



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE

SYNTHÈSE 2011
octobre 2012



INTRODUCTION

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

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

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

Pour de multiples raisons (méconnaissance des droits, complexité administrative, barrière linguistique, critère de résidence, difficultés financières...), ces populations précaires accèdent de plus en plus difficilement au système de soins. En conséquence, plus d'un tiers des patients consultent

tardivement, selon les médecins des Caso, alors même que dans 4 consultations sur 10 le besoin de prise en charge des patients s'inscrit dans la durée (≥ 6 mois), et plus de 1 patient sur 10 présente une pathologie à potentiel de gravité (telle que l'hypertension artérielle, le diabète, l'asthme, l'épilepsie, un cancer ou une psychose).

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

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



© Sarah Alcalay

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

En 2011, les étrangers, qui représentent la grande majorité des patients accueillis par Médecins du Monde, font face aux stratégies d'une politique migratoire toujours plus répressive, qui vise à dissuader les étrangers en situation administrative précaire de rester sur le territoire français, quitte à mettre en danger leur vie et à stigmatiser davantage certaines communautés.

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

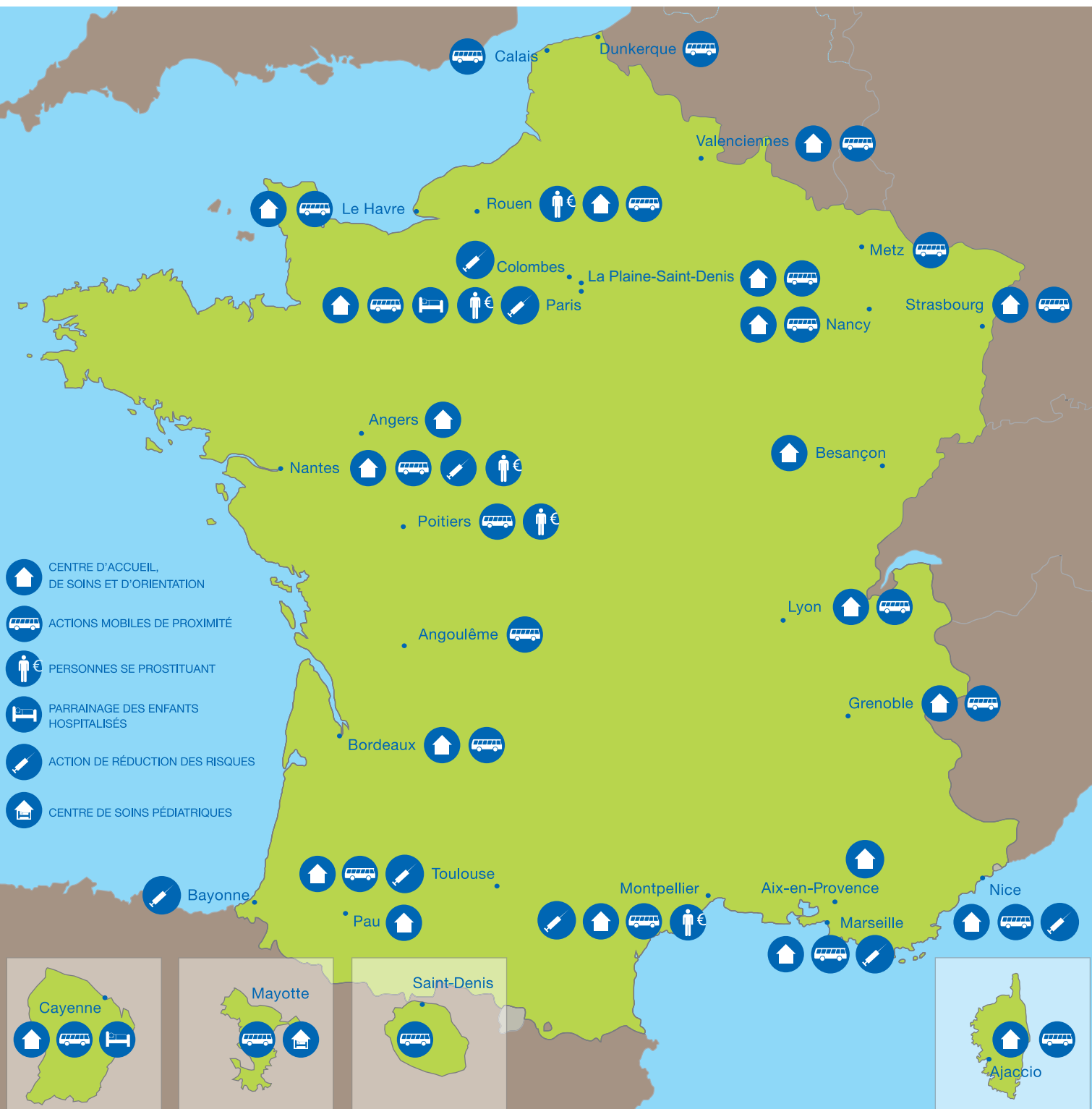
travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux droits et aux soins mené auprès de ces publics.

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

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

LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2011

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



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

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

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

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

→ 65 actions mobiles de proximité

Ces 65 actions de proximité traduisent la volonté de Médecins du Monde d'aller au-devant des personnes qui ne peuvent faire la démarche de venir elles-mêmes sur des structures fixes. Ces actions mobiles s'adressent en particulier :

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

Un programme de parrainage d'enfants a été développé dans

les hôpitaux à Paris et Cayenne pour accompagner des enfants hospitalisés et isolés de leur famille afin de les aider à mieux lutter contre la maladie et de prévenir et atténuer les troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation.

→ 14 programmes de Réduction des risques (RDR)

a/ La RDR liée à l'usage de drogues

Ces programmes ont pour objectif d'aller au-devant des usagers de produits psycho-actifs pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues. En 2011, Médecins du Monde compte :

- 5 missions Rave intervenant en milieu festif et urbain (Bayonne, Méditerranée, Montpellier, Nantes et Toulouse) ;
- la mission Squats de Paris ;
- la mission RDR Méditerranée ;
- le programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) basé en Île-de-France.

Ces missions disposent d'un pôle d'analyse de drogues avec le soutien de la mission transversale XBT. Celle-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psycho-actifs présents sur les lieux d'usage afin de limiter et de prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de ces produits. Elle analyse par chromatographie sur couche mince (CCM) les produits sur sites (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire.

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

L'action de Médecins du Monde auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés se traduit par des actions (mobiles et en lieux fixes) de promotion de la santé et de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles, avec un accompagnement social, médical, administratif et juridique. En 2011, 5 équipes travaillent auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen).

→ 1 centre de soins pédiatriques à Mayotte

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins des enfants en situation précaire, un centre de soins a ouvert en 2009 dans un quartier de la commune de Koungou. Il offre des consultations médicales et sociales et permet à Médecins du Monde de témoigner des obstacles à l'accès aux soins spécifiques à ce territoire. Depuis mars 2010, des consultations médicales ont également été réalisées sur d'autres sites grâce à la mise en place d'une clinique mobile.



SYNTHÈSE

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

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

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

Une grande diversité des origines des patients

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

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

Des conditions de vie dégradées...

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

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

Comme a pu le constater la mission Santé-Logement de Médecins du Monde menée dans le Val-de-Marne, près d'un tiers des enfants rencontrés dans le cadre de signalements de situations d'habitat indigne ont déclaré des problèmes d'asthme au cours des 12 derniers mois précédant la visite.

Les demandeurs d'asile ne sont pas épargnés par les problèmes de logement. En effet, si la directive européenne sur l'accueil des demandeurs d'asile de 2003¹ prévoit que l'État doit assurer la subsistance de ces personnes, et notamment un hébergement (ou à défaut une allocation

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



© Élisabeth Rull

temporaire d'attente) pendant toute la durée de la procédure, dans les faits, avec un peu plus de 21 000 places disponibles en 2011, seuls la moitié des besoins sont couverts en France et 19 % des demandeurs d'asile reçus dans les Caso sont sans domicile fixe au jour de leur première visite en 2011.

Enfin, une enquête de Médecins du Monde, réalisée au début de 2012², rappelle **le déficit toujours criant de places en hébergement d'urgence et le caractère souvent inadapté de ces dernières. De même, le constat d'un déficit de logements pérennes doublé d'un manque d'accompagnement médico-social adapté pour répondre à la diversité des parcours de vie et des besoins des personnes à la rue est toujours d'actualité.**

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

Les problèmes de santé repérés par les médecins concernent en premier lieu les infections respiratoires (près de 22 % des diagnostics), les pathologies digestives (18 %) et les pathologies ostéoarticulaires (16 %). Force est de constater

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

Une pathologie psychique ou psychiatrique a été également repérée pour près de 11 % des patients reçus en 2011. Or l'accès aux soins de santé mentale pour les étrangers en situation précaire est particulièrement difficile, d'une part du fait du manque de structures et de moyens alloués à la psychiatrie publique en France, et d'autre part du fait d'obsta-

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

(3) Hors VIH et hépatites.

cles spécifiques aux situations de ces publics (barrière linguistique, absence de protection maladie, précarité sociale et/ou administrative...) qui rendent complexe leur inscription dans une prise en charge de long terme. **Le renforcement des dispositifs existants et en particulier des Permanences d'accès aux soins (Pass) psychiatrie est essentiel pour assurer une meilleure prise en charge de ces publics ainsi que le développement de consultations transculturelles qui permettent de répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes.**

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

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

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

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

Dans un contexte de résurgence de la rougeole en population générale, les faibles taux de couverture vaccinale imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en

partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. **Il s'agit alors d'informer, de convaincre, de s'assurer que les messages sont compris et de faciliter l'accès aux services publics par des démarches de sensibilisation et de médiation adaptées et des actions innovantes** (telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie).

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

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

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

De plus, afin de contribuer à la lutte contre l'épidémie d'hépatite C, en particulier auprès des usagers de drogues, Médecins du Monde, en partenariat avec le Caarud-Sida Paroles et le Csapa-Caarud Gaïa Paris, a mis en place, dès 2010, une nouvelle action d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) auprès des usagers de drogues. Ce programme s'inscrit dans une volonté d'inventer et d'expérimenter de nouveaux outils et

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

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

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

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

stratégies de soins et d'éducation pour la santé qui tiennent compte des réalités des consommations, des usages et des contextes de vie des personnes. De plus, comme pour le VIH, l'association n'a pas attendu l'autorisation légale pour utiliser les Trod VHC, couplés aux Trod VIH, dans le cadre d'une stratégie globale de prévention. Ainsi, la mission de réductions des risques auprès des usagers de drogues à Bayonne utilise cet outil depuis mi-2012 et Médecins du Monde espère pouvoir développer rapidement son utilisation à l'ensemble des programmes de la Mission France.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au sein des Caso, **plus d'un tiers des personnes reçues en consultation médicale en 2011 présentent, selon les médecins, un problème de santé qui aurait dû être traité**

plus tôt, et plus de 2 consultants sur 10 indiquent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, pour 16 % des personnes sans couverture maladie, toujours selon les médecins des Caso, une ouverture immédiate des droits au regard de leur état de santé est nécessaire.

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

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

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

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

Le seul recours aux soins pour les personnes sans droit ouvert reste les Pass et le dispositif « Fonds pour les soins urgents et vitaux » (FSUV), quand ceux-ci existent et sont connus et opérationnels, d'où l'importance d'en garantir l'existence, la pérennisation et l'amélioration au sein de l'hôpital. En 2011, Médecins du Monde constate encore de nombreux dysfonctionnements autour de ces dispositifs. On peut citer

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

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

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

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

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

en particulier un manque important de moyens et de personnel dans certaines Pass, ayant pour conséquences des consultations souvent saturées et/ou des plages horaires d'ouverture insuffisantes et peu adaptées, un recours encore trop limité à l'interprétariat et l'absence de consultations de médecine générale. De plus, certaines consultations spécialisées restent encore trop rares au sein des Pass, en particulier pour la prise en charge des soins de pédiatrie, de périnatalité et de psychiatrie ou des soins dentaires.

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

Certaines populations particulièrement vulnérables

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉDECINS DU MONDE

Direction des Missions France
Observatoire de l'accès aux soins
62, rue Marcadet - 75018 Paris
tél : 01 44 92 16 01
fax : 01 44 92 99 92
dmf@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

CONCEPTION GRAPHIQUE ET RÉALISATION :
Christel Andrieu
c.andrieu@orsmip.org

RELECTURE :
Lionel Blot
lionelblot@orange.fr

IMPRESSION :
IGC Communigraphie
10 rue Gustave Delory
BP 21
42964 SAINT-ETIENNE cedex 9
04 77 92 04 80
www.espace-igc.com

