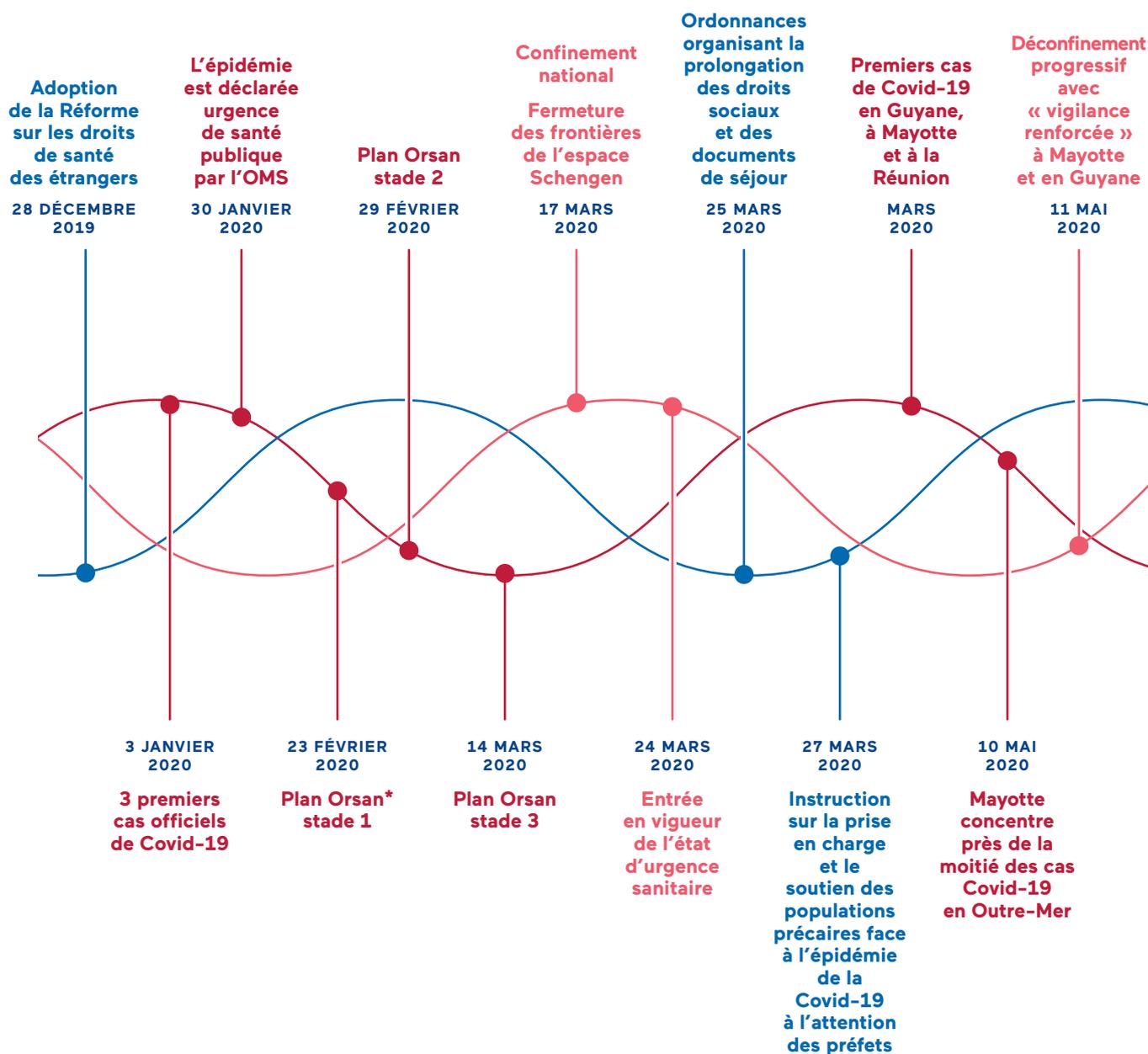
NOMBRE TOTAL DE CAS DE COVID-19 :

372



2020

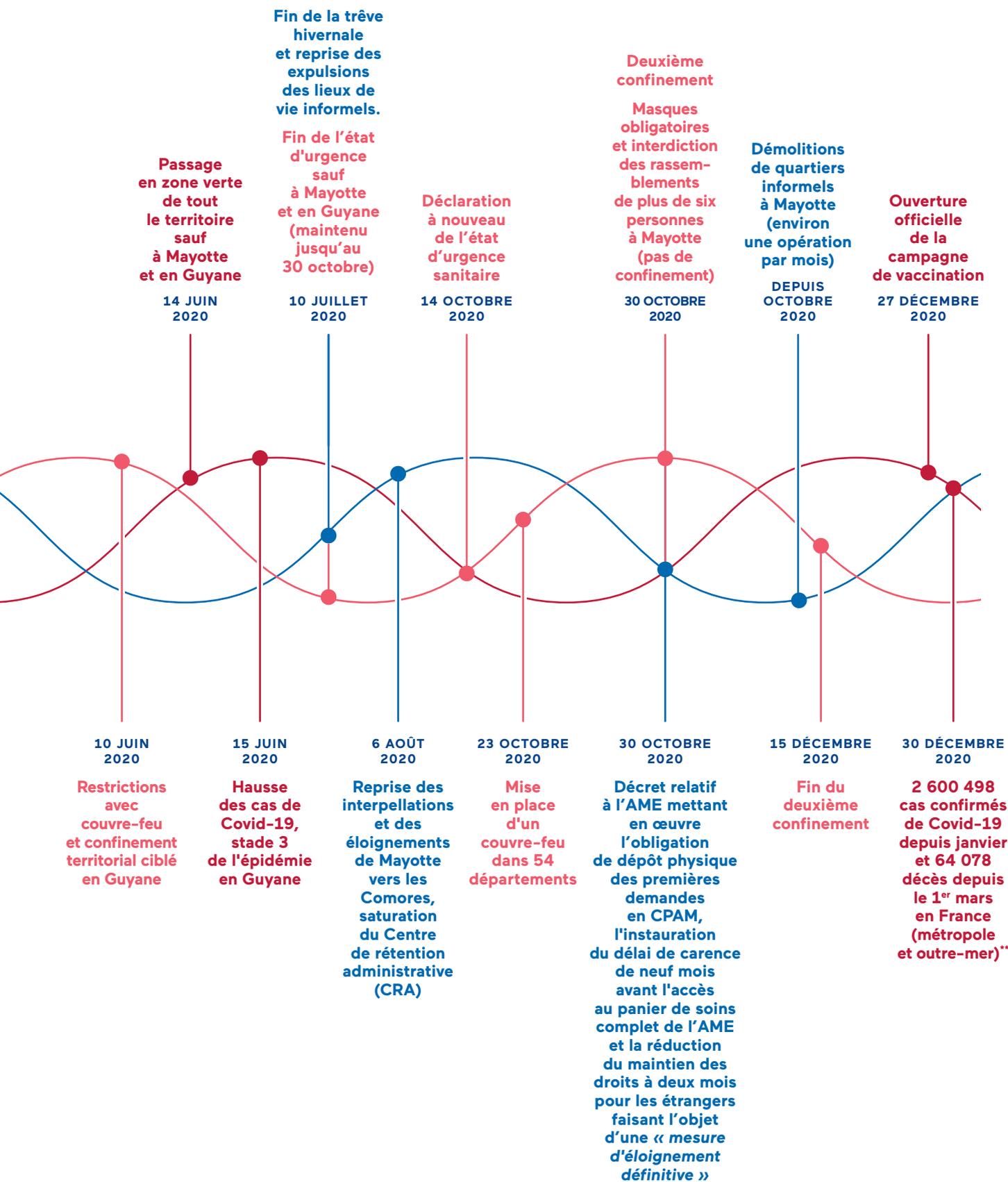
EN QUELQUES DATES CLÉS



6

- ÉTAT SANITAIRE
- ÉTAT DES LIBERTÉS
- ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

(*) Ce dispositif d'organisation du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle est élaboré par les Agences régionales de santé et mis à disposition des préfets. Il a vocation à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse s'adapter lors de la survenue d'un événement. Il repose notamment sur la mobilisation des établissements de santé, qui peuvent activer leur plan blanc.



(**) Selon Santé Publique France.

LES PROGRAMMES FRANCE EN 2020

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 six mois en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins.

Plus de trente 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 2020, Médecins du Monde France mène 56 programmes répartis sur 29 sites dans l'Hexagone et dans les départements et territoires d'Outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.

8

14 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 MISE 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 majoritairement sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage

spécifique pour certaines pathologies. Les 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.

En 2019, le Caso de Marseille a mis en œuvre un **dispositif Pass de ville** avec pour objectif son transfert vers le droit commun. Ce dispositif ponctuel s'est poursuivi en 2020 et permet aux personnes qui n'ont pas de couverture maladie d'être soignées sans qu'elles soient 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.

En 2020, les Caso ont adapté leurs interventions en fonction des stades de l'épidémie et/ou ont mis en place des actions d'« aller-vers » auprès des populations exclues et éloignées du système de santé.

1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) ET 1 PROGRAMME EN DSSR EN PAYS DE LA LOIRE (4i)²

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 2020, MdM a adopté la définition élargie des droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) proposée par la Commission Guttmacher Lancet³ et souhaite ainsi affirmer l'importance de garantir à chacun et chacune une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi qu'un respect de ses droits en la matière. Les équipes continuent ainsi à être 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 réalisent des **séances ou actions collectives de promotion**

(1) Afin de faciliter la lecture, le terme de Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caoa de Paris.

(2) Lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels, comprenant squats, bidonvilles, rue, hébergement chez des tiers, hôtel 115 ou centre d'hébergement d'urgence.

(3) « La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social, concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit » (Rapport de la Commission Guttmacher-Lancet, Accélérer le progrès, santé et droits sexuels et reproductifs pour tous, 2018).

de la santé sur des thématiques choisies avec notamment la création **d'un programme à Nantes** ayant pour objectif de renforcer l'accès et la qualité de l'offre en DSSR des personnes vivant dans des lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels (lieux 4i) dans une démarche de promotion de la santé en Pays de la Loire.

4 PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS ET SANTÉ (MEDS) ET 1 PROJET DE PLAIDOYER AUPRÈS DES INSTANCES EUROPÉENNES À STRASBOURG

MdM mène des **programmes auprès des personnes migrantes** (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⁽⁴⁾), avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour faire cesser les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes aux frontières. En outre, un projet de plaidoyer est mené auprès des instances européennes et plus spécifiquement auprès du Conseil de l'Europe à Strasbourg comprenant deux axes prioritaires que sont la migration et la DSSR.

18 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 montrent 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 programmes interviennent également dans les **squats et bidonvilles** pour proposer 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. En 2020, plusieurs délégations se sont fortement mobilisées pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des habitants de squats et bidonvilles. La dangerosité de l'habitat indigne s'est accentuée avec la crise sanitaire : faute d'accès à l'eau et à l'hygiène, les habitants se retrouvent en difficulté pour appliquer les gestes barrières.

5 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 quatre programmes** dans trois villes (Montpellier, Paris et Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de Rdr et de 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 national de prévention permettant de favoriser l'accès à la justice et aux services de santé pour les TdS victimes de violences** (programme Jasmine) est également porté par MdM.

Enfin MdM a poursuivi le transfert du 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, elle compte plus de 50 partenaires répartis dans toute 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. Le programme a été transféré à la Fédération Addiction, l'association Charonne-Oppélia, Sida Paroles début 2021.

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 travaille en étroite collaboration avec tous les ministères concernés **sur l'élaboration d'un projet expérimental à Marseille d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Aïlsi) comprenant notamment un volet recherche et proposant en amont de la détention un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue** présentant des troubles psychiatriques sévères.

3 PROGRAMMES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA)

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 et Rouen) et à Nantes au cours de l'année 2016. En 2020, les programmes spécifiques MNA concernent Paris, Caen et Nantes. Les équipes accompagnent les MNA afin de leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits.

(4) 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.

3 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONES RURALES ET URBAINES

MdM développe deux programmes s'attachant à améliorer l'accès aux droits et à la santé 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. **En 2020**, le programme a transféré une partie de ses activités à des acteurs locaux de santé. **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 tout en les adaptant à la crise sanitaire.

Un programme d'accès aux soins et aux droits en zone urbaine sensible a également été ouvert à Lille en 2015, dans une approche d'« aller-vers » avec/auprès des personnes en rupture d'un parcours de santé comprenant accompagnement, travail conjoint sur les principaux obstacles qu'elles peuvent rencontrer et mobilisation des acteurs du droit commun et associatifs, dans un objectif de renforcement de leurs capacités individuelles et collectives. En 2020, le programme a poursuivi ses activités d'« aller-vers » en les adaptant à la crise sanitaire. Ces dernières ont notamment évolué par la mise en place de maraudes socio-sanitaires afin de maintenir une proximité et une continuité tout en informant les personnes sur l'épidémie de la Covid-19. La fermeture du programme a été enclenchée en avril 2021.

En Guyane, en 2020, l'équipe MdM a mis en place un projet d'urgence « Covid-19 » avec des Équipes mobiles sanitaires (EMS) et des maraudes de prévention et d'information dans les quartiers d'habitats informels, ainsi que le dispositif DAS (dépistage annonce suivi) /EVAD (équipe de visites à domicile) permettant le suivi et l'accompagnement des patients et des personnes contacts. Le programme a aussi été marqué par la création d'un pool de médiateurs pairs en santé, déployés tant sur les activités de MdM que sur celles des partenaires opérationnels.

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. En 2020, au vu du contexte lié à la pandémie du SARS-CoV-2 (Covid-19), l'équipe a mis en place des maraudes visant à proposer un accès à l'information, à la sensibilisation, et au dépistage, avec prescription de masques, suivi et conseils médicaux, aux populations isolées et éloignées du soin dans plusieurs quartiers et communes de l'île. **Sur l'île de la Réunion**, l'équipe a, quant à elle, démarré, en mai 2020, une mission exploratoire sur l'impact du mal-logement sur la santé avec parallèlement la mise en place d'actions de prévention/sensibilisation en lien avec la crise sanitaire.

RÉSUMÉ

Le 31 décembre 2019, plusieurs cas de pneumonie ont été signalés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Wuhan, une ville située dans la province chinoise du Hubei. Une semaine plus tard, le 7 janvier, les autorités chinoises ont confirmé avoir identifié un nouveau coronavirus, une famille de virus qui causent le rhume et des maladies telles que le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). La maladie respiratoire parfois mortelle engendrée par le nouveau virus SARS-CoV-2⁵, désignée par le terme Covid-19, est déclaré par l'OMS comme une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020.

Depuis le 31 décembre 2019, près de 180 millions de cas de la Covid-19 dans le monde dont 5,7 millions en France ont été confirmés. Quant aux décès, près de 4 millions ont été enregistrés dans le monde dont environ 111 000 en France⁶.

L'état des libertés a été durement bousculé pour lutter contre la propagation de ce virus. Assignation à domicile, fermeture des lieux culturels et d'espaces de vie sociale, autorisation de sortir avec une attestation pour une heure dans un rayon de 1 km : le confinement débutera le 16 mars et prendra fin le 11 mai 2020 [Légifrance, 2020]. Après une période sous couvre-feu, le pays se confinerà à nouveau le 30 octobre jusqu'au 15 décembre 2020. L'état d'urgence sanitaire rentrera, quant à lui, en vigueur, du 24 mars 2020 jusqu'au 11 juillet 2020 [Légifrance, 2020]. Un second état d'urgence sanitaire est décrété le 14 octobre 2020 et est depuis lors en vigueur. Les territoires d'Outre-mer n'ont pas échappé aux renforcements de mesures sanitaires mais avec un décalage de plusieurs semaines dans le temps par rapport à la métropole.

LA RÉPONSE À LA CRISE SANITAIRE EN 2020

Alors que le pays se confine en mars 2020 laissant les populations les plus exclues à la rue, en bidonvilles, campements ou dans des logements instables, il faudra attendre l'instruction du 27 mars 2020 adressée aux préfets pour que des mesures ciblées soient prises pour les personnes en situation de précarité.

La gestion de la crise auprès des populations précaires a été marquée par des disparités territoriales avec des résultats positifs localisés. L'importance des démarches dites d'« aller-vers » et celle de la médiation en santé pour accompagner les personnes ont aussi fait leurs preuves durant la crise. Des difficultés de coordination et des réponses inadaptées aux besoins des personnes ont, toutefois, été observés par les équipes de terrain.

La pandémie de la Covid-19 a fortement impacté les acteurs de la solidarité et les organismes publics accompagnant les personnes en situation de précarité. Les équipes de MdM ont adapté les activités dans les centres d'accueil, de soins

et d'orientation (Caso) : mise en place de permanences téléphoniques, adaptation des protocoles d'accueil et de soins, des possibilités de déplacements des personnes selon les phases de l'épidémie, etc. La crise sanitaire a conduit à une baisse exceptionnelle de l'activité des Caso : 14 348 personnes ont été accueillies en 2020 contre 23 048 en 2019 soit une diminution de la file active de près de 38 %.

Les actions d'« aller-vers » ont été privilégiées dont la médiation en santé pour être au plus près des personnes (maraudes et équipes mobiles dans les squats et bidonvilles) et en lien avec les institutions. Témoin direct des difficultés d'accès aux soins durant la crise, les équipes de MdM se sont (ré) organisées autour de modalités d'intervention multiples qui ont pu coexister sur une même région à savoir :

- Des activités de médiation en santé en appui des équipes sanitaires des Pass mobiles ou de certaines équipes hospitalières ;
- L'adaptation des activités d'« aller-vers » en lien avec les enjeux de la Covid-19 ;
- Le maintien, autant que possible et avec des modalités adaptées, de la continuité des activités régulières afin de ne pas négliger les autres problèmes de santé ;
- La participation et/ou coordination des dispositifs nationaux « équipes mobiles sanitaires (EMS) » créés par les Agences régionales de santé (ARS) et constituées de médecins, d'infirmiers, de médiateurs en santé et quand cela était nécessaire, d'interprètes professionnels.

MdM salue les intentions récentes de l'État, durant la crise sanitaire, de renforcer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits en santé physique et mentale et des démarches d'« aller-vers » pour lutter contre les inégalités de santé et d'accès aux soins⁷.

(5) Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 (SARS-CoV-2) ou syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2 en français.

(6) Santé publique France. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. 24 juin 2021.

(7) Il s'agit de la mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé qui prévoit des financements supplémentaires, tous n'étant pas pérennes, pour le renforcement de dispositifs existants et la création de nouveaux dispositifs : LHSS et LHSS mobiles, Pass et Pass mobiles, dispositifs de réduction des risques et addictions (Caarud, Csapa et Elsa), EMPP, appartements de coordination thérapeutiques hors les murs, équipes mobiles santé précarité, services de soins infirmiers à domicile, centres et maisons de santé « participatifs ».

- Ces intentions demandent toutefois à ce que, d'une part, les **associations et les acteurs de première ligne soient systématiquement associés et consultés au niveau local et national pour la construction de ces dispositifs** (cahiers des charges et mise en œuvre), et que d'autre part ces mesures soient prises de manière pérenne et soutenues financièrement par l'État et les ARS.
- Mdm demande à ce que la **médiation en santé soit reconnue et valorisée par les institutions publiques comme une composante essentielle des interventions en santé précarité**. Les compétences métiers des médiateurs en santé doivent être reconnues au niveau national (formation qualifiante et certification).
- Les personnes en situation de précarité doivent être **impliquées dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques qui les concernent**.

L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La crise sanitaire et les mesures de confinement sont venues bouleverser les vies sociales, individuelles et économiques. Mdm, à travers ses actions, a pu constater que ces mesures ont été un amplificateur des inégalités et de stigmatisation à l'égard de certains publics en situation de précarité.

À l'entrée dans la crise, le **secteur de l'hébergement** traversait notamment une situation particulièrement dégradée depuis plusieurs années. Mdm et ses partenaires associatifs alertaient déjà depuis longtemps sur l'obligation faite à l'État de permettre à toute personne sans abri et en situation de détresse d'accéder à un dispositif d'hébergement d'urgence. Les appels ont semble-t-il été entendus dès le premier confinement puisque des places en hébergement ont été ouvertes et leur maintien annoncé jusqu'en mars 2022. Si cette ouverture massive de places a été saluée, les conditions d'accueil de ces dispositifs n'étaient pas toujours optimales. Ils restent de surcroît toujours saturés et les difficultés pour y accéder persistent aujourd'hui. Il n'en reste pas moins important que les personnes hébergées puissent, par la suite, accéder à un logement pérenne et être accompagnées dans leurs démarches.

Les habitants de squats et bidonvilles subissent depuis trente ans une politique d'expulsion à répétition. Si les équipes de Mdm s'accordent pour constater qu'il n'y a pas eu d'expulsion durant toute la première période de la crise sanitaire, un territoire a fait cependant exception : le Nord-Littoral.

- Mdm demande **une accélération de la politique du «logement d'abord»** et des moyens suffisants pour assurer un accompagnement intégré (santé, social, etc.) des personnes dans les structures d'hébergement.

- Mdm demande à ce que le **nombre de places dans les différents types d'hébergements soit en adéquation avec les besoins d'un territoire donné et quel que soit le statut des personnes**. Tout hébergement doit aussi pouvoir correspondre aux normes nécessaires de sécurité sanitaire et de dignité des personnes hébergées (taille des espaces individuels, circulation des personnes, espaces d'hygiène et d'alimentation, aération des locaux et mise à disposition des équipements de protection nécessaire).
- Mdm poursuit son combat pour un **accès au logement digne, stable et adapté aux personnes** vivant actuellement en bidonvilles et squats, et la mise en œuvre effective sur les territoires de la stratégie de résorption conformément à l'Instruction du 25 janvier 2018.
- Mdm appelle à **prioriser les enjeux de santé** dans le respect des personnes et des groupes y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur un lieu de vie.

La crise sanitaire n'a fait qu'aggraver la situation de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. **En 2020, 98,2 % des personnes reçues pour la première fois dans les Casos ont déclaré vivre en dessous du seuil de pauvreté et parmi elles, 48,5 % ont déclaré n'avoir aucune ressource.**

L'accès à l'alimentation a été une source alarmante de tensions. Un grand nombre d'acteurs, bénévoles, professionnels, collectifs de citoyens, se sont alors réorganisés au début de la crise pour répondre au mieux aux besoins avec des repas chauds, des colis alimentaires ou des tickets-service.

La situation a été particulièrement aiguë en **Guyane et à Mayotte**. Une enquête menée en Guyane durant l'été 2020 a révélé que plus de 80 % des personnes interrogées avaient souffert de la faim.

L'épidémie de la Covid-19 a rendu, par ailleurs, encore plus visibles les injustices face à **l'accès à l'eau et à l'hygiène**. La crise a ainsi brusquement légitimé aux yeux des institutions, et pour un temps au moins, ce qui était demandé depuis longtemps par les associations et acteurs de terrain : des installations simples permettant un accès gratuit à l'eau dans les bidonvilles, squats et habitats auto-construits.

Les solutions opérationnelles qui ont fait leurs preuves pendant la crise sanitaire devraient être pérennisées. L'accès à une alimentation et à une eau de qualité en quantité suffisante, la gestion des déchets et des bonnes conditions d'hygiène (accès à des sanitaires et des douches) sont en effet essentiels pour protéger la santé humaine en tout temps et quels que soient les lieux de vie des personnes.

ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Des conditions de vie précaires ou de promiscuité, la présence de maladies chroniques aggravées par les difficultés de recours aux soins ont été autant de facteurs d'exposition au virus et de formes graves de la maladie.

Or, les personnes rencontrées par MdM vivent pour la très grande majorité dans des conditions extrêmement difficiles. Elles n'ont peu ou pas de ressources financières et pas de logement stable. **Ainsi, 91 % des personnes reçues pour la première fois dans les Caso en 2020 sont en habitat très précaire : à la rue, en bidonvilles, squats ou campement, ou en hébergement temporaire.**

On constate que plus de **cinq personnes sur dix vues dans les Caso en 2020 souffraient de pathologies chroniques.**

Ceci pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre elles ne disposent d'aucune couverture maladie. Dans la crise actuelle, elles peuvent donc présenter plus de risques de développer une forme grave de la Covid-19 en raison d'un mauvais suivi de leur santé, qui peut être augmenté par la présence d'une ou plusieurs comorbidités.

Par ailleurs, l'importance donnée à la gestion de la pandémie au sein du système de santé a engendré des retards dans les recours aux soins et des ruptures de traitement qui ont été accentués chez les personnes en situation administrative ou avec des conditions matérielles précaires : saturation des services d'urgence, fermeture ou fonctionnement au ralenti des structures médico-sociales (Pass, ceGIDD, PMI, etc.), développement des téléconsultations qui est un obstacle pour les populations en exclusion numérique et déplacements limités en raison des contrôles ou de la peur de contracter le virus, etc. **En 2020, les médecins généralistes de MdM ont estimé que 47,2 % des patients reçus dans les Caso présentaient un retard de prise en charge, un retard atteignant 62,9 % pour les patients atteints d'au moins une maladie chronique.** De plus, selon l'avis des médecins, 82,5 % des patients pris en charge dans les Caso nécessitaient un suivi et/ou un traitement pour au moins une de leurs pathologies.

- MdM recommande aux décideurs de garantir **l'accès des personnes en situation de précarité au matériel de protection** (tels que masque, savon ou gel hydroalcoolique) et aux tests de dépistage de la Covid-19.
- MdM demande **l'accès inconditionnel aux vaccins en proposant un éventail de dispositifs adaptés aux personnes, à leurs conditions de vie et en accord avec elles.** Il est ainsi parfois nécessaire d'envisager des équipes mobiles vaccinatrices, d'accompagner à la

prise de rendez-vous en ligne, par téléphone ou au centre de vaccination, de systématiser l'interprétariat professionnel pour les personnes allophones et d'intégrer un circuit de vaccino-vigilance une fois les personnes vaccinées. Les conditions pour l'obtention du consentement éclairé des personnes doivent être garanties préalablement.

- MdM recommande **l'utilisation préférentielle, pour les populations en situation de précarité et de promiscuité les plus stabilisées sur leur lieu de vie (garantie de recevoir une seconde dose), des vaccins à ARNm en raison de leur efficacité sur la transmission de la Covid-19.**

La crise et les mesures liées au confinement ont aussi généré chez les populations en situation de précarité encore plus d'angoisses et de stress.

Par exemple, les retards de traitement des demandes de couverture maladie envoyées avant le confinement, la fermeture des structures d'accompagnement pour l'ouverture des droits, le tout numérique pour accéder aux droits ont été vécues par les personnes migrantes comme de véritables situations de violences administratives ou institutionnelles. L'incertitude perpétuelle dans laquelle se sont retrouvés notamment les demandeurs d'asile a été particulièrement dévastateur pour leur santé mentale en 2020 : 13 % d'entre eux présentaient des troubles d'ordre psychologique contre 7 % pour les autres étrangers reçus dans les Caso.

Les mineurs non accompagnés (MNA) n'ont pas été épargnés par les conséquences de la pandémie de la Covid-19. **Une étude menée par le programme MNA de MdM à Paris a montré que 70 % des jeunes ont exprimé un sentiment de peur ou d'anxiété et 75 % un sentiment de solitude dès la première semaine du confinement.** Le confinement a pu également réactiver des traumatismes passés tels que le sentiment d'abandon, selon les psychologues.

Concernant **la santé mentale des mineurs non accompagnés (MNA)**, la première urgence est de répondre aux besoins primaires de tout jeune se déclarant MNA, en garantissant :

- Une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle permettant d'offrir un temps de répit préalable à l'évaluation de l'isolement et de la minorité.
- Un bilan de santé somatique et psychologique systématique ainsi qu'une ouverture immédiate des droits à une couverture santé (et maintien des droits jusqu'à ce qu'une décision judiciaire définitive statue sur l'admission dans les dispositifs de la protection de l'enfance).
- Une évaluation de la minorité et de l'isolement bienveillante et objective⁸ – tout examen médico-légal visant à déterminer l'âge des MNA doit être interdit.

(8) Pour s'assurer que le jeune se présentant comme MNA relève bien du dispositif de la protection de l'enfance, les services des départements évaluent sa situation afin de déterminer sa minorité et sa situation d'isolement. Alors que la loi prévoit une évaluation du danger dans lequel se trouve le jeune, seule l'évaluation de l'âge et de l'isolement est prise en compte.

- L'ouverture de lieux d'accueil offrant une information sur les droits et une consultation médicale et psychologique pour le repérage des situations d'urgence.
- Le renforcement et l'adaptation des structures de prise en charge en santé mentale de droit commun.
- La promotion et le financement de l'interprétariat professionnel dans les dispositifs de droit commun.

Un enjeu majeur de la crise sanitaire est le repérage des personnes touchées par la Covid-19 parmi celles qui sont les plus éloignées du soin et qui ont donc moins accès à un professionnel de santé. Pour répondre à la crise sanitaire en 2020, MdM a multiplié les interventions de prévention et/ou de continuité des soins dans les lieux de vie déjà connus de l'association et dans de nouveaux sites, tels que des foyers ou des structures d'hébergement d'urgence. Interventions, qui pour certaines, se sont inscrites dans la réponse de droit commun. Deux dispositifs principaux à destination des publics en situation de précarité ont été tardivement mis en œuvre par la plupart des Agences régionales de santé (ARS) : **des équipes mobiles sanitaires (EMS)** pour repérer, évaluer et orienter les personnes à la rue, en habitat précaire ou en centre d'hébergement touchées par la Covid-19 d'une part ; et des **centres d'hébergement spécialisés (CHS) ou «centres de desserrement»** d'autre part accueillant les personnes sans domicile affectées par le virus, mais ne présentant pas de complication. **Les stratégies successives gouvernementales pour lutter contre la propagation du virus⁹ ont rencontré plusieurs obstacles à l'adhésion et la participation des personnes en situation de précarité.** Elles ont montré, dans leur mise en œuvre et dans certains territoires, une discordance et un manque d'anticipation : saturation des lieux de dépistage, retards dans la délivrance des résultats, méfiance et réticence des personnes à l'égard du dépistage et *in fine* une sous-utilisation des centres de desserrement pour les personnes testées positives à la Covid-19 et, enfin, une faible intégration de la médecine de ville dans la prise en charge lors de la première vague.

ACCÈS AUX DROITS

Le premier confinement a commencé tout juste trois mois après l'adoption d'une réforme très régressive sur les droits de santé des étrangers fin 2019, instaurant notamment des délais de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière avant d'accéder à une couverture maladie. Malgré la situation exceptionnelle, le gouvernement a poursuivi en 2020 la mise en œuvre de cette réforme impliquant un recul sans précédent de l'accès aux droits et donc aux soins des étrangers en situation administrative irrégulière et régulière. Toutes ces nouvelles règles sont génératrices d'une grande complexité, pour les personnes elles-mêmes mais également pour celles qui les accompagnent dans leurs démarches. **Rappelons qu'en 2020, 70,1 % des personnes reçues dans les Casos n'avaient pas de couverture maladie effective alors qu'elles y avaient**

théoriquement droit¹⁰ ; et parmi uniquement les personnes relevant théoriquement de l'AME, 81,8 % n'avaient aucune couverture maladie.

L'année 2020 a été marquée par **trois temps (confinement, déconfinement, deuxième confinement) associés à des réglementations aux orientations différentes dans l'accès aux droits et pas nécessairement à la hauteur des enjeux de santé publique.** En outre, si des mesures nationales facilitatrices pour l'accès aux droits ont été mises en place pendant le premier confinement, des informations et des pratiques inégales selon les territoires ont été observées par les équipes de MdM. Le bilan de ces mesures et leur impact sur l'accès aux droits est assez contrasté et des difficultés ont été, malgré tout, observées par les équipes de MdM durant l'année (perte de dossiers de demande de couverture maladie avant le confinement, manque d'informations, difficultés à orienter les personnes vers les structures de droit commun, fermetures de ces dernières ou fonctionnement avec des horaires réduits, adresses mails non fonctionnelles, accompagnement à distance et dérives d'une dématérialisation excessive pour les personnes). Les équipes de MdM ont pu globalement constater un plus grand isolement des personnes, de plus grandes difficultés d'accès aux droits et aux structures, des phénomènes de découragement et de non-recours ou de rupture des soins, mais aussi d'épuisement.

MdM demande :

- **L'intégration des bénéficiaires de l'AME dans la sécurité sociale.**
- Dans l'attente, l'abrogation des mesures concernant l'AME et plus largement les droits de santé des étrangers adoptées fin 2019.
- **La pérennisation des mesures visant à faciliter et simplifier l'accès au droit des personnes adoptées pendant la crise sanitaire**, sur le plan de la réglementation ou de l'organisation.
- **Des moyens suffisants afin que l'Assurance maladie puisse organiser correctement l'accueil physique** sans rendez-vous des personnes déposant leur dossier de demande de droits, *a fortiori* dans la perspective de l'obligation de dépôt physique en caisse par les demandeurs d'AME, conformément à ce que recommande le DDD pour l'ensemble des services publics.
- **La gratuité réelle et totale¹¹ de la ligne téléphonique de l'Assurance maladie**, le 3646, désormais de plus en plus incontournable pour toutes les démarches ; son coût actuel représente une véritable barrière à l'accès aux droits des personnes en précarité.
- **A minima, une carte vitale pour les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de l'AME.**
- **Le renforcement de l'État dans les moyens qu'il se donne pour négocier des prix des médicaments justes**

(9) Les stratégies successives gouvernementales « tester-isoler-tracer » et « tester-alerter-protéger ».

(10) 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.

(11) Y compris pour les numéros appelant au moyen d'une carte téléphonique prépayée.

et transparents tout en assurant l'application effective des flexibilités prévues dans le droit de la propriété intellectuelle pour protéger la santé publique, tant au niveau national (par la licence d'office) que par des coopérations européennes et internationales.

- **Une réforme des modèles de recherche et développement pour mettre fin aux abus de brevets et monopoles dans le cycle de l'innovation** et mieux prendre en compte et valoriser la recherche publique.
- **Une réforme de la politique industrielle actuelle afin de permettre l'émergence d'une politique fondée sur les besoins** des territoires et la soutenabilité des systèmes de santé publique, sur le transfert de technologies, le partage de connaissances et la coopération entre les nations.



LA SANTÉ
AVANT TOUT

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

Photo de couverture : © Patrick Piro

ISSN : 2425-0945

Dépôt légal : septembre 2021

EN COLLABORATION AVEC
