

L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES SANS AUTORISATION DE SEJOUR DANS 11 PAYS D'EUROPE

« Ils me demandaient des papiers
et le paiement de 2 800 euros
» pendant la naissance de mon bébé.

F., Ougandaise à Londres

L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES
SANS AUTORISATION DE SÉJOUR DANS 11 PAYS D'EUROPE

SEPTEMBRE 2009 - Observatoire européen
de l'accès aux soins de Médecins du Monde

RAPPORT DE L'ENQUÊTE 2008
SEPTEMBRE 2009



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les 1 218 personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays qui ont accepté de participer à notre enquête, en répondant à des questions difficiles qui les replongeaient dans les douleurs de leurs parcours, qui nous ont expliqué leur vie au quotidien, les drames et les peurs, le rejet, la survie. Ce rapport leur est dédié.

Nous tenons à remercier tous les enquêteurs, une centaine de bénévoles et de salariés, qui ont accepté, en plus de leur activité déjà lourde, de participer à l'élaboration des enquêtes, à leur passation, à leur saisie, à leur analyse et à leur traduction. Nous remercions les 11 associations Médecins du monde de leur soutien politique pour la réalisation de ce projet collectif.

Nous remercions les lecteurs de prendre en compte ces tranches de vie pour combattre ensemble pour la reconnaissance des droits fondamentaux aujourd'hui déniés à ces enfants, ces femmes et ces hommes repoussés dans l'ombre de nos villes.

AUTEURS

PIERRE CHAUVIN
ISABELLE PARIZOT

(Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm)
(Centre national de la recherche scientifique – CNRS)

Membres de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins URMS 707 – Inserm – UPCM, Paris

NATHALIE SIMONNOT

Observatoire de Médecins du Monde, www.mdm-international.org

AVEC LA PARTICIPATION

de Félix Wanga et Sara Collantes pour la description du contexte législatif ; de Nadège Drouot et Anne Tomasino pour toute l'enquête ; du groupe de travail Observatoire européen composé pour cette enquête de Marion Chenevas, Jérôme Pfaffman, Olivier Ricard, Christos Velissaropoulos, Ramon Estes, Jose Maria Atienza ; de Michel Verdier pour la conception des outils de saisie ; de Juliette Poirson pour la finalisation du rapport ; de Thérèse Benoit pour la relecture ; de Alejandra García Patón pour la coordination des traductions.

AVEC LE SOUTIEN

de la DGS (Direction Générale de la Santé - France), de la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale – France), de la DG SANCO (Direction générale de la santé et de la protection du consommateur – Commission Européenne), d'EPIM (European Program for Integration and Migration).

ISBN - 978-2-918362-00-5 // dépôt légal : septembre 2009
CREDITS // photos : © Jobard / SIPA // couverture : les-eclaireurs.com // intérieur : Jérôme Guibourgé // impression : CLUMIC, contact@clumic.com



Edito

Les 14 associations de Médecins du monde travaillent auprès des populations les plus vulnérables dans leur propre pays, au travers de programmes nationaux et dans le reste du monde. C'est ainsi que nous rencontrons en Europe les personnes qui ont fui la pauvreté extrême, les violences des armées et des forces de l'ordre, les conflits, les catastrophes. Les enfants, les femmes et les hommes que nous tentons de protéger quand nous intervenons dans leur pays arrivent ici pour une infime minorité d'entre eux. A l'issue de parcours migratoires très souvent longs, dangereux et harassants, beaucoup se retrouvent sans autorisation de séjour, rejetés dans l'ombre de nos villes. Et nous tentons ici aussi de les protéger, de les aider à préserver la seule chose qui leur reste bien souvent : leur santé.

Avec cette étude, nous démontrons combien leurs conditions de vie sont pathogènes et les empêchent de se construire une vie ou de se reconstruire, alors même que ces enfants, ces femmes, ces hommes nécessitent une attention particulière du fait de leur passé et de leurs parcours.

Pire encore, ce sont parfois nos propres systèmes de santé qui les excluent fréquemment de l'accès aux soins. Quant aux pathologies graves, elles sont peu suivies, parfois même pas du tout.

Parce que quelquefois aussi l'accès aux soins devient un piège du fait des incitations ou obligations de délation, nous demandons instamment **que les politiques de santé soient strictement indépendantes des politiques d'immigration en respectant le secret professionnel des intervenants sociaux et médicaux.**

Parce qu'en Europe des enfants ne sont pas soignés et que des femmes se voient refuser tout suivi de grossesse et sont harcelées jusqu'à l'accouchement, nous demandons instamment aux instances politiques nationales et européennes de **relier le droit à l'accès aux soins à l'être humain et non à des statuts administratifs.**

Parce que le renvoi dans leur pays des personnes sans papiers gravement malades – alors même qu'elles ne pourront pas y accéder aux soins – peut parfois correspondre à une condamnation à mort, nous demandons l'octroi d'une **régularisation pour ces personnes en danger.**

Pr Wilfried SCHILLI, président MDM Allemagne

Pr Michel DEGUELDRE, président MDM Belgique

Dr Teresa GONZALEZ, présidente MDM Espagne et Italie

Dr Pierre MICHELETTI, président MDM France

Dr Nikita KANAKIS, président MDM Grèce

Dr Françoise SIVIGNON, présidente MDM Pays-Bas

Dr Abilio ANTUNES, président MDM Portugal

Mme Janice HUGHES, coprésidente MDM Royaume-Uni

M. Roo ROGERS, coprésident MDM Royaume-Uni

Pr Anders BJORKMAN, président MDM Suède

Pr Nago HUMBERT, président MDM Suisse



Table des matières

EDITO	1
TABLE DES MATIERES	3
RESUME	5
PREMIERE PARTIE : ENQUETE STATISTIQUE AUPRES DES PERSONNES SANS AUTORISATION DE SEJOUR RENCONTREES DANS LES PROGRAMMES DE MDM ET DE QUELQUES PARTENAIRES	13
Introduction	15
1. La population étudiée et le contexte législatif de l'accès aux soins par pays	18
• Description des lieux d'enquête et des contextes législatifs par pays	18
2. La méthodologie de l'enquête et l'analyse des données	38
• Conception et passation des questionnaires	38
• Analyse des résultats et rédaction du rapport	39
• Conventions de présentation des résultats	39
• Lecture des résultats et des graphiques	40
3. Les caractéristiques démographiques	41
• Sexe et âge	41
• Les nationalités	42
4. L'histoire et le projet migratoires	46
• L'ancienneté de la migration	46
• Le temps passé sans autorisation de séjour	47
• Les motifs de l'émigration	49
• Les projets d'avenir : pour la plupart, rester dans le pays d'accueil, pour certains, le quitter	51
• Les personnes ayant quitté leur pays au cours des douze derniers mois	53
5. La situation sociale et familiale	55
• La situation familiale : des recompositions et des séparations dues à la migration	55
• Le sentiment de solitude	56
• Le soutien moral	57
• Les types de logement	59
• Les conditions de logement	62
6. L'activité professionnelle	64
• La disparité des situations	64
• Des conditions de travail difficiles	65
7. L'accès aux droits à la prise en charge des soins	68
• Des droits à la prise en charge des soins variables selon les pays	68
• Une relative méconnaissance de la prise en charge des soins	68
• Un parcours semé d'embûches pour faire valoir ses droits	69
• Des droits à la prise en charge des soins peu effectifs	70
8. L'état de santé	72
• L'état de santé ressenti	72
• Les pathologies diagnostiquées	74
• Les besoins en suivi médical et en traitements	76
• Un besoin en soins non lié à la venue en Europe	77
• Les violences subies avant la migration et au moment de l'enquête	79
9. L'accès aux soins et à la prévention	83
• Un manque de prise en charge médicale et de suivi	83
• Le retard dans le recours aux soins	83
• Le suivi de grossesse	85
• Un exemple : l'accès aux soins lors du dernier épisode de maladie	86
• L'exemple du dépistage du VIH/sida : une méconnaissance généralisée	88

10. Les obstacles à l'accès aux soins et à leur continuité.....	94
• Les obstacles évoqués par les personnes.....	94
• Le refus de soins lors du dernier épisode de maladie.....	97
• Le racisme subi en général et dans les structures de soins.....	100
• La limitation des déplacements et des activités par peur des arrestations.....	103
• Le renoncement aux soins.....	104

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE PARENTS SANS AUTORISATION DE SEJOUR SUR L'ACCES AUX SOINS DE LEURS ENFANTS 107

1. Introduction et méthodologie..... 108

2. Des conditions de vie pouvant affecter la santé des enfants 109

• Des conditions de logement souvent délétères.....	109
• L'instabilité résidentielle, facteur de fragilisation des enfants.....	110
• Les problèmes de santé liés à l'anxiété.....	111
• Une relation parents-enfants spécifique sans autorisation de séjour.....	112
• Les répercussions de l'état de santé sur la situation sociale.....	113

3. Le parcours des parents dans le système de santé..... 115

• Différents profils du rapport parents / système de prise en charge.....	115
• Le rôle essentiel de l'information.....	116
• Les difficultés ressenties pour la prise en charge médicale des enfants.....	117
• L'autonomie de certains parents dans le système de soins.....	120
• Des « moments clés » dans les parcours d'accès aux soins.....	122

CONCLUSION 123

BIBLIOGRAPHIE..... 126

TABLE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES 127

ANNEXES 129

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête 2008 130

Annexe 2 : Méthodologie et fiche synthétique des données par pays..... 136

• BELGIQUE (BE).....	136
• SUISSE (CH).....	137
• ALLEMAGNE (DE).....	138
• GRECE (EL).....	139
• ESPAGNE (ES).....	140
• FRANCE (FR).....	142
• ITALIE (IT).....	143
• PAYS-BAS (NL).....	144
• PORTUGAL (PT).....	146
• SUEDE (SE).....	147
• ROYAUME-UNI (UK).....	148

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées lors de l'enquête qualitative..... 149

Annexe 4 : Acronymes..... 150

Annexe 5 : Tableaux additionnels..... 151

Résumé

Ce second rapport de l'Observatoire européen porte de nouveau sur l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour (dites « sans papiers » dans la suite de ce document). Il restitue les résultats de deux enquêtes complémentaires : l'une, statistique, portant sur les adultes sans papiers et l'autre, conduite à partir d'entretiens, sur la situation de leurs enfants. Ces deux enquêtes ont concerné 1 218 adultes qui ont participé à l'enquête quantitative (1 125) ou qui ont confié leur témoignage (93) aux équipes de Médecins du monde dans 31 villes de 11 pays européens. Dans ces 11 pays – Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse –, Médecins du monde mène des programmes de promotion de la santé et d'accès aux droits et aux soins auprès des populations les plus vulnérables, dont les étrangers sans papiers. Ces deux enquêtes se sont déroulées en 2008 dans ces programmes ainsi que dans ceux de quelques associations partenaires.

1. METHODOLOGIE ET PRECISIONS SUR LA LECTURE DES RESULTATS

L'enquête **qualitative**, faite à partir d'entretiens auprès de 32 parents sans papiers dans 8 pays : France, Grèce, Suède, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse, Espagne, a permis d'éclairer spécifiquement les modalités du recours aux soins pour leurs enfants et les difficultés et sentiments qui y sont liés.

Les résultats de l'enquête sont à lire en tenant compte du fait qu'une enquête qualitative permet de faire ressortir la diversité des situations et des expériences vécues et ne vise aucunement à quantifier les éléments recueillis.

L'enquête **quantitative** a été faite à partir de questionnaires travaillés et validés par les référents de chaque pays avec les chercheurs de l'Inserm et du CNRS et l'équipe de l'Observatoire. Elle concerne principalement la situation sociale des personnes sans papiers, leur état de santé, les violences subies, les droits à l'accès aux soins et l'accès effectif à la prise en charge et aux traitements, ainsi que les obstacles à l'accès aux soins et les refus de soins par les professionnels de santé.

Comme pour la première enquête de l'Observatoire européen de Médecins du monde, publiée en 2007, les résultats présentés ici doivent être lus comme un « **témoignage statistique** » des situations observées dans les différents centres et programmes participant à cet observatoire. Ils n'ont pas l'ambition de présenter une photographie représentative des difficultés d'accès aux soins de toutes les personnes sans autorisation de séjour en Europe.

Cela étant souligné, faute d'enquêtes représentatives conduites en population générale des sans-papiers (qui sont, du fait même du statut des sans-papiers, très difficiles à réaliser), les résultats quantitatifs présentés ici permettent de dégager certaines tendances fortes et certaines différences internationales qui, malgré la prudence nécessaire dans leur interprétation, illustrent et renseignent sur l'étendue des difficultés d'accès aux soins rencontrées par cette population.

Enfin, 61 personnes ont accepté de **témoigner** de leur parcours de vie dans leur pays d'origine et d'accueil. Des extraits de ces témoignages viennent illustrer et éclairer les résultats des enquêtes.

2. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE QUALITATIVE

• Les enfants des sans-papiers : même pas protégés

Le simple bon sens voudrait que les enfants ne puissent pas être considérés comme sans-papiers puisqu'ils ne choisissent pas où ils habitent. Dans beaucoup de pays, il n'y a pas d'obligation légale pour les enfants d'être eux-mêmes en possession d'un titre de séjour ni d'ailleurs de pouvoir présenter un document d'identité. La protection de l'enfance – en particulier des enfants les plus pauvres et des enfants à risques – est une cause commune à l'ensemble des pays concernés, dont l'importance est soulignée par la Convention Internationale du droit des enfants¹. **Pourtant, force est de constater que certains pays ne procurent aucune protection spécifique aux enfants de parents sans papiers et/ou ne les acceptent pas dans le système de soins, allant parfois jusqu'à exiger qu'ils soient dénoncés, comme leurs parents, à l'occasion de leurs recours aux services de santé.**

Des parents interrogés constatent et déplorent que leurs conditions de vie affectent la santé de leurs enfants. Ne parvenir à se loger que dans **des logements insalubres et souvent surpeuplés, être dans une instabilité résidentielle permanente: réalités fréquentes qui peuvent être délétères pour les enfants.** Les déménagements au fil des expulsions, les hébergements temporaires chez des proches ou en institution, entre autres, génèrent du stress. Ils entravent le développement psychosocial des enfants tout en perturbant les possibilités de leur suivi médical. Dans certains entretiens, les parents signalent même des ruptures de suivi médical. Au-delà des difficultés économiques et de logement, **la menace latente d'une arrestation ou la crainte d'une séparation familiale et les discriminations constituent également un contexte problématique pour le développement des enfants.** Certains parents constatent que cela se répercute sur la santé mentale ou physique de leurs enfants.

Les difficultés de santé respectives des adultes et des enfants s'entremêlent. Les parents soulignent leurs efforts pour préserver leurs enfants mais leur inquiétude et leur désarroi sont parfois tels qu'ils affectent leur propre santé mentale et que les enfants eux-mêmes en sont affectés. Le mauvais état de santé des enfants peut aussi aggraver la situation de la famille, par exemple en compliquant l'hébergement chez des proches.

De surcroît, des enfants sont amenés à jouer parfois un **rôle d'intermédiaire et de traducteur** entre leurs parents et la société dans laquelle ils vivent du fait de la faible maîtrise de la langue du pays de résidence ou de l'isolement des parents. Certains assurent un véritable soutien pour eux – et assument de ce fait des **responsabilités d'adultes.**

Les difficultés d'accès aux soins sont nombreuses. L'information est capitale. Elle est malheureusement souvent **erronée, contradictoire,** ou inadaptée par rapport à la situation spécifique de l'enfant, qu'elle vienne de proches ou même d'institutions publiques ou d'associations. Professionnels et bénévoles ne sont pas toujours (voire sont rarement) informés des droits à l'accès aux soins des étrangers sans autorisation de séjour.

Des refus de soins (qui signent le non-respect du droit des enfants à être soignés), des obstacles administratifs et de mauvaises informations entraînent des retards ou des renoncements au recours aux soins. Le sentiment de faire l'objet de discrimination et de n'être soigné que « par défaut » affecte la confiance dans le système de santé en général au point que certains remettent en question le diagnostic du médecin ou doutent de leurs prescriptions.

Certains parents parviennent, après une phase de désorientation, à se repérer dans le système de soins et à faire valoir le droit aux soins de leurs enfants. En bénéficiant d'une couverture maladie et en connaissant le système de soins pour leurs enfants, ils gagnent en **autonomie face au système de santé car ils peuvent alors** développer un regard distancié, voire critique, sur le système de soins et avoir recours à la structure de leur choix selon les situations.

¹ http://www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm

Les parents se reposent parfois sur des structures associatives qui sont perçues comme plus accueillantes, moins discriminatoires et offrant plus de sécurité que les structures publiques. Leur fréquentation constitue souvent autant d'étapes clés dans la relation des parents au système de soins : **ces dispositifs, comme ceux de Médecins du monde, jouent un rôle important d'information et d'orientation, à partir desquels les personnes deviennent plus autonomes face au système de santé.**

3. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE

L'enquête quantitative a été menée auprès de 1 125 personnes, à peu près autant de femmes (49,1 %) que d'hommes. L'âge moyen est de 36 ans. La moitié des personnes interrogées ont quitté leur pays depuis un peu plus de trois ans mais 10 % l'ont quitté depuis dix ans ou plus. En tout, des personnes de 97 nationalités différentes ont été rencontrées venant, par ordre décroissant d'Afrique subsaharienne, des Amériques/Caraïbes, du Maghreb, de l'Europe hors UE, d'Asie, du Proche ou du Moyen-Orient et de l'Union européenne. Les pays d'origine les plus représentés parmi les hommes sont le Maroc, l'Algérie, l'Egypte, le Sénégal, le Brésil et le Bangladesh et parmi les femmes, le Brésil, la Bolivie, le Cameroun, les Philippines, le Nigeria, l'Albanie et la Roumanie².

- **Les déterminants socio-économiques des personnes enquêtées sont défavorables**

La Commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS souligne que « le manque d'argent, un logement inadéquat, des conditions de travail peu sûres et le manque d'accès aux prestations de santé figurent parmi les déterminants sociaux de la santé qui sont la cause d'inégalités dans et entre les pays ».

Les conditions de logement et de travail des personnes rencontrées sont particulièrement défavorables

Les logements sont le plus souvent précaires et insalubres, ce qu'il faut mettre en lien avec des ressources financières trop faibles : **52,4 % des personnes enquêtées vivent dans un logement précaire ou un foyer d'hébergement à court ou moyen terme ou sont sans domicile.** Et 34 % estiment que **ces conditions de logement sont dangereuses ou néfastes** pour leur santé et celle de leurs enfants.

La moitié d'entre elles (51,3 %) ont une activité régulière ou épisodique pour gagner leur vie; rappelons que les sans-papiers sont dans l'impossibilité de travailler légalement. Ils exercent en particulier des emplois dans le nettoyage, les services aux particuliers et le bâtiment et **travaillent dans des conditions particulièrement difficiles** : 37 % travaillent plus de dix heures par jour, 22 % travaillent de nuit³ presque tous les jours ou plusieurs fois par semaine, plutôt des femmes (26 % versus 14,7 % chez les hommes). 8 % ont été victimes d'un accident du travail depuis leur arrivée dans le pays d'enquête. En outre, 9,4 % des personnes disent avoir été empêchées de gagner de l'argent ou avoir été privées de l'argent gagné dans le pays d'accueil.

Les personnes rencontrées vivent des situations d'isolement les rendant plus vulnérables

Un peu plus de la moitié (52 %) des personnes déclarent se sentir très seules (23 %) ou plutôt seules (29 %), en particulier les hommes, ce que l'on peut relier au fait qu'ils sont plus souvent séparés de leur conjointe et de leurs enfants du fait de la migration. D'ailleurs, **59 % des parents ne vivent avec aucun de leurs enfants de moins de 18 ans.**

Seules 47 % des personnes enquêtées disent pouvoir compter « souvent » ou « très souvent » sur quelqu'un pour être soutenues moralement et être réconfortées. Les femmes rencontrées bénéficient plus souvent que les hommes de ce soutien moral potentiel.

2. Les ressortissants européens vivant dans un pays européen tiers et n'ayant ni ressources financières ni couverture médicale ont perdu leur droit à y séjourner (dans la plupart des pays) depuis la directive européenne 2004/38/CE.

3. Etait considéré comme travail de nuit dans notre enquête le travail entre minuit et 5 h du matin.

Si l'absence ou la faiblesse du soutien moral peut se retrouver dans tous les sous-groupes de population, certains semblent particulièrement isolés : **38 % des personnes sans domicile et 30 % de celles en foyer d'hébergement ne peuvent jamais compter sur quelqu'un pour un soutien moral.**

- **Les raisons de la migration**

La réalité observée détruit le mythe de l'immigration vers l'Europe d'étrangers voulant profiter du système médico-social. Les sans-papiers rencontrés fuient avant tout la pauvreté, les dangers ou les privations de liberté et veulent assurer un avenir à leurs enfants.

Les personnes évoquent majoritairement comme motif de migration des raisons économiques ou le fait de pouvoir **gagner leur vie** (56 %) ;

En second lieu viennent des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre (26%), **motifs donnant théoriquement droit à l'asile politique.**

Seules 6 % des personnes ont cité, parmi leurs motifs de venue en Europe, des raisons de santé. Pourtant 15,7 %⁴ des personnes souffraient au jour de l'enquête d'un trouble de santé chronique qu'ils connaissaient avant d'émigrer (plus souvent des personnes originaires de l'Union européenne et du Maghreb). Or les troubles en question sont essentiellement des plaintes purement symptomatiques (sans diagnostic précis) ou des maladies banales. On ne peut imaginer sérieusement qu'ils aient pu motiver une émigration et encore moins l'installation dans des conditions de vie aussi précaires que celles vécues dans les pays de destination par ces immigrés sans papiers.

- **La protection de la santé et l'accès aux soins ne sont toujours pas reconnus dans les faits comme un droit attaché à la personne**

Tous les pays étudiés prévoient l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour mais c'est – dans la majorité des cas – à condition qu'elles puissent elles-mêmes prendre en charge ces soins. Cela se révèle impossible dans les faits, étant donné les faibles ressources financières dont elles disposent. Dans six des onze pays étudiés, des lois prévoient des systèmes de prise en charge de tout ou partie des coûts pour les sans-papiers qui ne peuvent pas payer (Belgique, Espagne, France, Pays-Bas, Portugal, Italie). En revanche, dans 4 pays (Allemagne, Grèce, Suède et Suisse) l'accès aux soins est grosso modo limité aux urgences et n'offre pas ou peu de possibilité d'accès aux soins pour les pathologies courantes ou chroniques. Le Royaume-Uni a un système bien spécifique qui laisse les médecins généralistes accepter ou non l'inscription des sans-papiers chez eux pour l'accès gratuit aux soins de première ligne mais le système ne prévoit aucune prise en charge pour les autres soins (de deuxième ou troisième ligne) en dehors des « soins immédiatement nécessaires ».

Même dans les pays où l'accès aux soins de tous est prévu, les interprétations et complexités administratives (voulues ou non), les refus de soins, la peur de la dénonciation et la méconnaissance des possibilités légales d'accès aux soins (tant par les patients que par les professionnels de santé) limitent de fait considérablement l'accès aux soins dans le système de droit commun.

4. Cette proportion est probablement plus haute chez les personnes rencontrées par les équipes de Médecins du monde puisqu'elles viennent consulter des professionnels de santé.

Les personnes sans papiers ne parviennent pas à bénéficier de la couverture maladie à laquelle elles ont droit (lorsqu'une telle couverture est prévue par la loi)

70 % des personnes enquêtées pourraient bénéficier théoriquement d'une prise en charge de leurs soins (de 3 % en Grèce à 98 % en Belgique) mais un quart d'entre elles ne le savent pas (de 52 % au Royaume-Uni à 6 % en Espagne), ce qui montre le déficit d'information dans cette population qui cumule les vulnérabilités. Les difficultés administratives sont une contrainte supplémentaire.

Autant d'éléments qui expliquent que 80 % des personnes rencontrées ne bénéficiaient d'aucune prise en charge effective de leurs soins de santé lors de leur dernier épisode de maladie.

Une cascade d'obstacles freine l'accès aux soins des sans-papiers : près de 70 % de la population interrogée y est confrontée pour se faire soigner.

68,9 % des personnes déclarant un obstacle ont cité les difficultés administratives pour faire valoir leurs droits (justificatifs à trouver, demandes abusives, renvoi de bureau en bureau...) et la complexité du système de soins. 59,4 % des personnes évoquent le coût des consultations et des traitements, 17,3 % citent la peur d'être dénoncées ou arrêtées et 12,4 % la peur de la discrimination, d'être mal accueillies ou de subir un refus de soins. 14 % des personnes enquêtées rapportent avoir subi un refus de soins lors de leur dernière maladie. Cela s'est produit en particulier pour des maladies ou symptômes relativement graves (relevant du cardio-vasculaire dans 20,4 % des cas par exemple) ou dans les cas de grossesses (18 %).

Le racisme aussi est mentionné : un tiers des personnes interrogées ont été personnellement victimes de racisme au cours de l'année écoulée dont un cinquième dans un établissement médical.

Le sentiment de peur lié au manque d'autorisation de séjour éloigne aussi les personnes des structures de santé : 60 % des personnes disent qu'il leur arrive de limiter leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtées.

Des conséquences logiques : le renoncement et le recours tardif aux soins, qui n'épargnent pas les enfants

Un quart des personnes rencontrées (25 %) ont eu au moins un de leurs problèmes de santé actuels pris en charge trop tardivement – au moins une fois – depuis leur arrivée dans le pays d'accueil, selon les médecins de l'enquête.

29 % des personnes interrogées ont renoncé à des soins pour leurs enfants au cours des douze derniers mois : il s'agissait le plus souvent de consultations médicales et de vaccinations.

41 % des personnes interrogées ont renoncé à des soins pour elles-mêmes au cours des douze derniers mois (soit 53 % de celles rapportant au moins un obstacle dans l'accès aux soins). L'absence de prise en charge est déterminante : les personnes sans prise en charge de leurs frais de santé ont renoncé à des soins trois fois plus souvent que celles prises en charge.

- **Les conséquences : des personnes souvent malades mais très mal suivies**

Les déterminants socio-économiques de la santé sont particulièrement défavorables pour les sans-papiers rencontrés par les équipes de Médecins du monde. Leur accès aux soins est très limité. La population enquêtée présente, en conséquence, un état de santé perçu et diagnostiqué qui ne correspond pas à celui que l'on devrait attendre d'une population aussi jeune (dans la trentaine en moyenne⁵).

L'état de santé des personnes rencontrées est problématique

Parmi les personnes interrogées, un tiers des hommes (34%) et un quart des femmes (23%) perçoivent leur santé comme mauvaise ou très mauvaise. Or de nombreuses études ont montré qu'il y a une corrélation entre cet indicateur et les indicateurs objectifs (et/ou médicaux) de santé. Ce taux est 3 fois plus élevé⁶ qu'en population générale des 25 pays de l'Union Européenne.

Chez les plus jeunes (18-25 ans), 27% des hommes et 12% des femmes déclarent déjà un état de santé mauvais ou très mauvais.

32% des personnes enquêtées sont atteintes d'au moins un trouble de santé chronique au moins, plus fréquemment les hommes que les femmes. Ces personnes vivent souvent en logement précaire (35%) et sont relativement isolées (la moitié d'entre elles se sentent seules et 17% ne peuvent compter sur personne pour être soutenues moralement).

Leur état de santé nécessite, d'après les médecins, des soins médicaux importants: deux tiers d'entre elles (65%) ont au moins un problème de santé dont le traitement est souhaitable, voire nécessaire (29%) ou indispensable (21%). Certaines cumulent des problèmes de santé sérieux et des conditions de vie très défavorables. Ainsi, 8% de celles qui souffrent d'une pathologie nécessitant un traitement jugé indispensable vivent sans domicile et 7% vivent dans un foyer d'hébergement à court ou moyen terme.

Le taux de comorbidité est aussi important: 24% des personnes interrogées présentent au moins deux problèmes de santé dont le traitement est souhaitable. Ces fréquences élevées, dans une population globalement jeune, sont le signe de retards d'accès aux soins.

Ainsi, selon les médecins, 16% de la population présente un pronostic vital **possiblement, probablement ou sûrement mauvais en l'absence de traitement.**

Seuls 8% présentent uniquement un problème de santé pour lequel le traitement est accessoire. Cela va à l'encontre des préjugés répandus selon lesquels les étrangers abuseraient des systèmes de santé européens: la population rencontrée par Médecins du monde, pauvre, ne recourt guère aux soins pour des problèmes de santé bénins.

Un suivi médical non adapté et largement insuffisant quelle que soit l'importance médicale

Seule une petite moitié des femmes enceintes (48%) sont suivies pour leur grossesse.

Parmi les 1371 problèmes de santé identifiés dans la population enquêtée, **seulement un quart (26%) sont traités ou suivis complètement**, un quart (27%) le sont partiellement et **près de la moitié (45%) ne sont pas du tout traités ou suivis au jour de l'enquête.**

5. Cette moyenne d'âge est plus importante que l'ensemble de la population rencontrée dans les programmes de Médecins du monde puisque cette enquête ne portait que sur les seuls adultes.

6 Il faut garder en tête que l'enquête s'est principalement déroulée sur des programmes d'une organisation médicale.

Même quand les problèmes de santé sont graves, ils sont très mal suivis ou traités : **parmi les problèmes de santé pour lesquels un traitement est jugé indispensable par les médecins, moins d'un cas sur deux (43 %) est complètement suivi, un cinquième est partiellement suivi ou traité (21 %) et un tiers (34 %) n'est pas du tout suivi.** Lorsque le traitement est jugé « seulement » nécessaire, près d'un problème sur deux (44 %) n'est pas suivi du tout non plus.

Le traitement des problèmes de santé moins graves est aussi problématique : **seulement 13 % des problèmes de santé moins graves mais pour lesquels un traitement est souhaitable sont complètement suivis.**

Les personnes rencontrées sont très nombreuses à vivre ou à avoir vécu des situations de violence, ce qui en toute logique devrait inciter à une protection renforcée.

59 % de la population rapporte avoir subi au moins un type de violence (pour 41% lorsqu'ils étaient dans leur pays d'origine). De surcroît, **il s'agit souvent d'expériences multiples** (pour 40 % des personnes).

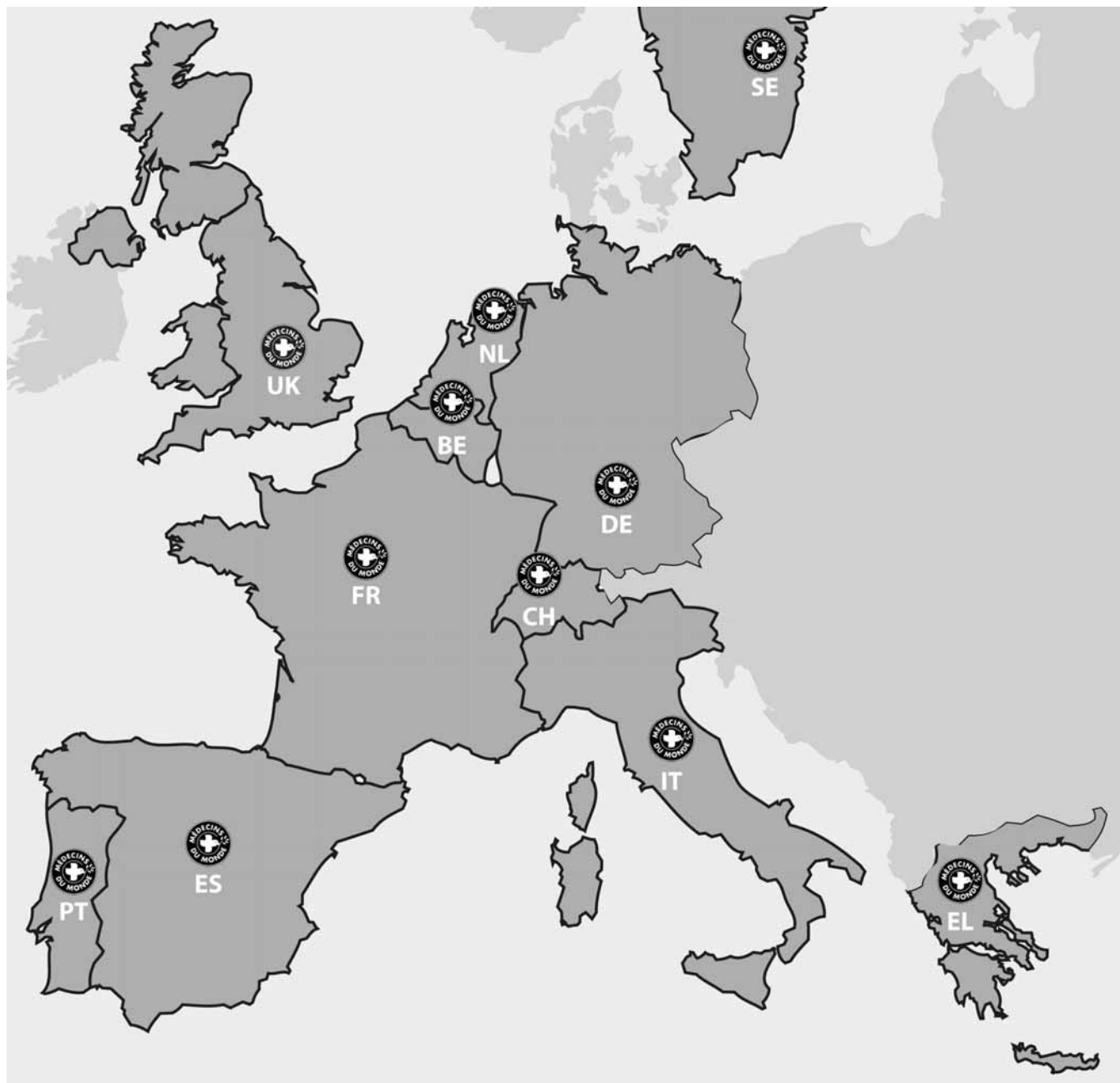
Par ordre décroissant, les violences les plus fréquemment subies sont : avoir souffert de la famine ou n'avoir pas eu suffisamment à manger, avoir vécu dans un pays en guerre, avoir subi des violences physiques (y compris familiales), avoir été empêché de gagner sa vie ou avoir été privé de l'argent gagné, avoir été victime de violences de la part des forces de l'ordre, avoir subi la surveillance ou l'interdiction de ses actes, avoir été menacé ou emprisonné pour ses idées, avoir été torturé, avoir subi des agressions sexuelles.

Dans le pays « d'accueil », le cumul des insécurités que vivent les personnes dans leur vie de sans-papiers ne leur permet pas de se reconstruire : **un quart des personnes rencontrées (24 %) fait état de violences subies depuis leur arrivée en Europe.** Or nous avons un devoir de protection à leur égard.

Première partie :
Enquête statistique auprès des
personnes sans autorisation de séjour
rencontrées dans les programmes
de MDM et de quelques partenaires

- **Observatoire européen de l'accès aux soins - Enquête 2008**

1 125 adultes ont participé à l'enquête 2008 dans 31 villes de 11 pays européens.



BE	BELGIQUE = 112 - Bruxelles	IT	ITALIE = 99 - Milan
CH	SUISSE = 11 - Fribourg	NL	PAYS-BAS = 103 - Amsterdam (n=62) - Arnhem (n=1) - La Hague (n=6) - Eindhoven (n=10) - Haarlem (n=3) - Leiden (n=1) - Leidschendam (n=2) - Rotterdam (n=6) - Tilburg (n=2) - Utrecht (n=10)
DE	ALLEMAGNE = 24 - Munich		
EL	GRECE = 118 - Thessalonique (n=68) - Athènes (n=50)	PT	PORTUGAL = 32 - Lisbonne (n=21) - Loures (n=11)
ES	ESPAGNE = 216 - Alicante (n=21) - Baléares (n=23) - Bilbao (n=21) - Canaries (=39) - Galice (=25) - Madrid (=21) - Tolède (n=30) - Valence (n=36)	SE	SUEDE = 103 - Stockholm
		UK	UK = 108 - Londres
FR	FRANCE = 199 - Lyon (n=56) - Paris (n=71) - Saint-Denis (n=72)		

INTRODUCTION

L'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde publie ici son deuxième rapport sur les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux soins des personnes parmi les plus vulnérables que comptent nos pays : les sans-papiers. Les témoignages recueillis au cours de l'enquête sont accablants : l'Europe fonctionne comme une fabrique de sans-papiers, rejetant dans les zones d'ombre les plus sordides des personnes qui auraient avant tout besoin de sécurité et d'humanité ; les victimes sont devenues des parias.

Fuir son pays n'est pas un crime et pourtant ces enfants, ces femmes et ces hommes sont relégués dans la peur constante d'être repérés, dénoncés, séparés, expulsés. Fuir les tortures, les violences (sexuelles, familiales, policières, militaires), la misère aussi, tenter par tous les moyens d'offrir un avenir possible à ses enfants : chacun d'entre nous espère qu'il en aurait la force et le courage plutôt que de se laisser anéantir.

La situation des immigrés vivant en Europe sans autorisation de séjour est encore mal connue.

On sait leur situation sociale et économique très précaire. Divers témoignages attestent également des difficultés qu'ils rencontrent pour faire valoir leur droit aux soins et pour bénéficier de l'assistance du système sanitaire. D'une façon générale, les programmes nationaux de soins de santé font fréquemment une discrimination à l'encontre :

- des migrants temporaires (considérés comme tels parce qu'ils sont entrés dans le pays avec un visa de tourisme, ce qui est bien souvent le cas) ;
- des demandeurs d'asile⁷ qui n'ont pas toujours les mêmes droits que les nationaux ;
- de tous ceux qui – dès leur arrivée ou par la suite (quand leurs documents provisoires de séjour ont expiré ou que le statut de réfugié leur a été refusé par exemple) – sont dépourvus d'autorisation de séjour^{8,9}.

Dans le même temps, on sait que les politiques qui – intentionnellement ou non – tiennent à distance du système de soins certaines catégories d'immigrés (notamment ceux sans statut de résidence, mais aussi, plus largement, les migrants temporaires) contribuent à la détérioration de leur santé et, plus largement, de la santé publique de ces pays hôtes¹⁰.

Pour ces personnes, les obstacles à un bon état de santé sont nombreux et souvent considérables, dus notamment aux discriminations, à leur statut juridique, aux différences linguistiques et culturelles, à différentes difficultés sociales et économiques, et à leurs conditions de vie généralement très difficiles¹¹.

Le nombre de personnes sans autorisation de séjour dans les différents pays d'Europe (et notamment dans les pays d'enquête de la présente étude) fait l'objet d'estimations plus ou moins précises selon les pays. Il serait dans la plupart des pays, au maximum, de 1 à 2 % de la population totale, sauf dans certains pays comme la Grèce (3,4 %) ¹² où cette proportion est plus importante. L'ouverture actuelle des pays européens à l'immigration étrangère reste très variable et s'inscrit dans un contexte général de fermeture des frontières. Rapportée à la population des pays, parmi les pays de l'enquête, c'est en France qu'elle est la plus restrictive (ce pays a accueilli 2,9 immigrés étrangers pour 1 000 habitants en 2006) et en Suisse et en Espagne qu'elle est proportionnellement la plus grande (respectivement 14,3 et 18,1 immigrés étrangers pour 1 000 habitants en 2006 aussi).

7. Au sujet des restrictions dans l'accès aux soins des demandeurs d'asile dans l'Union européenne, voir notamment une étude danoise de 2004 qui conclut à l'existence de restrictions notables dans 10 pays (dont l'Allemagne, l'Espagne et la Suède) : Norredam M., Mygind A., Krasnik A., « Access to health care for asylum seekers in the European Union : a comparative study of country policies », *Eur J Public Health*, 2005, 16 : 285-89.

Au sujet de la santé des demandeurs d'asile, voir par exemple la récente étude épidémiologique Suisse : Bischoff A., Schneider M., Denhaerynck K., Battegay E., « Health and ill health of asylum seekers in Switzerland : an epidemiological study », *Eur J Public Health*, 2009, 19 : 59-64.

8. Verbruggen N. ed., « Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom », Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.

9. Chauvin P., the Europromed Working Group eds, « Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe », Amsterdam, IOS Press, 2002.

10. Carballo M., Mboup M., « International migration and health, a paper prepared for the Policy analysis and research programme of the GCIM », Geneva, Global Commission on International Migration, 2005.

11. Organisation mondiale de la santé. « Migrations internationales, Santé et Droits humains », Genève, OMS, 2005.

12. Source : Rapport du Sénat français sur l'immigration irrégulière.

La très grande majorité des enquêtes nationales ne prenant pas en compte les étrangers sans autorisation de séjour, on manque d'informations statistiques sur les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux soins de cette population généralement estimée entre 5 et 8 millions de personnes en Europe (soit 10 à 15 % de l'ensemble des immigrés)¹³.

Ce déficit d'information et de données contraste avec la tentation croissante d'utiliser les restrictions d'accès aux soins pour les étrangers en situation sans autorisation de séjour – contre tous principes¹⁴ et, d'ailleurs, avec une efficacité illusoire – comme une arme de contrôle de l'immigration¹⁵.

Une première enquête auprès d'immigrés sans autorisation de séjour fréquentant des centres ou des programmes sanitaires de Médecins du monde a été réalisée par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde en 2005-2006 dans sept pays d'Europe¹⁶. A la suite de cette première étude, l'ONG a décidé d'en conduire une nouvelle, dans un nombre de pays plus important et avec un recueil systématique plus complet des situations sociales et sanitaires des personnes rencontrées.

Comme pour la première enquête, **les résultats présentés ici doivent être lus comme un « témoignage statistique » des situations observées dans les différents centres et programmes de cet Observatoire européen.**

Ils n'ont pas l'ambition de présenter une photographie représentative des difficultés d'accès aux soins de toutes les personnes sans autorisation de séjour en Europe, et ceci pour, au moins, quatre raisons qu'il est important de garder à l'esprit à la lecture du présent document :

- Les personnes interrogées dans cette enquête ont pu, par définition, au moins entrer en contact avec les structures et les programmes de soins où a eu lieu cette enquête. Nul doute que certaines personnes sans autorisation de séjour connaissent des situations sociales et sanitaires encore pires et, étant encore plus à distance des dispositifs d'assistance sociale et sanitaire, sont « invisibles » dans cette enquête ;
- En revanche, des immigrés sans autorisation de séjour connaissent sans doute des conditions de vie quelque peu meilleures que celles des personnes enquêtées ici et ne s'adressent pas non plus à ces mêmes dispositifs. Même si on ne peut douter que la clandestinité croissante, dans laquelle les politiques de contrôle de l'immigration (qui s'intensifient partout en Europe) rejettent ces personnes, empêche la plupart de vivre une vie décente, certains peuvent (notamment grâce à la mobilisation de solidarités amicales ou familiales) ne pas avoir besoin de s'adresser aux dispositifs du type de ceux réunis dans l'Observatoire européen. Bien entendu, des sans-papiers peuvent aussi ne pas consulter ces dispositifs parce qu'ils n'ont aucun problème de santé... ou qu'ils n'en ressentent pas le besoin, ce qui n'est pas la même chose ;
- Les structures et programmes de soins associés à l'enquête dans les 11 pays ne constituent pas un échantillon représentatif ni exhaustif de l'ensemble des structures de soins auxquelles les personnes sans autorisation de séjour sont susceptibles de s'adresser pour obtenir des soins dans chacun des pays et territoires (ville ou région). Les urgences hospitalières, les centres de soins publics, les médecins généralistes, d'autres dispositifs associatifs ou caritatifs sont autant de points de services qui reçoivent aussi, à des fréquences et à des titres divers, de telles personnes¹⁷ ;

13. *Rapport de la Commission Globale des Migrations Internationales* (OCDE), in « Access to health care for undocumented migrants in Europe », PICUM, Brussels, 2007.

Huber M., Stanciole A., Bremner J., Wahlbeck K. eds, « Quality in and equality of access to healthcare services », Brussels, European Commission, DG Employment, Social Affairs & Equal Opportunities, March 2008, pp. 196-201.

14. WHO. « International migration, health and human rights ». Geneva, WHO (Health and human rights publication series), 2008, no. 4.

15. Editorial. « Access to health care for undocumented migrants in Europe ». *The Lancet*, 2007, 370 : 2070.

16. European observatory on access to healthcare. « European survey on undocumented migrants' access to healthcare ». Paris, Médecins du Monde, 2007.

17. Les enquêtes à visée représentative qui étudient des populations difficiles à joindre (ou numériquement très minoritaires dans la population générale: sans-abri, clandestins, prostitués, etc.) reposent souvent sur des échantillons aléatoires dans des structures fréquentées par les personnes concernées. On a retrouvé une enquête de ce type conduite auprès d'immigrés sans papiers à Chicago en 2002 (Mehta C., Theodore N., Mora I., Wade J., « Chicago's undocumented immigrants: an analysis of wages,

- Enfin, dans chacun des 11 pays où l'enquête a été conduite, le nombre de « terrains » d'enquête (les sites, centres ou programmes mobiles dans lesquels elle a été conduite) varie fortement. Dans certains pays, elle a été conduite dans une seule ville ; dans d'autres, dans de nombreuses régions simultanément. Dans les pays décentralisés (en Allemagne, au Royaume-Uni, en Espagne notamment), cette limite doit être gardée à l'esprit. Dans les cas où les législations et l'organisation des soins aux personnes sans papiers varient d'une collectivité territoriale à l'autre, les résultats présentés ici ne valent, bien entendu, que dans les zones géographiques où l'enquête a été réalisée.

Cela étant souligné, nous ne disposons pas d'enquêtes représentatives randomisées conduites en population générale des sans-papiers (qui sont, du fait même de leur statut administratif, très difficiles à réaliser). C'est pourquoi les résultats quantitatifs présentés ici permettent de dégager certaines tendances fortes et différences internationales qui, malgré la prudence nécessaire à leur interprétation, illustrent et renseignent sur l'étendue des difficultés d'accès aux soins rencontrées par cette population.

working conditions, and economic contributions», Chicago, University of Illinois, Center for Urban Economic Development, 2002). Ce type d'enquête n'empêche malheureusement que partiellement les biais de représentativité, notamment quand *tous* les types de structures ne sont pas inclus dans le champ de l'enquête (ce qui est fréquent en pratique).

1. LA POPULATION ETUDIEE ET LE CONTEXTE LEGISLATIF DE L'ACCES AUX SOINS PAR PAYS

La population étudiée correspond aux personnes de 18 ans et plus, vivant sans autorisation de séjour dans l'un des pays européens enquêtés, rencontrées dans un programme de Médecins du monde (ou d'une association partenaire). **Au total, 1 125 personnes âgées de 18 ans ou plus ont été interrogées dans l'un ou l'autre des 11 pays suivants: Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, Suède.**

L'échantillon final se répartit finalement de la façon suivante, par ordre décroissant du nombre d'enquêtés par pays: Espagne 216, France 199, Grèce 118, Belgique 112, Royaume-Uni 108, Pays-Bas et Suède 103, Italie 99, Portugal 32, Allemagne 24 et Suisse 11.

• **Description des lieux d'enquête et des contextes législatifs par pays**

EN ESPAGNE (ES)

216 personnes ont été interrogées dans des programmes de Médecins du monde, et ce dans 8 sites au total afin de diversifier l'échantillon en termes de lieu de résidence et de type de structure fréquentée¹⁸. La répartition est la suivante :

- aux Canaries, 39 enquêtés dans un centre socio-médical pour immigrés (Cassim¹⁹) de Tenerife ;
- à Valence, 36 enquêtés dans un Cassim ;
- à Tolède et alentours, 30 enquêtés participant à un programme de médiation sanitaire interculturelle ;
- en Galice (à Vigo et Corogne), 25 enquêtés dans une unité mobile s'adressant principalement à des personnes se prostituant²⁰ ;
- aux Baléares (à Palma de Majorque principalement et dans des villages alentour), 15 enquêtés dans un centre d'assistance médicale, psychologique et sociale pour personnes en situation de prostitution (Casspep²¹) et 8 dans le projet « Dones del mon²² » ;
- à Bilbao, 21 personnes interrogées dans un Cassim ;
- à Madrid, 17 enquêtés dans une unité mobile pour les personnes en situation de prostitution et 4 dans une consultation médico-sociale pour personnes transsexuelles ;
- à Alicante, 16 enquêtés dans un Cassim et 5 dans un Casspep.

28 % des personnes interrogées en Espagne étaient en situation de prostitution (62 personnes).

Au total, 47 % des personnes contactées n'ont pas participé à l'enquête, principalement parce qu'elles n'en avaient pas le temps ou qu'elles ne parlaient pas la langue de l'enquêteur.

18.A Alicante, Madrid et Palma de Majorque, les différents programmes n'ont pas été différenciés à la saisie.

19. Cassim pour « Centro de Atención Socio Sanitaria a Inmigrantes ».

20. Les programmes espagnols parlent de « personnes en situation de prostitution ».

21. Casspep pour « Centros de Atención Socio Sanitaria a Personas que Ejercen la Prostitución ».

22. Dones del mon (« Femmes du monde ») : Programme de renforcement des capacités des femmes immigrées afin de leur permettre d'atteindre le meilleur état de santé possible.

Les Cassim ont pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé des immigrés en situation de précarité et d'exclusion, et de faciliter leur accès au système de soins de droit commun. Des équipes pluridisciplinaires leur proposent des consultations médicales, des soins infirmiers, des consultations sociales et des consultations psychologiques. Ils peuvent bénéficier de ces consultations jusqu'à ce qu'ils intègrent le système de soins de droit commun.

Les Casspep, tout comme les unités mobiles, ont pour objectif d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de prostitution (hommes, femmes, transgenres). Les équipes mènent des actions de réduction des risques liés à la prostitution, délivrent des messages de prévention sur les infections sexuellement transmissibles, informent sur les droits et orientent vers le système de droit commun. La grande majorité des personnes avec qui Médecins du monde travaille sont immigrées (les plus vulnérables).

Le programme auprès des personnes transgenres en situation d'exclusion à Madrid a pour objectif d'améliorer leur état de santé. Les équipes proposent des consultations médicales et sociales et informent sur le système de droit commun.

Le projet « Dones del mon » de Palma de Majorque a pour objectif de promouvoir l'intégration des femmes immigrées dans la société. L'équipe mène auprès d'elles des actions de promotion de la santé pour renforcer leurs compétences et leur permettre d'atteindre le meilleur état de santé possible.

Le projet de médiation sanitaire interculturelle de Tolède a pour objectif d'améliorer la connaissance et la compréhension mutuelles entre professionnels de santé et immigrés. L'équipe mène des actions de médiation pour réduire les conflits pouvant survenir du fait de différences culturelles, linguistiques ou sociales et permettre des relations interpersonnelles entre eux.

L'accès aux soins en Espagne

Grâce à l'article 43 de la Constitution espagnole de 1978, le « droit à la protection de la santé de tous » est reconnu et le préambule de la loi générale sur la santé de 1986 le complète : « Tous les citoyens espagnols ainsi que les citoyens étrangers qui ont établi leur résidence dans le pays ont droit à la protection de leur santé et aux soins. »

Le système de santé national est financé par l'impôt et d'accès gratuit pour la grande majorité des Espagnols. La participation au coût des médicaments est de 40% (10% pour certaines maladies chroniques, les retraités et les personnes en incapacité temporaire) sauf dans certaines Communautés autonomes (comme celle de Valence, où les médicaments sont gratuits pour les personnes sans ressources, y compris les personnes sans autorisation de séjour).

La carte de sécurité sociale, délivrée à celles et ceux qui travaillent, à leurs ascendants et descendants directs, disparaît progressivement au profit de la carte individuelle de santé, dont peuvent bénéficier tous les résidents sans sécurité sociale mais avec des ressources faibles (égales ou inférieures au salaire minimum interprofessionnel, 624 € en 2009).

De grandes différences existent entre les Communautés autonomes dans la rapidité de traitement des demandes des cartes de santé et l'ampleur de la prise en charge des médicaments selon les ressources.

Les étrangers sans papiers

La carte individuelle de santé est délivrée aussi à ceux qui ne peuvent être inscrits à la Sécurité sociale par le travail, y compris les personnes sans autorisation de séjour. Les porteurs de cette carte ont le même accès aux soins que les citoyens espagnols et ont accès gratuitement au dépistage et au traitement du VIH dans tout le système national de santé.

Trois conditions sont nécessaires pour obtenir la carte individuelle de santé :

- disposer d'un document d'identité ;
- s'enregistrer au registre de la mairie locale (Padron) – sauf pour les femmes enceintes et les enfants ;

- disposer de ressources faibles (dans la plupart des régions).

Il s'agit là, malgré l'apparente simplicité, d'obstacles majeurs : en effet, un certain nombre de personnes n'ont plus de papiers officiels d'identité ; d'autre part, certains ont peur de s'enregistrer sur les listes de la commune, sachant que la police a un droit d'accès au registre depuis 2003.

Autre difficulté, la gestion des cartes de santé pour les sans-papiers est très différente d'une Communauté autonome à l'autre : dans certaines, il faut moins de deux mois pour l'obtenir, dans d'autres plus de sept mois. Certaines régions ont créé un système alternatif pour octroyer la carte de santé aux sans-papiers sans nécessité d'inscription sur le registre local (Andalousie, la Communauté de Valence et Murcie).

Les enfants de sans-papiers

Les enfants de sans-papiers (moins de 18 ans) n'ont, eux, pas besoin d'être enregistrés au registre local pour obtenir la carte de santé. Ils ont le même accès aux soins que les nationaux (accès gratuit dans le système national de santé). La scolarité est obligatoire jusqu'à 16 ans quel que soit le statut.

Les citoyens européens sans ressources suffisantes et sans couverture maladie

Les étrangers communautaires qui résident en Espagne de manière prolongée et qui n'ont ni ressources financières suffisantes ni assurance maladie peuvent bénéficier gratuitement de soins de santé s'ils sont titulaires de la carte de santé individuelle (aux mêmes conditions d'obtention que les nationaux ou sans-papiers). En général, une déclaration sur l'honneur peut être suffisante pour prouver la précarité économique. Certaines régions comme la Communauté de Valence et la région de Castille-La Manche exigent que le communautaire présente un document officiel délivré par l'autorité de son pays d'origine certifiant qu'il n'y a pas de couverture maladie et que ce n'est pas par choix (c'est-à-dire qu'il n'a pas renoncé de lui-même au bénéfice d'une couverture maladie). Au-delà de trois mois de présence en Espagne, les communautaires doivent s'inscrire au registre central des étrangers.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

La législation espagnole (article 45-4 B du décret royal 2393/2004, du 30 décembre 2004) prévoit la possibilité de donner une autorisation temporaire de séjour pour raison humanitaire, d'une durée d'un an (renouvelable tous les ans), aux étrangers « souffrant d'une maladie grave survenue en Espagne qui requiert une assistance sanitaire spécialisée, d'accès impossible dans leur pays d'origine et dont le fait de l'interrompre ou de ne pas la recevoir entraîne un risque grave pour la santé ou la vie ».

Afin de prouver la nécessité de cette assistance sanitaire il faut un certificat médical délivré par les autorités locales de santé qui précise aussi le manque de traitement dans le pays d'origine. Toutefois, il est souvent difficile de prouver le nonaccès aux soins dans le pays d'origine et les procédures sont complexes (extrait de casier judiciaire demandé...) pour l'obtention de la protection, ce qui peut rendre l'obtention du permis de séjour malaisé.

Par ailleurs, les femmes enceintes sont protégées des expulsions qui pourraient nuire à leur santé ou à celle du fœtus.

EN FRANCE (FR)

L'enquête a porté sur 199 personnes, interrogées dans trois des plus importants centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde :

- 72 personnes enquêtées à Saint-Denis (avec un taux de refus de 18 %) ;
- 71 personnes enquêtées à Paris (avec un taux de refus de 9 % seulement) ;
- 56 personnes enquêtées à Lyon (avec un taux de refus de 47 %).

Au total, le taux de refus parmi les personnes contactées en France est de 26 %. Les principales raisons à ce refus résident dans la barrière linguistique (pour 55 % des personnes concernées), le manque de temps (pour 28 %) et l'absence d'envie de participer (7 %).

Les Casos sont ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins et ont pour objectif de soulager la souffrance et d'orienter dès que possible les personnes vers le système de soins de droit commun. Ils mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui accueillent les patients sans imposer de contraintes, et travaillent avec eux à la récupération de leurs droits pour accéder au dispositif public de soins. Des médecins généralistes et spécialistes se relaient pour assurer les consultations médicales. Des infirmières prodiguent des soins et mènent une partie des actions de prévention. Des travailleurs sociaux ou accueillants s'assurent de l'accès aux droits de chaque personne.

Des actions de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et de la tuberculose font également partie du travail des Casos. Les centres sont souvent le premier lieu fréquenté par les personnes en situation d'exclusion qui ne connaissent ni leurs droits à une couverture maladie ni le fonctionnement du système de soins

L'accès aux soins en France

Le système de santé français est financé par les contributions et les impôts. La Sécurité sociale/ couverture maladie est basée sur un système où « chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Elle couvre environ 65 % des dépenses de soins. Toute personne résidant en France (avec autorisation de séjour et de façon stable) y a droit – gratuitement pour les personnes à faibles ressources (couverture maladie universelle ou CMU de base). Pour les 35% restants, des couvertures santé complémentaires privées existent, dont certaines à but non lucratif (mutuelles).

Les personnes à faibles ressources (au-dessous de 621 euros/mois) ont droit à une couverture santé à 100%, la CMU complémentaire.

Les demandeurs d'asile peuvent obtenir la sécurité sociale dès leur arrivée sur le territoire et, selon leurs ressources, la CMU complémentaire.

Si les départements d'outre-mer bénéficient des mêmes lois, l'application des celles-ci est parfois très différente, comme on peut le constater par exemple en Guyane, où l'accès à une couverture maladie pour les sans-papiers et à la protection des étrangers malades reste difficile.

Dans les communautés d'outre-mer, comme Mayotte, il est difficile de savoir quels textes sont censés s'appliquer et on observe des cas de non-respect des droits fondamentaux, en particulier en ce qui concerne l'accès à une identité officielle et la protection du droit de vivre en famille (des parents sont expulsés, les enfants restant seuls sur l'île). Jusqu'en 2005, date de la mise en place de la Sécurité sociale, l'accès aux soins était gratuit pour tous. Depuis, le système a créé une distinction entre les affiliés, pour lesquels les soins restent gratuits et les non-affiliés, qui doivent payer un forfait. Ces forfaits s'appliquent également aux mineurs. Dans les deux cas – Guyane et Mayotte – on observe également des conditions de vie indignes et dangereuses dans les bidonvilles, malgré les recommandations de l'Institut national de veille sanitaire pour la lutte contre la dengue ou le chikungunya.

Les étrangers sans papiers

Toute personne résidant en France sans autorisation de séjour depuis plus de trois mois et qui a des ressources inférieures à 621 euros par mois a droit à l'aide médicale d'Etat (AME). Elle a alors accès aux soins avec une prise en charge à 100 %, sans devoir faire d'avance de frais - mais la prise en charge est notoirement insuffisante pour toutes les prothèses (dentaire, optique, etc.). L'AME est valable pour une année et doit être renouvelée chaque année, ce qui veut dire que les mêmes documents devront être présentés pour le renouvellement.

Les sans-papiers qui ne peuvent pas prouver leur résidence de plus de trois mois ont droit à une prise en charge hospitalière pour les soins réputés urgents (grossesses, IVG, etc.).

Les enfants de sans-papiers et les mineurs non accompagnés

Les mineurs enfants de sans-papiers (les mineurs ne peuvent pas être considérés comme sans-papiers) sont exemptés de la durée minimale de séjour de trois mois (grâce à une plainte des associations). Les mineurs non accompagnés doivent être placés sous la protection d'un juge pour enfants et de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) : ils ont alors accès à la Sécurité sociale et à la CMU complémentaire (prise en charge à 100 %).

Les citoyens européens sans ressources suffisantes et sans couverture maladie

Les citoyens communautaires, selon la directive européenne 2004/38/CE sur le « droit à la libre circulation et au séjour des citoyens européens » d'une part et le « code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile » d'autre part, ont un droit au séjour qui s'apprécie en fonction de la catégorie à laquelle ils appartiennent (travailleurs, étudiants, inactifs). Les limites du droit au séjour à une période de trois mois des citoyens européens s'appliquent pour les ressortissants communautaires inactifs et pour les étudiants, qui ne sont considérés comme réguliers que s'ils possèdent une assurance maladie valide et ont des ressources financières suffisantes pour ne pas être une charge « irraisonnable » pour le système d'assistance sociale. Les ressortissants communautaires sans ressources et sans couverture maladie perdent donc leur autorisation de séjour au-delà des trois mois de libre circulation et peuvent alors obtenir l'aide médicale d'Etat, comme les autres sans-papiers.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

La carte de séjour « vie privée et familiale », d'une durée d'un an renouvelable, est accordée à l'« étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » (article L.313-11 11^e alinéa du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin-inspecteur de santé publique compétent au regard du lieu de résidence de l'intéressé.

L'étranger malade doit obtenir un rapport médical complet sur son état de santé de la part d'un praticien hospitalier ou d'un médecin agréé. Par ailleurs, tous les renseignements concernant le nonaccès aux traitements dans son pays d'origine sont utiles.

Le ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire a mis en ligne sur son intranet à destination des préfets et des médecins-inspecteurs de santé publique (sur le site intranet du ministère de la Santé) des fiches donnant des informations souvent erronées et partielles, voire partiales, sur les traitements médicaux dans 28 pays.

Les deux problèmes principaux sont :

- la rupture du secret médical, les préfets demandant aux médecins de leur donner le type de traitement nécessaire pour vérifier sur les fiches si l'étranger peut être expulsé ou non ;
- la non-prise en compte, avec ce nouveau système, de l'accessibilité effective du traitement : les fiches par pays ne signalent que l'existence des traitements (même si, par exemple, un traitement pour une maladie précise n'existe que dans un seul hôpital ou clinique privée et n'est accessible qu'aux plus hauts dignitaires).

Cette loi protégeant les étrangers gravement malades depuis 1998 a cependant permis de sauver de nombreuses vies et reste un modèle au niveau européen, après avoir fait la preuve qu'il n'y avait pas d'« appel d'air » de malades étrangers en France à cause de la loi : en effet, l'augmentation régulière du nombre de titres de séjour accordés tient au fait qu'il s'agit de pathologies chroniques et que les titres de séjour sont donc renouvelés d'année en année.

EN GRECE (EL)

L'enquête porte sur 118 personnes consultant dans 2 polycliniques de Médecins du monde :

- 68 enquêtés à Thessalonique
- 50 enquêtés à Athènes

Les sans-papiers n'ayant pas répondu à l'enquête sont principalement des personnes qui n'ont pu être interrogées du fait de problèmes linguistiques.

Au sein des polycliniques, les équipes composées de médecins, d'infirmières, d'accueillants et de psychologues délivrent des soins et apportent un soutien social à toute personne qui n'a pas accès au système national de santé, personnes sans ressources, sans couverture santé, sans-domicile, Rroms migrants, demandeurs d'asile, sans-papiers...

L'accès aux soins en Grèce

Le système de santé national a été établi en 1983. L'ensemble des salariés est couvert par une assurance maladie obligatoire. Il est décentralisé en centres de soins primaires, hôpitaux de district et régionaux. Le financement des services de santé se fait par les contributions et les subventions d'Etat.

L'accès aux consultations est gratuit dans le système de santé national ; en revanche, 25 % du montant des médicaments reste à la charge du patient.

L'aide sociale couvre les Grecs en situation de pauvreté (ressources inférieures à 300 euros par mois), au chômage ou non assurés de plus de 29 ans, ainsi que les plus de 65 ans (qui n'ont pas travaillé ou trop peu pour être couverts) et les personnes à besoins spéciaux ou avec handicap : à condition d'avoir des documents d'identité, ils obtiennent alors un livret de soins permettant l'accès gratuit aux soins et aux traitements.

Les demandeurs d'asile ont les mêmes droits que les nationaux à condition de pouvoir prouver leur statut, ce qui est difficile à faire au début de la procédure.

Les personnes entrant en Grèce de façon illégale sont le plus souvent enfermées dans des centres où elles ne sont pas informées de leurs droits : elles sont donc en grande difficulté pour déposer leur demande d'asile. Le taux d'accord du statut de réfugié en Grèce est le plus bas d'Europe (0,04 % en première instance et 2,05 % en appel en 2007, d'après l'agence des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) versus, par exemple, 34 % en première instance au Royaume-Uni et 24 % en appel).

Les étrangers sans papiers

Les étrangers sans papiers ne peuvent accéder aux soins de santé que dans les cas d'urgence et jusqu'à ce que leur état soit stabilisé. Depuis 2001, une loi interdit aux institutions publiques d'apporter leur aide aux personnes qui ne peuvent pas prouver qu'elles ont une autorisation de séjour en Grèce ; toutefois, cela ne s'applique pas aux hôpitaux et aux cliniques lorsqu'il s'agit de mineurs ou de personnes sans papiers qui doivent être hospitalisées.

Le VIH et les autres maladies infectieuses ainsi que les accouchements sont normalement considérés comme des urgences.

Les enfants de sans-papiers

Les soins et les hospitalisations pour les enfants sont gratuits de par la loi qui les protège mais dans la pratique cela reste difficile.

Les citoyens européens sans ressources suffisantes et sans couverture maladie

Les citoyens communautaires qui résident en Grèce depuis moins de trois mois peuvent être pris en charge par le biais de la carte européenne d'assurance maladie. S'ils n'ont pas d'assurance maladie, ils devront prendre en charge eux-mêmes les prestations dont ils bénéficient. S'ils obtiennent une autorisation de séjour alors même qu'ils sont pauvres et sans assurance maladie, ils pourront demander à bénéficier du livret de soins donnant un accès gratuit au système de santé.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Tout étranger sans papiers se trouvant sur le territoire grec et dont toute mesure d'expulsion ne pourrait être rendue possible pour raison médicale, pourra bénéficier d'une autorisation de séjour temporaire (Art. 37(4) (a) de la loi 2910/2001). De la même manière, les femmes enceintes sans papiers ne peuvent être expulsées du territoire grec pendant la durée de leur grossesse et les six mois suivant l'accouchement (Art. 79(1) de la loi 3386/2005).

La loi grecque prévoit des autorisations de séjour pour raison humanitaire d'un an renouvelable pour les sans-papiers gravement malades à condition qu'ils aient déjà eu une autorisation de séjour auparavant. Il faut fournir un certificat médical d'un hôpital public ou dépendant d'une des caisses de Sécurité sociale confirmant l'existence de sérieux problèmes de santé et indiquant la durée du traitement.

Dans la pratique, les personnes ne sont pas toujours expulsées mais elles n'obtiennent pas pour autant de titre de séjour.

EN BELGIQUE (BE)

112 personnes ont été interrogées au sein du centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde à Bruxelles. Elles représentent 44 % des personnes sans papiers qui se sont présentées dans le centre les jours d'enquête. Les raisons de non-réponse à l'enquête sont principalement des raisons linguistiques (16 %) ou de manque de temps (12 %). Le taux de refus des personnes contactées n'est que de 10 %.

Le Caso de Bruxelles prend en charge toute personne n'ayant pas accès aux soins afin d'expliquer et de proposer les démarches administratives nécessaires à une couverture maladie. Il mobilise une équipe pluridisciplinaire composée d'accueillants, de médecins, de psychologues et de travailleurs sociaux, qui assurent les soins pendant la durée des démarches. L'équipe assure également des consultations à plus long terme pour les personnes qui n'ont aucune possibilité d'accéder aux soins en Belgique.

L'accès aux soins en Belgique

La Belgique a un système d'assurance médicale nationale et obligatoire géré par six fonds privés non lucratifs d'assurance maladie. Les compétences sont partagées entre le gouvernement fédéral (compétent par exemple pour l'assurance obligatoire) et les différents Etats.

L'avance des frais est la règle, avec un remboursement par la suite de la part prise en charge par l'assurance maladie invalidité (55 à 75 %). Les médicaments sont répartis en six catégories selon leur efficacité thérapeutique avec des niveaux de remboursement qui en dépendent, certains, comme les traitements VIH/sida, étant pris en charge à 100%.

Quand un patient est couvert par la mutuelle (l'assurance de soins obligatoire), les avances de frais et les remboursements s'effectuent des manières suivantes :

- pour les consultations médicales : soit il avance la totalité et se fait rembourser la partie prise en charge par la Sécurité sociale, soit il ne paie que le tiers payant (selon le médecin) ;
- pour les médicaments : il ne paie généralement que le tiers payant, mais il existe plusieurs niveaux de remboursement (au-delà des six catégories) selon le statut de la personne : le niveau standard et un niveau de

remboursement « supérieur » pour les personnes handicapées ou les personnes dépendant d'un centre public d'action sociale (CPAS) ;

- pour les hospitalisations : il reçoit une facture de la seule partie qui reste à sa charge.

Il existe en Belgique des assurances complémentaires à la mutuelle de base. Les plus courantes sont des assurances pour les hospitalisations, qui prennent en charge une partie des frais d'hospitalisation et en réduisent la facture. Ce ne sont pas des assurances obligatoires.

Il existe quelques modèles d'assurances complémentaires couvrant tous les frais de santé non couverts par la mutuelle de base (consultations, examens complémentaires, hospitalisations, médicaments, dentisterie...) mais elles sont rares, très chères et souvent proposées par des pays étrangers, comme la France, aux expatriés vivant en Belgique qui ne sont pas habitués à payer une partie des soins de santé.

En outre, en ce qui concerne la prévention et le dépistage des IST et du VIH, il n'existe que deux centres de dépistages anonymes et gratuits en Belgique (à Bruxelles et à Anvers).

Les demandeurs d'asile

Ils ont droit gratuitement à un accompagnement social, juridique, médical et psychologique. Mais Fedasil, l'organisme fédéral chargé de l'accueil et de l'aide matérielle aux demandeurs d'asile, n'arrive plus, actuellement, à assurer l'accueil de tous les demandeurs d'asile dans les centres au début de leur parcours. Les demandeurs d'asile sont donc plutôt référés vers les structures de sans-abri, qui ne sont pas adaptées à ce public. Les personnes résidant en dehors d'un centre ouvert ont le libre choix du prestataire de soins. En principe, il suffit de montrer au prestataire le document remis par l'Office des étrangers dans le cadre de la demande d'asile afin d'établir le droit aux soins. Ensuite, le prestataire de soins est censé contacter la cellule « frais médicaux » de Fedasil afin d'obtenir l'accord pour la prise en charge financière (délivrance d'un réquisitoire qui garantit le paiement du soin donné). Il suffit alors qu'il envoie sa facture à Fedasil pour obtenir le remboursement...

Les étrangers sans papiers

Les sans-papiers vivant en Belgique qui ont besoin de soins médicaux et qui sont « indigents » peuvent, depuis 1996, faire une demande pour obtenir l'aide médicale urgente (AMU) auprès du centre public d'action sociale (CPAS) dont ils relèvent.

Le manque de connaissance du système administratif est aggravé par le fait que chaque CPAS, étant une institution sous autorité communale, est libre de suivre une politique individuelle par rapport à l'AMU et de mettre en place des procédures administratives différentes. Cela cause surtout des problèmes dans la région bruxelloise, où 19 CPAS sont concentrés sur un territoire relativement petit avec une densité importante. Chaque CPAS a sa propre attestation AMU à faire remplir par le médecin et applique des critères spécifiques pour décider si quelqu'un y a droit ou non. La plupart des prestataires de soins, de leur côté, exigent que le patient présente d'abord une prise en charge de la part du CPAS, ce qui conduit à un cercle vicieux qui ne peut être brisé sans la bonne volonté d'au moins un des deux acteurs.

Chaque CPAS a aussi ses propres définitions du degré d'indigence (somme mensuelle maximale, le fait de payer un loyer...) et en plus chaque fonctionnaire à sa propre interprétation.

Pour obtenir une AMU, il faut :

- obtenir une attestation médicale indiquant le besoin de l'AMU ;
- savoir où s'adresser et obtenir un rendez-vous ;
- pouvoir recevoir à domicile la visite de contrôle (domicile et indigence) d'un employé du CPAS (ce qui est particulièrement délicat pour toutes les personnes hébergées).

Les délais d'obtention de l'AMU ainsi que sa durée de validité varient d'un CPAS à l'autre. Cela oblige les personnes à faire renouveler fréquemment leur AMU, constituant ainsi un frein aux soins préventifs de façon générale et pouvant entraîner des non-recours aux soins.

Les enfants de sans-papiers et les mineurs non accompagnés

Tous les enfants jusqu'à 6 ans ont droit à un accès gratuit aux soins préventifs (dont les vaccinations) à l'Office de la naissance et de l'enfance. Les enfants de sans-papiers ont droit au même titre que les adultes à des soins de santé par le biais de l'AMU mais ils sont soumis aux mêmes conditions d'accès (certificat médical et visite à domicile).

Depuis 2008, les mineurs étrangers non accompagnés bénéficient des mêmes droits à l'assurance santé que les nationaux, à condition qu'ils soient inscrits dans un établissement scolaire depuis trois mois (sauf exemption d'obligation scolaire).

Les citoyens européens sans ressources suffisantes et sans couverture maladie

Si un communautaire n'a pas assez de ressources financières et n'a pas d'assurance maladie, son séjour en Belgique au-delà de trois mois ne sera plus considéré comme autorisé; il ne pourra obtenir que des soins d'urgence. Il pourra demander à bénéficier de l'aide médicale urgente. Le CPAS, après vérification dans le pays d'origine, conclut au fait que la personne ne bénéficie plus d'une assurance dans son pays d'origine une fois qu'elle a séjourné plus d'un an en Belgique.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

« L'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner » en Belgique pour plus de trois mois. Il lui faut fournir un certificat médical et la preuve de son adresse. Si la demande est jugée recevable puis fondée, cela donne droit à une autorisation de séjour de un an renouvelable, qui donne accès aux droits des résidents en situation régulière (aide sociale, etc.).

Durant la phase de recevabilité, l'Office des étrangers décide du fond de la demande: il se peut alors que la personne reçoive l'autorisation de rester encore quinze jours, deux mois... en fonction du besoin médical. Ce n'est qu'en cas d'une maladie chronique (VIH, diabète, schizophrénie) qu'une attestation pour un an est délivrée. Après cinq ans de séjour pour raison médicale, la personne reçoit un titre de séjour à durée illimitée.

AU ROYAUME-UNI (UK)

108 personnes ont été interrogées à Londres. L'enquête s'est tenue dans le centre d'accueil, de soins et d'orientation qui s'adresse en grande partie à des personnes immigrées. Elle a été également menée au sein du New North London Synagogue (NNLS), où 7 personnes ont été interrogées. Sur l'ensemble des personnes contactées, 25% ont refusé de répondre à l'enquête, majoritairement par manque de temps.

Le centre de soins gratuits du Project London de Médecins du monde a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et de leur favoriser l'accès au système national de santé. Une équipe pluridisciplinaire délivre des soins infirmiers, des consultations médicales ainsi que des consultations sociales et s'assure de l'inscription de chaque personne chez un médecin généraliste, porte d'entrée du système.

La NNLS est un lieu socialisant destiné principalement aux demandeurs d'asile. Un accueil proposant des consultations avec des avocats – mais aussi de la nourriture, un vestiaire... – est organisé un dimanche par mois. Il n'y a pas de consultations médicales.

L'accès aux soins au Royaume-Uni

Le système de santé au Royaume-Uni est financé en grande partie par les impôts et est fondé sur un accès gratuit à tous aux soins de santé. L'accès au système de santé est basé sur la résidence et non sur la nationalité, toute personne ordinairement résidant au Royaume-Uni peut donc accéder à des soins médicaux. Toute personne doit pouvoir s'enregistrer chez un médecin généraliste se trouvant à proximité de son lieu de résidence.

Le médecin généraliste est, avec les services d'urgence, la porte d'entrée pour les soins secondaires. Il est toutefois parfois difficile de pouvoir s'enregistrer chez un médecin généraliste à cause des complications administratives (preuve de domicile, passeport...). Il existe des hôpitaux publics et des structures privées.

Certaines structures de soins sont d'accès gratuit pour tous (quel que soit le statut) : les urgences, les centres de planning familial, les dispensaires ouverts (*Walk-in Centers*) pour les soins assimilables aux urgences ;

Les soins concernant certaines pathologies comme les infections sexuellement transmissibles, les maladies infectieuses (hormis le VIH/sida), les pathologies mentales des patients dangereux pour eux-mêmes et pour leur environnement, ainsi qu'une liste de 35 pathologies (hépatites, méningites, Sras, etc.) sont entièrement gratuits. Pour le reste, si la consultation médicale est gratuite, un copaiement de 7,3 euros est prévu pour les médicaments prescrits.

Les demandeurs d'asile sont inscrits au système national de santé comme les nationaux.

Les étrangers sans papiers

Depuis l'amendement du 1^{er} avril 2004 de la loi de 1977 sur les services médicaux, la définition de « résidence ordinaire » a été réduite à « résidence autorisée » et de nouvelles règles ont stipulé que les sans-papiers n'avaient plus droit aux traitements hospitaliers sans payer.

L'enregistrement chez un médecin généraliste reste possible, au bon vouloir du médecin. En revanche, tous les examens complémentaires et soins de deuxième ligne sont payants à l'hôpital, où des officiers de recouvrement des coûts auprès des étrangers s'assurent, jusqu'au harcèlement, de la récupération des sommes dues.

C'est ainsi que les soins prénataux, accouchements et soins postnataux sont à la charge des familles, entraînant des non-recours fréquents. Souvent, le paiement est demandé avant l'accès aux soins.

Enfin, si les traitements pour les maladies infectieuses sont entièrement gratuits, il faut noter l'exception du VIH/sida, qui a été sorti de la liste.

Les enfants de sans-papiers

Aucune protection spécifique n'est prévue pour les enfants, qui sont donc soumis aux mêmes limitations que leurs parents. Pour inscrire un enfant chez un médecin généraliste, il faut d'abord que le parent se soit inscrit, ce qui est une difficulté supplémentaire. Par conséquent, l'enfant a accès à des soins de première ligne gratuits, s'il est enregistré chez un généraliste, et à des soins entièrement payants pour les soins secondaires.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Un article de la loi sur l'immigration de 1971 (art.3-1b) prévoit la possibilité d'une autorisation de séjour discrétionnaire et exceptionnelle. Il peut être utilisé pour raison médicale, à condition d'avoir pu prouver la non-existence du traitement (et non pas la non-accessibilité) dans le pays d'origine.

AUX PAYS-BAS (NL)

103 questionnaires ont été réalisés dans 10 villes et dans 21 structures partenaires de MDM, permettant ainsi de diversifier le profil des répondants :

- à Amsterdam (62 enquêtés), dans les structures suivantes: une association s'adressant à des travailleurs domestiques philippins (Filipino UM DWsNL), Het Kerkhuis, Stichting Sikaman, ASKV, De Open Deur, Centrum 45, Casa Migrante, Wereldpand, Het Wereldhuis ;
- à Den-Haag (6 enquêtés) : programme Paardenberg, programme Oase Stek ;
- à Rotterdam (6 enquêtés) : programme ROS ;
- à Haarlem (3 enquêtés) : programme Stem in de Stad, programme De Huiskamer ;
- à Utrecht (10 enquêtés) : programme STIL, programme Huize Agnes ;
- à Leidschendam (2 enquêtés) : programme Stichting Noodopvang ;
- à Tilburg (2 enquêtés) : programme VLOT ;
- à Eindhoven (10 enquêtés) : programme Vluchtelingen in de Knel ;
- à Arnhem (1 enquêté) : programme de médecine générale Blankenspoor.
- à Leiden (1 enquêté) : programme Fabel van de Illegaal.

La très grande majorité des sites d'enquête ne propose aucun service médical mais développe des actions dans le domaine social (cours de langues, Internet, lieu de rencontre autour d'un café, cuisine, soutien spirituel...) en direction des immigrés (avec ou sans autorisation de séjour).

Notons quelques spécificités : Het Kerkhuis et Het Wereldhuis à Amsterdam s'adressent en particulier à des immigrés d'Afrique de l'Ouest tandis que Filipino UMDWs NL est spécialisé dans l'accueil des Philippins. Huize Agnes à Utrecht accueille des femmes victimes de violences conjugales ou de trafic.

L'enquête a été menée dans le cadre du projet MEDOC de Médecins du monde qui vise à améliorer l'accès aux soins des personnes sans papiers aux Pays-Bas. L'action consiste en des entretiens médicaux durant lesquels est délivrée aux personnes une information individualisée sur leurs droits et sur le système de santé néerlandais. MDM les aide en cas de difficultés d'accès aux soins et leur délivre un MEDOC (document médical), carnet de santé comportant leurs antécédents médicaux et leur parcours de soins. Ce document (qui explique aussi le système de prise en charge des soins) peut être présenté à tout professionnel de santé lors de chaque épisode de soins et facilite ainsi leur accès aux consultations. L'équipe travaille en collaboration avec des structures partenaires, en se rendant dans leurs lieux d'accueil.

L'accès aux soins aux Pays-Bas

Depuis la réforme de janvier 2006, une assurance maladie est obligatoire pour toute personne vivant aux Pays-Bas. Cette assurance maladie couvre un panier standard de soins. L'assuré paie environ 90 euros par mois et l'assureur rembourse les dépenses de soins de santé. Les mineurs (moins de 18 ans) sont assurés gratuitement. Les personnes à bas revenus peuvent obtenir une allocation mensuelle de santé afin de les aider à payer leur prime d'assurance.

Il est prévu de pouvoir opter pour un « risque personnel déductible », permettant de payer des primes réduites mais laissant une franchise importante lors d'un recours aux soins. Un remboursement d'une partie des primes d'assurance est prévu en cas de non-consommation de soins (ce qui ne concerne pas les consultations de médecins généralistes, le suivi de grossesse, les soins dentaires pour les jeunes de moins de 22 ans ou les maladies chroniques).

Pour les autres soins non inclus dans le panier de soins, comme les soins dentaires pour adultes, les assurés peuvent prendre une assurance complémentaire, ou ils paieront la totalité des coûts. Les assurances ont pour partie organisé des filières de soins : si le patient ne les utilise pas il sera moins bien remboursé. D'autres assurances, plus chères, laissent le choix des professionnels de santé au patient.

Les médecins généralistes sont la porte d'entrée dans le système de soins et ils ont accès au dossier médical de chaque patient.

Depuis cette réforme de 2006, les Pays-Bas ont vu croître le nombre de personnes sans assurance maladie. Par ailleurs, depuis une loi de 1998, le droit à l'assurance maladie (comme aux autres prestations sociales) est lié au statut légal de séjour. Mais toutes les personnes résidant aux Pays-Bas ont au moins droit aux « soins médicalement nécessaires ».

Les demandeurs d'asile

La couverture santé pour les demandeurs d'asile est plus ou moins la même que l'assurance ordinaire de base (avec des exceptions, comme la procréation médicalement assistée, les opérations de changement de genre...). Les demandeurs d'asile ne peuvent pas s'assurer eux-mêmes pour leurs soins de santé, étant donné que c'est l'Etat qui est responsable pour eux. Depuis le 1^{er} janvier 2009, le COA (organisation en charge au ministère de la Justice des soins pour les demandeurs d'asile) a signé un contrat avec Menzis (pour organiser les soins curatifs) et avec le système national de santé des Pays-Bas (pour organiser les soins de santé publique).

Les étrangers sans papiers

Les étrangers sans papiers n'ont plus droit à l'assurance maladie depuis la loi de 1998.

Ils ont droit aux soins ou traitements médicalement nécessaires, ce qui inclut les pathologies infectieuses. Le terme « médicalement nécessaire » concerne :

- les situations mettant en danger la vie du malade ;
- les situations de perte permanente des fonctions essentielles ;
- les maladies contagieuses et troubles psychologiques pouvant avoir pour conséquence des comportements agressifs ;
- le suivi pré et postnatal ;
- la prévention et la vaccination des enfants ;
- les situations où un professionnel de santé considère le traitement médicalement nécessaire et approprié, ce qui correspond habituellement au panier de soins de l'assurance maladie obligatoire.

Le gouvernement néerlandais avait mis en place, jusqu'à fin 2008 (période pendant laquelle l'enquête présentée dans ce rapport a été menée) un fonds spécial (*Koppelingsfonds*) pour les sans-papiers ne pouvant pas payer les soins qu'ils recevaient. Ce fonds remboursait les frais engagés par les médecins généralistes, les sages-femmes, les pharmaciens et les dentistes qui en faisaient la demande (à condition qu'ils soient au courant de l'existence du fonds). Pour les soins de deuxième ligne, les hôpitaux pouvaient utiliser un budget réservé aux « débiteurs douteux ». Dans tous les cas (soins primaires et secondaires), les patients devaient payer une partie des coûts. Lorsque le paiement était impossible, les professionnels de santé (généralistes, dentistes, infirmières) pouvaient envoyer la facture au *Koppelingsfonds*. Pour les soins secondaires, les hôpitaux décidaient d'utiliser ou non ce mécanisme. Le mode de recouvrement de la facture était fortement dépendant du médecin ou de l'hôpital.

A partir de janvier 2009, le gouvernement néerlandais a mis en place un nouveau règlement financier au sein de la loi d'assurance maladie. Les étrangers sans papiers ont toujours la responsabilité de payer les soins qu'ils reçoivent. Lorsqu'ils ne peuvent pas payer, les professionnels et les institutions de soins peuvent recevoir une compensation partielle pour les coûts irrécupérables. Cela s'applique à la fois à la première, la deuxième et la troisième ligne de soins. Ce système financier remplace le fonds spécial de première ligne, *Koppelingsfonds*, ainsi que le fonds pour les débiteurs douteux des hôpitaux (pour les seuls patients sans papiers). Dans ce nouveau système les professionnels de santé reçoivent moins de compensation pour les coûts à l'exception des sages-femmes, qui reçoivent toujours 100%. Dans chaque région (26 au total) seuls un hôpital et une pharmacie sont sous contrat avec l'institution responsable pour mettre en œuvre le nouveau règlement applicable à tous les soins des sans-papiers.

Depuis cette nouvelle loi, Médecins du monde constate des problèmes croissants, particulièrement en termes d'accès aux soins dentaires et d'accessibilité des pharmacies (une seule par région).

Les enfants de sans-papiers

Les enfants de sans-papiers ont droit, comme leurs parents, aux soins de santé médicalement nécessaires. En revanche, en ce qui concerne les vaccinations et les soins préventifs, ils ont le même accès gratuit aux soins que les mineurs nationaux.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Les étrangers sans papiers atteints de tuberculose peuvent obtenir un départ différé, ainsi que les femmes enceintes (pas d'expulsion par avion six semaines avant et après l'accouchement) et les étrangers (ou un membre de leur famille) trop malades pour voyager. Tout doit être attesté par un certificat médical.

Les étrangers gravement malades peuvent obtenir une autorisation de séjour temporaire pour cinq ans maximum (ou moins) selon la durée nécessaire de traitement. La demande doit être adressée aux services d'immigration qui demandent au Bureau de conseil médical d'émettre un rapport médical sur le patient concerné. Ce rapport établit l'urgence de la situation médicale et si le traitement peut être suivi dans le pays d'origine (en fait, c'est l'existence du traitement qui est le plus souvent considérée au lieu de l'accès effectif). Les frais de demande de permis de séjour s'élèvent à 331 euros. Par ailleurs, un passeport et un visa temporaire peuvent être exigés. Des demandes successives peuvent être introduites s'il est prouvé que le traitement doit être poursuivi et qu'il est plus adapté et nécessaire de rester aux Pays-Bas

EN SUEDE (SE)

L'échantillon comprend 103 personnes interrogées à Stockholm dans le centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du monde, ouvert une soirée par semaine pour les immigrés sans autorisation de séjour. Seules 20% des personnes contactées n'ont pas répondu à l'enquête – principalement par manque de motivation ou pour des questions linguistiques.

Le programme a pour objectif d'alerter l'opinion et les autorités sur le manque d'accès aux soins des sans-papiers et d'encourager le gouvernement suédois à permettre le même accès aux soins à toute personne vivant sur le territoire, quel que soit son statut administratif. L'équipe, composée de médecins, d'infirmières, de sages-femmes, de dentistes, de psychologues, de kinésithérapeutes et de juristes répond aux besoins des sans-papiers, en délivrant des consultations médicales et des traitements, un suivi et des orientations pour les femmes enceintes, mais aussi des conseils juridiques.

L'accès aux soins en Suède

La Suède a un système national de santé couvrant toute la population fondé sur les principes de libre choix des professionnels de santé et d'égalité dans l'accès aux soins. Il est financé par les impôts. La santé est sous la responsabilité partagée de l'Etat, des 21 conseils régionaux et des municipalités.

Les soins de santé sont soumis, pour les adultes, à des plafonds annuels d'environ 100 euros pour les consultations médicales et 200 euros pour les médicaments.

Les enfants des demandeurs d'asile ont les mêmes droits d'accès aux soins que les nationaux.

Les adultes demandeurs d'asile n'ont droit qu'aux soins qui ne peuvent être repoussés. L'interprétation est très restrictive puisque dans la plupart des cas seuls les soins d'urgence sont prodigués et non pas le suivi de pathologies chroniques graves, comme on pourrait le penser. C'est pourquoi certaines régions aujourd'hui examinent les cas individuels.

Il faut obtenir un numéro d'identification afin de bénéficier des services de santé.

Les étrangers sans papiers

Les sans-papiers n'étaient pas cités dans les lois de santé jusqu'en mai 2008, où ils sont cités dans les textes annexes de préparation de la loi. Ils sont exclus de l'accès aux soins de santé, sauf s'ils payent tous les frais, ce qui est impossible pour la grande majorité. La pression de la société civile (associations et professionnels de santé) a empêché les autorités de faire une loi qui interdirait formellement l'offre de soins aux sans-papiers.

Pour avoir accès aux soins de santé, les étrangers doivent obtenir un numéro d'identification, ce qui est impossible pour les sans-papiers. Ils doivent donc payer tous les frais y compris pour les soins d'urgence. Toutefois, une partie des professionnels de santé passe outre, pour des raisons d'humanité et de santé publique.

Les enfants de sans-papiers

Seuls les enfants de sans-papiers qui avaient été enregistrés comme demandeurs d'asile puis déboutés ont accès aux soins dans les mêmes conditions que les nationaux, mais ce droit n'est inscrit que dans le texte de proposition de loi (2008 : 344) et non pas dans le texte voté. Néanmoins, il devrait guider l'interprétation de la loi.

En revanche, les enfants de sans-papiers qui n'ont pas été demandeurs d'asile n'ont pas plus d'accès légal aux soins que les adultes. Ils doivent payer intégralement le coût des soins reçus. Là encore, une partie des professionnels de santé passe outre pour des raisons d'humanité et de santé publique.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Il est dit dans la loi suédoise sur les étrangers (Aliens Act 716/05) qu'un permis de résidence peut être accordé à un étranger après une évaluation globale de sa situation. S'il est établi que les circonstances sont exceptionnellement pénibles (en tenant compte notamment de son état de santé), il devrait être autorisé à rester en Suède.

La loi sur les étrangers stipule que si un ordre d'expulsion ou un refus d'entrée est « final et sans appel », le Bureau suédois des migrations peut ne pas l'exécuter si des raisons médicales ou d'autres raisons spéciales le rendent inexécutable. La durée du permis de séjour accordé dépendra du caractère permanent ou temporaire des raisons le justifiant.

En réalité, il est très difficile d'obtenir une autorisation de séjour pour raison médicale, mais les associations arrivent parfois à empêcher l'expulsion.

EN ITALIE (IT)

99 personnes ont été interrogées dans trois sites différents à Milan :

- une unité mobile pour les SDF, souvent sans papiers (43 personnes)
- un centre de soins spécialisé pour usagers de drogues (33 personnes)
- un centre d'hébergement d'urgence ouvert le soir (23 personnes)

Ces trois programmes sont menés par des associations partenaires. Une médecin généraliste de Médecins du monde a mené l'ensemble de l'enquête sur ces sites.

L'accès aux soins en Italie

Le système national de santé italien est basé sur un principe d'universalité et de solidarité essentiellement financé par l'impôt. La Constitution italienne garantit le droit à la santé et à l'accès gratuit aux soins pour les indigents.

Les compétences en santé sont partagées entre le gouvernement, les 20 régions et les agences sanitaires locales (ASL) responsables de l'organisation et de la dispensation des soins sur le territoire.

Le panier de soins de base, dont une grande partie est d'accès gratuit, est garanti à tous à condition de s'inscrire au travers des agences sanitaires locales au système de santé national et d'obtenir une carte santé. Une part reste à la charge des patients pour les consultations de spécialistes (16 euros) et les journées d'hospitalisation (45 euros), à moins d'avoir le certificat d'indigence.

Les demandeurs d'asile et leurs enfants ont les mêmes droits que les nationaux.

Les étrangers sans papiers

Les étrangers sans papiers n'ont pas le droit de s'inscrire au système national de santé. En revanche, ils peuvent demander un code d'étranger temporairement présent (STP) valable six mois (renouvelable) et délivré par les agences sanitaires locales. Pour demander le code STP, gratuit et anonyme, il faut obtenir le statut d'indigent. Malgré cela, jusqu'à mars 2008 il leur fallait payer le reste à charge dans les mêmes conditions que les nationaux. La suppression du reste à charge pour les indigents est encore très mal connue et par conséquent non appliquée.

Le code STP donne l'accès aux soins dits urgents (qui ne peuvent être retardés) ou essentiels (définition beaucoup plus large, comprenant la médecine préventive, les soins prénataux, les accouchements, les soins pour les enfants, les vaccinations et traitements des maladies infectieuses). Il ne donne pas accès aux médecins généralistes qui, comme dans beaucoup d'autres systèmes de soins en Europe, sont le point de passage obligatoire pour avoir accès à la médecine spécialisée. Les sans-papiers doivent avoir recours à l'hôpital ou trouver des médecins d'ONG qui leur font des attestations pour les orienter, à condition que les centres de santé des ASL les acceptent.

Le Sénat italien a voté en janvier 2009 un amendement qui annule l'interdiction de dénonciation lors d'un recours aux soins de santé. Il a finalement été rejeté par le Parlement italien en mars 2009.

Les enfants de sans-papiers

Les enfants de sans-papiers sont inclus dans la carte STP de leurs parents et, à ce titre, ont droit aux mêmes soins que les enfants de nationaux.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Une loi de 1998 permet d'obtenir un titre de séjour temporaire pour de «sérieuses raisons humanitaires». Mais le champ d'application de cette loi n'est pas clair, car il n'y a aucune précision dans la loi. Ainsi, c'est la jurisprudence qui permet de savoir quels sont les droits en la matière : des décisions de la Cour constitutionnelle et de cours administratives ont établi qu'« un étranger malade sans papiers résidant en Italie doit avoir le droit à un titre de séjour pour raison médicale le temps nécessaire pour accéder aux soins urgents tant qu'il ne peut pas être traité dans son pays d'origine ». Ces décisions ne sont toujours pas transposées dans la législation italienne.

Les demandes doivent être adressées à l'Office de migration à la préfecture de police.

Selon un décret législatif de 1998 sur les étrangers, une mesure d'expulsion prononcée contre une femme enceinte sans papiers ne peut être exécutée pendant la grossesse et les six mois qui suivent la naissance de l'enfant. L'expulsion n'est pas annulée mais repoussée.

AU PORTUGAL (PT)

32 personnes ont été interrogées :

- à Lisbonne (21 enquêtés), dans une unité mobile de Médecins du Monde s'adressant aux personnes vivant dans la précarité (sans-domicile, usagers de drogues, immigrés sans papiers...);
- à Loures (11 enquêtés), sur deux sites.

Parmi les personnes sollicitées, seules quatre ont refusé de répondre à l'enquête (par manque de temps ou parce qu'elles étaient sous l'emprise de l'alcool).

L'antenne mobile à Lisbonne, « Noite Saudavel », a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé primaire et de réduire le taux d'infections sexuellement transmissibles parmi les populations vivant à la rue à Lisbonne. L'équipe est composée d'accueillants, d'un infirmier et d'un travailleur social.

Loures, dans l'agglomération urbaine de Lisbonne, se distingue par la très grande diversité de ses habitants. Le programme « Saude pa nos Bairro », qui a participé à l'enquête, est situé sur trois districts de santé de la municipalité. Il a pour objectif d'augmenter l'accès aux soins dans les structures publiques et d'améliorer l'accès au dépistage et au traitement du VIH/sida chez les immigrés grâce à des consultations, des actions de promotion de la santé, d'information sur les droits et des activités permettant la prise de conscience des questions de genre, des discriminations et des droits humains. L'équipe est composée d'un coordinateur, de deux infirmiers, d'un travailleur social et d'un animateur socioculturel.

L'accès aux soins au Portugal

Le système de santé existe depuis 1979. La Constitution garantit le droit à la protection de la santé à travers le Service national universel d'accès aux soins financé par les impôts et accessible sur la base de la résidence. Une privatisation du système a commencé depuis 1989 et des différences notables ont été rapportées entre les régions. Les soins sont accessibles dans les dispensaires locaux et les hôpitaux publics. Les patients doivent payer une contribution pour les consultations médicales, les soins d'urgence et les médicaments selon leur valeur thérapeutique. Certaines personnes peuvent en être exemptées (les femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de huit semaines, les enfants de moins de 12 ans, les chômeurs, les personnes souffrant du diabète, de la tuberculose, du VIH/sida, etc.). Tous les résidents doivent obtenir une carte nationale de santé pour pouvoir accéder aux soins. Les médecins généralistes sont la porte d'entrée vers les soins spécialisés.

Les demandeurs d'asile ont le même accès aux soins que les nationaux.

Les étrangers sans papiers

Les étrangers présents sur le territoire depuis moins de trois mois, ou ceux qui n'arrivent pas à prouver leur présence sur le territoire depuis plus de trois mois, n'ont droit qu'à des soins d'urgence qui, d'après la loi, ne peuvent être refusés. Ils devront payer les soins s'ils ne sont pas exemptés de paiement grâce à un document officiel attestant leur manque de ressources. Les étrangers sans papiers ont accès au système national de santé s'ils arrivent à prouver leur présence depuis plus de quatre-vingt-dix jours sur le territoire portugais : pour cela, ils doivent obtenir un document fourni par le conseil local d'arrondissement sous condition de preuves ou de la déclaration de deux témoins. Ils doivent alors aller au centre de santé le plus proche de leur résidence habituelle pour obtenir un enregistrement temporaire en tant que patient qui, selon les endroits, est valable pour un ou plusieurs soins. Ils devront alors participer au paiement comme les nationaux, sauf en cas d'exemption (certificat de manque de ressources, infections sexuellement transmissibles, vaccination, planning familial, maternité...)

Les enfants de sans-papiers

Les enfants de sans-papiers peuvent accéder aux soins de santé dans les mêmes conditions que les enfants de nationaux. Pour pouvoir accéder à ces soins, ils doivent s'enregistrer dans le registre pour enfants sans papiers, qui est sous la responsabilité du haut commissaire pour l'Immigration et le Dialogue interculturel.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Tout étranger qui souffre d'une maladie nécessitant une assistance médicale prolongée qui entrave le retour au pays d'origine en vue d'éviter des risques pour la santé peut faire une demande d'un permis de séjour temporaire (art.122(1) (g) décret-loi n°23/2007).

Pour obtenir une autorisation de séjour provisoire il faut s'adresser au Service des étrangers et des frontières (art.61 (1) et (8) décret loi n°84/2007) et :

- présenter un certificat médical délivré par un agent médical officiellement reconnu attestant que l'étranger souffre d'une maladie qui nécessite un séjour prolongé et l'empêche de retourner dans son pays d'origine, où il encourrait un risque pour sa santé
- présenter un document de voyage ou un passeport valide ;
- présenter une preuve de logement ;
- présenter des preuves de ressources de subsistance ;
- présenter une demande pour la consultation du registre criminel portugais et un document faisant office de casier judiciaire délivré par le pays d'origine.

Le permis, s'il est attribué, sera valide pour un an et renouvelable pour une période de deux ans.

EN ALLEMAGNE (DE)

L'enquête a été menée à Open Med, le centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du monde pour personnes sans assurance maladie à Munich. 24 personnes ont été interrogées (ce qui représente 80% des 30 personnes sans autorisation de séjour accueillies dans le centre au cours de la période d'enquête).

Médecins du monde travaille en collaboration avec une autre association, « Café 104 », spécialisée dans les droits des sans-papiers, pour garantir aux personnes en difficulté d'accès aux soins (sans-papiers, personnes sans assurance maladie) un accès aux soins médicaux de base. Une équipe de médecins bénévoles reçoivent les patients et apportent les premiers soins. Pour les problèmes dentaires ou liés à la grossesse, les patients sont orientés vers un réseau de professionnels de santé partenaires. Une aide psychosociale et des conseils juridiques sont apportés aux personnes qui le nécessitent.

L'accès aux soins en Allemagne

L'assurance maladie est obligatoire pour tous en Allemagne depuis la récente réforme de santé. Le système repose sur le principe de subsidiarité et de solidarité. Les contributions sont basées sur les revenus, sauf pour les travailleurs indépendants et les étudiants de plus de 30 ans ou ayant passé plus de quatorze semestres dans le système universitaire, qui doivent s'assurer auprès d'une caisse privée. Dans ce cas les contributions ne dépendent pas du revenu mais de l'état de santé de la personne. Le système prévoit également le paiement d'un forfait de 10 euros par trimestre pour toute consultation avec un généraliste, un spécialiste ou un dentiste, 10 euros par jour d'hospitalisation et une contribution de 10% du prix des médicaments (maximum 10 euros par prescription). Toute personne séjournant ou résidant en Allemagne doit être couverte par une assurance maladie pour bénéficier de soins de santé. Les personnes sans ressources peuvent être exemptées du co-paiement.

Si la législation est nationale, il existe différentes interprétations et applications de la loi au niveau des Länder, voire des municipalités.

Les demandeurs d'asile

En Allemagne les demandeurs d'asile n'ont pas le même accès aux soins que les nationaux. Ils n'obtiennent l'égalité des droits qu'au bout de quarante-huit mois sur le territoire allemand. Pendant cette période ils n'ont droit, dans le cadre de la loi sur les prestations aux demandeurs d'asile, qu'aux soins d'urgence (y compris des soins dentaires), aux soins relatifs à la grossesse, aux vaccinations obligatoires, à des examens médicaux préventifs et à des prothèses dentaires dans certains cas. Mais certains soignants ne font pas cette différence entre types de soins parce que cela est quasi impossible et que cela relève de principes éthiques.

Les enfants des demandeurs d'asile relèvent du même système que les adultes. Toutefois, la loi prévoit que les enfants puissent bénéficier d'autres soins répondant à leurs besoins spécifiques.

Les étrangers sans papiers

Les étrangers sans papiers ont, en théorie, droit aux mêmes prestations de santé que les demandeurs d'asile. Toutefois, les membres des administrations publiques, y compris les services d'aide sociale (qui sont chargés de la prise en charge des coûts des soins de santé pour les sans-papiers), ont une obligation de dénonciation aux services d'immigration de toute personne sans papiers rencontrée dans le cadre de leur travail. En conséquence, les sans-papiers renoncent à aller se faire soigner ou à emmener leurs enfants se faire soigner, même dans des cas graves, par crainte de dénonciation et d'expulsion. Ils essaient dans certains cas de payer leurs soins eux-mêmes ou d'utiliser la carte de santé de proches ou d'amis.

Selon la loi sur les maladies infectieuses, les sans-papiers ont droit au counseling, au dépistage des pathologies à risque de transmission et aux soins en ambulatoire (infections sexuellement transmissibles, tuberculose...). La prise en charge des traitements du VIH/sida est prévue dans la loi. Mais l'obligation de dénonciation empêche un accès effectif aux soins.

Dans ce contexte, certaines structures soignent gratuitement des sans-papiers référés par des associations médicales, allant à l'encontre de la loi. De même, tant pour des raisons de santé publique que d'humanité, plusieurs municipalités ou initiatives locales privées tentent de faciliter l'accès aux soins de tous y compris des sans-papiers (Munich, Berlin, Francfort, Brême, Cologne). Certaines régions sont en train de mettre en place des fonds financés par des taxes ou des dons pour prendre en charge les coûts médicaux des sans-papiers.

Les enfants de sans-papiers

Les enfants de sans-papiers ont en théorie accès aux mêmes prestations de santé que les enfants demandeurs d'asile. Tout comme les adultes sans papiers, ils devront toutefois être dénoncés aux services d'immigration. Les sans-papiers peuvent donc renoncer à faire soigner leurs enfants par crainte de se faire expulser du territoire.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

L'expulsion d'un étranger malade peut être repoussée si elle n'est pas possible à cause de son état de santé. Un étranger sans papiers peut obtenir une *Duldung* (tolérance temporaire de séjour) pour raison médicale (dans les cas de grossesse, d'état de stress post-traumatique (PTSD), de maladie empêchant l'exécution de l'expulsion...) s'il en fait la demande (art.60(a) de la loi sur le séjour). L'article 25 de cette même loi stipule qu'un étranger peut être autorisé à résider en Allemagne si des raisons humanitaires urgentes ou des raisons personnelles ou d'intérêt public nécessitent sa présence en Allemagne. Les personnes titulaires d'une *Duldung* ont accès aux mêmes prestations de santé que les demandeurs d'asile.

S'il n'existe pas de possibilité de traitement dans le pays d'origine pour une pathologie grave pouvant entraîner la mort ou une détérioration grave de l'état de santé, un obstacle à l'expulsion peut être constaté. Dans ce cas la personne peut obtenir une autorisation de séjour et pourra avoir le même accès aux soins et aux prestations sociales qu'un citoyen allemand.

EN SUISSE (CH)

Seules 11 personnes ont pu être interrogées dans la permanence de soins d'une association partenaire, FriSanté, à Fribourg. Parmi l'ensemble des personnes accueillies remplissant les critères d'inclusion, seules six n'ont pas été interrogées, parce qu'elles avaient peur, étaient désorientées, ne souhaitaient pas répondre ou ne parlaient pas la langue de l'enquêteur.

L'objectif du programme est de faciliter et de garantir l'accès à la prévention et aux soins à toute personne n'ayant pas la possibilité d'accéder au système de santé, et de promouvoir le respect des droits des patients et de leurs proches. L'équipe délivre des consultations infirmières et effectue des orientations vers un réseau de professionnels de santé du secteur privé.

L'accès aux soins en Suisse

Le système de santé suisse est fondé sur une assurance obligatoire pour toute personne résidant sur le territoire suisse. L'assuré paie à sa compagnie d'assurance une prime mensuelle – variant pour un adulte mais pouvant aller jusqu'à plus de 340 euros selon les cantons et les prestations. L'assuré prend en charge une franchise choisie entre 200 et 1 700 euros ainsi que 10 % de ses frais médicaux, hospitaliers et de traitements jusqu'à concurrence de 480 euros. Plus la franchise est élevée moins la prime mensuelle l'est : les plus pauvres font donc souvent ce choix qui les confrontent à d'immenses difficultés et à renoncer aux soins lorsqu'ils tombent malades puisqu'ils ne peuvent pas prendre en charge les coûts occasionnés.

Afin d'assurer la garantie de l'accès aux soins, les cantons peuvent accorder des subsides aux assurés de condition économique modeste allant jusqu'à une prise en charge à 100 % pour les personnes vivant dans l'exclusion sociale.

Les étrangers sans papiers

Les sans-papiers ne peuvent avoir accès aux soins de santé que lorsqu'ils ont contracté une assurance maladie. Normalement, ils ont le droit et l'obligation de s'assurer comme toutes les personnes présentes sur le territoire suisse avec un document d'identité et une adresse. Or, une grande partie des sans-papiers n'ont pas les moyens de payer les primes d'assurances car ils vivent et travaillent dans des conditions précaires. En outre, le moindre retard dans le paiement des primes peut aboutir à une mise en poursuites qui peut entraîner une dénonciation. Le non-paiement des primes d'assurance maladie entraîne une suspension du remboursement du traitement en cours ou ultérieur. Pour toutes ces raisons, beaucoup de sans-papiers ne contractent pas d'assurance.

Quant aux médecins qui viennent en aide aux sans-papiers, ils peuvent théoriquement être poursuivis.

Les enfants de sans-papiers

Les enfants de sans-papiers sont soumis aux mêmes contraintes que leurs parents. Les soins dentaires, déjà difficiles pour les enfants de résidents, leur sont majoritairement inaccessibles pour des raisons financières.

L'éducation est obligatoire pour tous les enfants se trouvant sur le territoire. Les parents peuvent donc inscrire leurs enfants dans des écoles pour le cursus obligatoire (primaire et secondaire inférieur). Des médecins scolaires et pédiatres travaillent dans toutes les écoles. Tout enfant scolarisé est donc suivi pour un programme de vaccination (gratuit) et de prévention (poids, vue, ouïe, etc.). Si le médecin scolaire détecte un problème, il en informe les parents qui doivent entreprendre les démarches pour traiter leur enfant. Par ailleurs, un dentiste scolaire fait des dépistages (une ou plusieurs fois par an) et de la prévention. Comme le médecin scolaire, s'il détecte un problème, il en informe les parents qui devront prendre le traitement à leur charge.

Protection des étrangers gravement malades (sans accès effectif aux soins dans le pays d'origine)

Il existe en Suisse une possibilité légale de régularisation pour raison médicale: la loi fédérale sur les étrangers (LEtr), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dit dans son article 83 al.1 : « L'office décide d'admettre provisoirement l'étranger si l'exécution du renvoi ou de l'expulsion n'est pas possible, n'est pas licite ou ne peut être raisonnablement exigée... »; al.4 : « L'exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion de l'étranger dans son pays d'origine ou de provenance le met concrètement en danger, par exemple en cas de guerre, de guerre civile, de violence généralisée ou de nécessité médicale. »

La procédure passe par une association (Caritas, Groupe Sida Genève...). Elle est longue, d'abord cantonale – les appréciations des cas varient entre les cantons selon leur politique d'ouverture – puis fédérale, si elle passe la première phase. Tant que le cas n'a pas été accepté, la personne bénéficie d'un permis de courte durée. Si le cas est accepté, la personne se voit octroyer un permis F ou B lui permettant de séjourner en Suisse et d'y travailler; si ce n'est pas le cas, elle tombe sous le coup d'une expulsion.

Les associations défendant ces cas, parmi lesquelles le Groupe Sida Genève, font régulièrement appel contre les décisions des autorités, car celles-ci ne prennent pas suffisamment en compte certains éléments pratiques entravant l'accessibilité aux traitements dans le pays d'origine tels que les problèmes de transport, de rupture de stock et de conservation, si bien que la personne peut être renvoyée chez elle au risque de sa vie.

2. LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET L'ANALYSE DES DONNEES

• **Conception et passation des questionnaires**

Le questionnaire²³ portait sur la situation sociale et les conditions de vie des personnes sans papiers, ainsi que sur leur état de santé et leurs recours aux soins médicaux. Il comportait 77 questions dont 73 étaient adressées aux enquêtés ; 10 questions étaient d'ordre strictement médical ; la majorité était des questions fermées. La trame du questionnaire, identique pour tous les pays, a été adaptée en fonction des législations et de leurs systèmes de santé respectifs. Le questionnaire de l'enquête 2005-2006 de l'Observatoire européen de l'accès aux soins a été repris et amélioré, notamment à travers l'ajout de questions relatives aux raisons de la migration, au travail, aux violences subies et à la santé.

Le nombre de personnes interrogées dans chacun des pays dépend à la fois du volume d'activité des programmes de Médecins du monde présents et de considérations pratiques d'organisation, comme la disponibilité de personnes pour réaliser l'enquête. Dans certains pays, des associations partenaires ont été mobilisées afin d'accroître le nombre de personnes susceptibles d'être interrogées. **Le protocole prévoyait que les personnes participant à l'enquête soient sélectionnées au hasard**, par la constitution d'un échantillon exhaustif des personnes sans-papiers rencontrés au cours d'une ou plusieurs périodes données, ou (plus rarement) d'un échantillon systématique d'une fraction des personnes éligibles rencontrées. De cette façon, les biais de recrutement constatés lors de l'enquête précédente ont été réduits. Le détail des protocoles de recueil des données par pays est indiqué en annexe.

La passation des questionnaires a été faite très majoritairement par des bénévoles des programmes impliqués, qui avaient été préalablement formés pour cette tâche. La durée de passation était de trente à quarante-cinq minutes (hors partie médicale). Le plus souvent, et dans la mesure du possible, la partie médicale a été remplie par un médecin. Dans certains cas toutefois, en particulier en Espagne, en Grèce et au Portugal, cette partie a été remplie par d'autres professionnels de santé²⁴, du fait de l'organisation spécifique des activités des associations.

Afin d'intégrer à l'échantillon des personnes ne parlant pas la langue du pays d'enquête, les enquêteurs ont eu recours à des personnes pouvant traduire quand cela était nécessaire (des bénévoles de Médecins du monde ou des accompagnants des enquêtés) dans 8 des 11 pays²⁵ ; au total, 17 % des questionnaires ont été passés avec l'aide d'un traducteur. Cependant, la barrière linguistique a fréquemment été un motif de non-participation, quand aucune traduction dans la langue de l'enquêté n'était possible. Plus rarement, des personnes ont refusé de participer pour des motifs tels que le manque de temps ou d'intérêt pour l'enquête.

23. Voir le questionnaire en annexe.

24. La partie « santé » du questionnaire a été administrée par des professionnels de santé dans 85 % des cas. Il s'agissait, dans 58 % des cas d'un médecin, dans 12 % d'un infirmier, dans 15 % d'un autre professionnel de santé (psychologue, aide-soignant, sage-femme), dans 7,5 % d'un étudiant en médecine en fin de second cycle et dans 7,7 % des cas d'un autre intervenant.

25. Il s'agit de l'Allemagne (7 questionnaires sur 24), de la Belgique (22 % des questionnaires), de l'Espagne (10 %), de la France (19 %), de la Grèce (17 %), des Pays-Bas (10 %), du Royaume-Uni (41 %) et de la Suède (28 %).

• Analyse des résultats et rédaction du rapport

L'analyse des résultats a été effectuée par deux chercheurs de l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : le Dr Pierre Chauvin, épidémiologiste, chercheur à l'Inserm, et Isabelle Parizot, sociologue, chercheuse au Centre national de recherche scientifique (CNRS). Ils ont travaillé en lien étroit avec l'équipe de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde. Diverses réunions de travail avec les référents de l'enquête dans chaque pays ont permis un approfondissement de l'analyse en confrontant les données statistiques aux expériences et expertises des acteurs de terrain. Le rapport a ainsi été complété par l'équipe de l'Observatoire puis envoyé pour relecture et commentaires à tous les Médecins du monde d'Europe avant la traduction. Les données ont été analysées avec le logiciel de traitement statistique SPSS au sein de l'Inserm et sont également disponibles au siège de Médecins du monde France.

• Conventions de présentation des résultats

Etant donné la faiblesse des effectifs interrogés en Allemagne, au Portugal et en Suisse, ce document ne présente pas d'analyse spécifique à ces trois pays. Les données qui y ont été recueillies ne sont donc pas utilisées (sauf exception mentionnée) pour les comparaisons internationales. En revanche, elles ont été prises en compte et intégrées à l'ensemble de l'échantillon pour les analyses globales (en particulier dans la ligne «total» figurant dans les tableaux et les graphiques).

En ayant connaissance des limites rappelées en introduction et de la grande disparité du nombre de sites d'enquête dans les différents pays, **les appellations et les références aux pays²⁶ dans la suite de ce document doivent être prises pour ce qu'elles sont : des conventions de présentation pour éviter la répétition fastidieuse des termes « les personnes interrogées dans les programmes participant à l'enquête dans le pays X ».** Ainsi, à chaque fois qu'il est fait référence à des pays en particulier (par exemple : « en Espagne, la fréquence du recours aux soins est... », « Les Pays-Bas et la Suède sont au même niveau en ce qui concerne... », etc.), **il est bien entendu que nous ne sous-entendons pas que les résultats observés ici sont représentatifs de la situation de l'ensemble des personnes sans autorisation de séjour sur l'ensemble du territoire des pays concernés.** Cela est particulièrement vrai dans les pays où l'enquête ne s'est déroulée que dans un nombre restreint de sites, notamment en France (où, par exemple, l'agglomération marseillaise n'a pas été incluse dans l'échantillon alors qu'elle compte une importante population immigrée sans papiers), en Grèce (où seules les villes d'Athènes et de Thessalonique ont constitué des terrains d'enquête), au Royaume-Uni (où l'enquête s'est déroulée uniquement à Londres), en Suède (à Stockholm) ou en Italie (à Milan).

Dans les graphiques, les codes pays ISO sont utilisés à la place du nom des pays en toutes lettres.

BE	CH	DE	EL	ES	FR	IT	NL	PT	SE	UK
Belgique	Suisse	Allemagne	Grèce	Espagne	France	Italie	Pays-Bas	Portugal	Suède	Royaume-Uni

Dans toutes les langues, quand les nombres ont une décimale, la décimale est séparée des unités par une virgule, dans un souci de simplification des traductions.

26. Les abréviations des noms de pays utilisées dans certaines figures ou tableaux sont celles recommandées par l'Office des publications de l'Union européenne (voir <http://publications.europa.eu/code/fr/fr-370100.htm>).

• Lecture des résultats et des graphiques

Dans de nombreux graphiques présentant des proportions ou des fréquences, le pourcentage observé est représenté par une barre pleine et sa valeur est indiquée dans le graphique. Il est accompagné d'un trait qui indique l'intervalle de confiance statistique à 95 % (ou « IC95 % ») de la valeur observée. Rappelons que cet intervalle de confiance a une probabilité de 95 % de contenir la valeur du pourcentage réel que l'on cherche à estimer (dans le cas où cette estimation est faite sur un échantillon tiré au sort). Puisque les personnes interrogées ont été choisies au hasard dans les sites d'enquête, cet intervalle de confiance quantifie en quelque sorte l'incertitude de la valeur observée dans les populations enquêtées (plus le nombre de personnes interrogées est faible, plus cette incertitude est grande et plus l'intervalle de confiance à 95 % est étendu).

Lorsque deux ou plusieurs résultats sont simplement comparés entre eux (des pourcentages, des proportions, des moyennes), il est souvent indiqué s'ils sont ou non « significativement différents ». Il s'agit là d'un raccourci de langage qui doit se lire « significativement différents d'un point de vue statistique », indiquant que la différence observée est telle qu'il est très peu probable qu'elle soit attribuable uniquement au hasard. Le degré de signification (noté « p ») est parfois indiqué ; il mesure la confiance que l'on peut avoir dans le fait que la différence observée n'est pas due au hasard (s'il est plus grand que 0,05, par définition et par convention, la différence n'est pas significative)²⁷.

Par ailleurs, les chiffres ayant été arrondis, il se peut que dans certains tableaux présentés en pourcentage, la somme ne soit pas toujours égale à 100.

Dans certains cas, des analyses « multivariées » ont été réalisées. Il s'agit d'analyses réalisées avec des modèles statistiques de régression logistique, qui cherchent à estimer le lien entre une caractéristique (par exemple le sexe) et un événement (par exemple l'état de santé) en tenant compte simultanément d'autres caractéristiques (par exemple l'âge, les conditions de vie, etc.) L'importance de ce lien est exprimée en Odds Ratio (OR) qui représente le sur-risque ou le sous-risque statistique associé aux différentes valeurs de la caractéristique en question (l'une de ces valeurs devant nécessairement être prise comme référence²⁸), toutes choses égales par ailleurs concernant les autres caractéristiques considérées. L'OR est lui aussi accompagné d'un intervalle de confiance à 95 %. Lorsque cet intervalle de confiance comprend la valeur 1 (c'est-à-dire l'égalité des risques), le lien observé n'est pas significatif d'un point de vue statistique.

27. Cette valeur p représente la probabilité d'avoir une différence aussi grande (ou plus extrême encore) que celle observée dans le cas où il n'y aurait en réalité pas de différence. Par exemple, si la proportion de personnes seules est significativement différente entre les hommes et les femmes avec $p = 0,01$, cela signifie que, si en réalité cette proportion est identique dans les deux sexes, le risque d'observer une différence aussi grande que celle observée sur notre échantillon est de 1%. Cela ne signifie pas directement, contrairement à ce que l'on croit souvent, que la probabilité d'avoir une telle différence est de 1%.

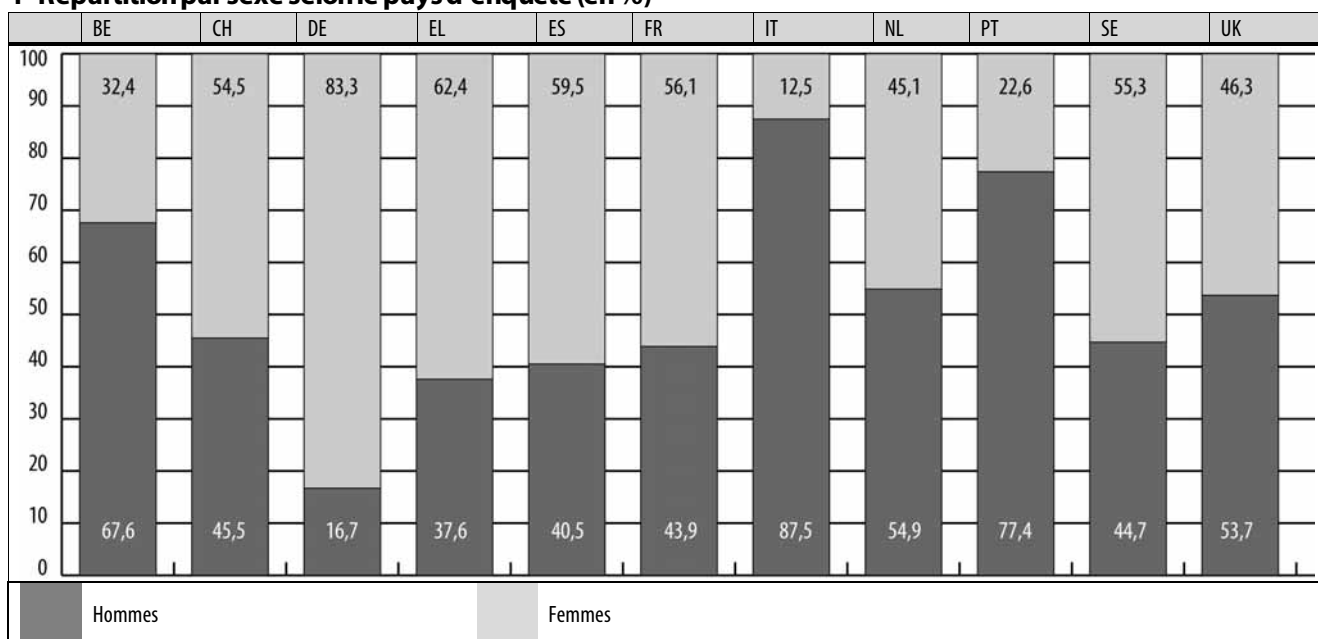
28. Cette référence peut avoir un sens (par exemple, si on veut estimer le risque associé à la présence d'un facteur, la référence choisie est naturellement l'absence du facteur) ou être purement conventionnelle. Quand le facteur étudié est le pays d'enquête (afin de faire des comparaisons multivariées des résultats observés entre les pays), on a choisi dans ce rapport (de façon tout à fait arbitraire) la Suède comme pays de référence pour classer tous les autres pays entre eux et par rapport à elle. Bien entendu, on aurait pu choisir n'importe quel autre pays de référence; cela ne change pas le classement relatif des pays entre eux.

3. LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

- Sexe et âge

La population interrogée est composée à peu près d'autant d'hommes (50,9%) que de femmes (49,1%)²⁹. La répartition par sexe s'avère très différente selon les pays – du fait notamment des types de programmes où s'est déroulée l'enquête. Dans les pays où les programmes sont surtout « généralistes », par exemple en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse, le *sex-ratio* est plus équilibré que dans un pays comme l'Italie, où les programmes s'adressent, en soirée, à des personnes sans domicile et à des usagers de drogues. Le déséquilibre observé en Allemagne, en Belgique et en Grèce n'est que le fruit du hasard, puisqu'il s'agit aussi de programmes généralistes.

1- Répartition par sexe selon le pays d'enquête (en %)



La population enquêtée est relativement jeune. **Plus de la moitié (55 %) des adultes interrogés ont en effet moins de 35 ans.** Les personnes âgées de 55 ans ou plus ne constituent que 8 % de l'échantillon. Sur ce point, la Grèce et, dans une moindre mesure, la France se distinguent des autres pays, puisque respectivement 19% et 11 % des adultes interrogés y ont 55 ans ou plus.

29. Neuf personnes ont précisé être transgenres; comme le guide d'enquête le précisait, c'est leur genre apparent, en l'occurrence féminin, qui a été comptabilisé.

Dans tous les pays, la moyenne d'âge des enquêtés se situe dans la trentaine (âge moyen 36 ans). L'Espagne et l'Italie se distinguent par une moyenne relativement basse (33 ou 32 ans), tandis que la France, la Grèce et les Pays-Bas ont des consultants relativement plus âgés (37, 39 et 37 ans en moyenne)³⁰.

2- Age des enquêtés selon le pays d'enquête*

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	IT	NL	PT	SE	UK	Total
Age moyen	36 ans	35 ans	38 ans	39 ans	33 ans	37 ans	32 ans	37 ans	40 ans	35 ans	37 ans	36 ans
Age minimum	18 ans	24 ans	18 ans	18 ans	18 ans	18 ans	19 ans	19 ans	19 ans	20 ans	20 ans	18 ans
Age maximum	72 ans	47 ans	60 ans	76 ans	72 ans	73 ans	57 ans	63 ans	59 ans	80 ans	72 ans	80 ans
Classes d'âge												
18-24 ans	11,6 %	9,1 %	16,7 %	16,9%	24,5%	15,6 %	27,6 %	14,7 %	6,5 %	12,7 %	10,2 %	16,9 %
25-29 ans	20,5 %	9,1 %	25,0 %	14,4 %	22,7 %	20,6 %	21,4 %	13,7 %	6,5 %	17,6 %	14,8 %	18,6 %
30-34 ans	18,8 %	27,3 %	8,3 %	21,2 %	18,1 %	15,6 %	16,3 %	17,6 %	16,1 %	30,4 %	19,4 %	18,9 %
35-44 ans	33,0 %	45,5 %	25,0 %	13,6 %	19,7 %	22,6 %	23,5 %	30,4 %	35,5 %	21,6 %	34,3 %	24,6 %
45-54 ans	8,0 %	9,1 %	8,3%	15,3 %	11,1 %	15,1 %	8,2 %	16,7 %	29,0 %	15,7 %	13,9 %	13,3 %
55 ans ou +	8,0 %	-	16,7 %	18,6 %	3,7 %	10,6 %	3,1 %	6,9 %	6,5 %	2,0 %	7,4 %	7,7 %
N (valid)	112	11	24	118	216	199	98	102	31	102	108	1124

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages par classes d'âges peut ne pas être égale à 100.

• Les nationalités

Les pays d'origine des personnes sont très divers. **On compte au total 97 nationalités différentes**, et 3 personnes sont apatrides (voir tableau en annexe 5).

Près d'une personne sur trois (31 %) est originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne (principalement du Cameroun, du Nigeria et du Sénégal). Près d'une sur cinq (18 %) vient d'un pays des Amériques (essentiellement du Brésil et de Bolivie) tandis que 14 % viennent du Maghreb (8 % sont marocaines et 3 % algériennes); 13 % d'Europe hors UE (essentiellement d'Albanie et d'Ukraine); 11 % d'un pays d'Asie (principalement des Philippines, de Mongolie, d'Inde, du Bangladesh et de Chine). Enfin, 7 % viennent du Proche ou du Moyen-Orient (surtout d'Egypte, d'Afghanistan, d'Iran et du Pakistan)³¹.

Au moment de la réalisation de cette enquête, la France, l'Espagne et la Grèce avaient déjà transposé la directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres³². En transposant cette directive, ces trois pays ont fait le choix (qui est laissé à la liberté des pays) de supprimer le droit au séjour pour les citoyens communautaires sans ressources financières et sans couverture maladie (réputés être une charge irraisonnable pour le pays d'accueil). C'est ainsi que ces ressortissants européens sont rentrés dans un « non-droit » commun aux personnes sans autorisation de séjour. C'est pourquoi les équipes en Espagne, en France et en Grèce ont décidé d'inclure dans l'enquête les étrangers ressortissants communautaires rencontrés dans leurs dispositifs. La Belgique ne l'a fait que tout à la fin. C'est la raison pour laquelle la proportion de ressortissants européens est très nettement sous-estimée dans cette enquête.

3- Répartition par groupes de nationalités

	Afrique subsaharienne	Amériques	Maghreb	Europe hors UE	Asie	Proche et Moyen-Orient	Union Européenne	Apatrides	Total
Effectifs	346	205	152	142	128	80	67	3	1123
%	30,8	18,3	13,5	12,6	11,4	7,1	6,0	0,3	100

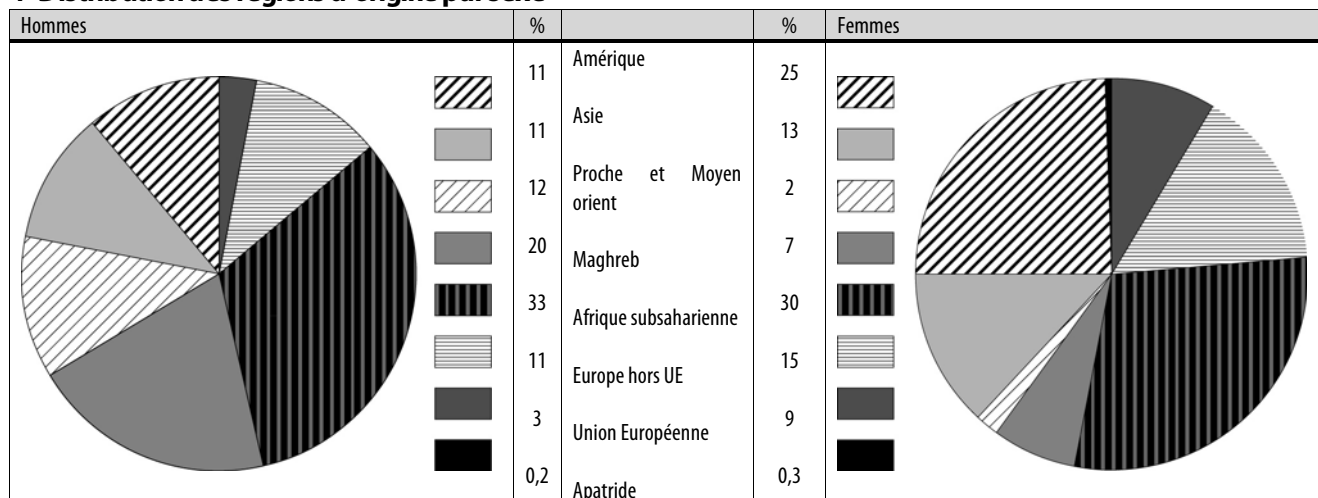
30. L'enquête ne portant que sur des adultes, ces moyennes sont donc supérieures à l'âge moyen des patients reçus généralement dans les centres de Médecins du monde qui reçoivent aussi des enfants.

31. Le classement des pays par groupe continental réalisé ici correspond à celui effectué dans *L'Etat du monde*, ouvrage publié chaque année (cf. Badie B., Tolotti S., *L'Etat du monde 2009*, Paris, La Découverte, 2008, 324 p).

32. Depuis l'enquête, la plupart des pays ont transposé la directive dans leurs lois.

Il existe des différences significatives selon le sexe quant à l'origine géographique des enquêtés. Si les hommes et les femmes sont le plus souvent originaires d'Afrique subsaharienne (33 % des premiers et 30 % des secondes), 20 % des hommes viennent du Maghreb (contre seulement 7 % des femmes) tandis que 25 % des femmes viennent d'Amérique latine ou des Caraïbes (contre 11 % des hommes).

4- Distribution des régions d'origine par sexe



*du fait des arrondis, la somme des nombres indiqués peut ne pas être strictement égal à 100%

De même, on constate des différences significatives quant à l'origine des migrants interrogés en fonction du pays d'enquête. Ces différences tiennent notamment aux caractéristiques de l'immigration propres à chacun de ces pays, lesquelles renvoient à leur situation géographique, économique et politique, à leur passé (éventuellement colonial), à l'histoire de leurs flux migratoires, à leurs collaborations internationales... Les différences observées tiennent également aux publics visés et aux types d'activités proposées par chacun des programmes enquêtés.

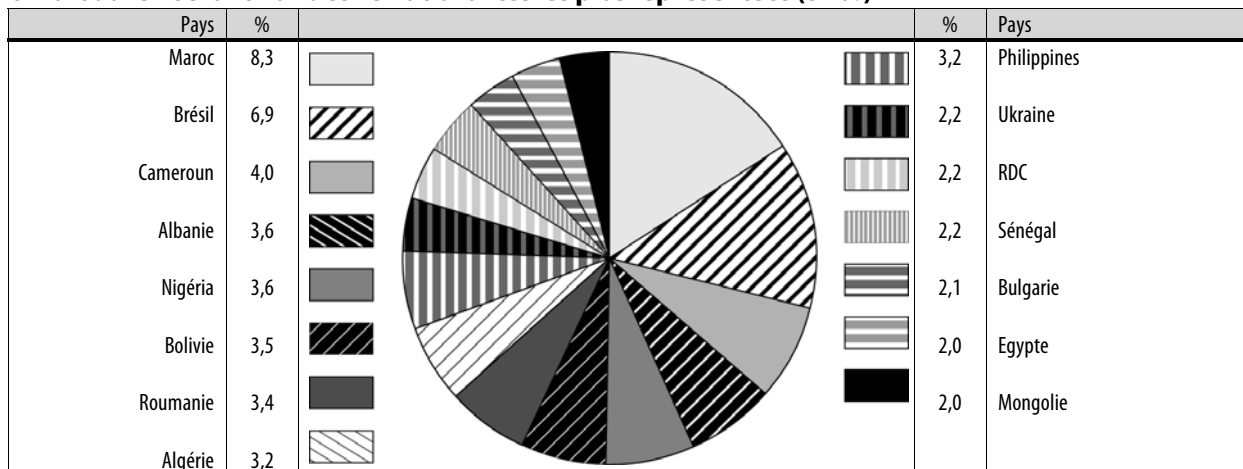
5- Groupes de nationalités selon le pays d'enquête (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Union européenne	0,9	20,5	4,6	15,6	1,0	-	-	-
Europe hors UE	3,6	41,9	1,9	11,1	27,3	2,9	21,4	2,8
Afrique subsaharienne	28,6	20,5	29,2	49,2	22,2	45,1	5,8	31,5
Maghreb	45,5	-	12,5	16,6	24,2	4,9	3,9	4,6
Proche et Moyen-Orient (dont Pakistan)	2,7	15,4	1,4	4,0	13,1	17,7	7,8	6,5
Asie (dont Inde et Bangladesh)	5,4 (1,8)	1,7 (1,7)	0,5 (0,0)	1,5 (0,0)	2,0 (1,0)	19,6 (0,0)	41,8 (10,6)	41,7 (15,7)
Amériques	13,4	-	50,0	2,0	10,1	8,8	19,4	13,0
Apatrides	-	-	-	-	-	1,0	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Rappelons que seules les équipes en France, en Grèce et, dans une moindre mesure, en Espagne ont inclus dans l'enquête les ressortissants européens sans ressources financières et sans couverture maladie rencontrés dans leurs dispositifs. Cela explique la part très restreinte des Européens communautaires (6%) et ne reflète évidemment pas la fréquentation des programmes menés par les Médecins du monde, qui accueillent de nombreux Européens. Si tous les pays les avaient inclus, les proportions seraient différentes, tant en ce qui concerne les groupes d'origine que les nationalités (notamment en ce qui concerne les Roumains et les Bulgares).

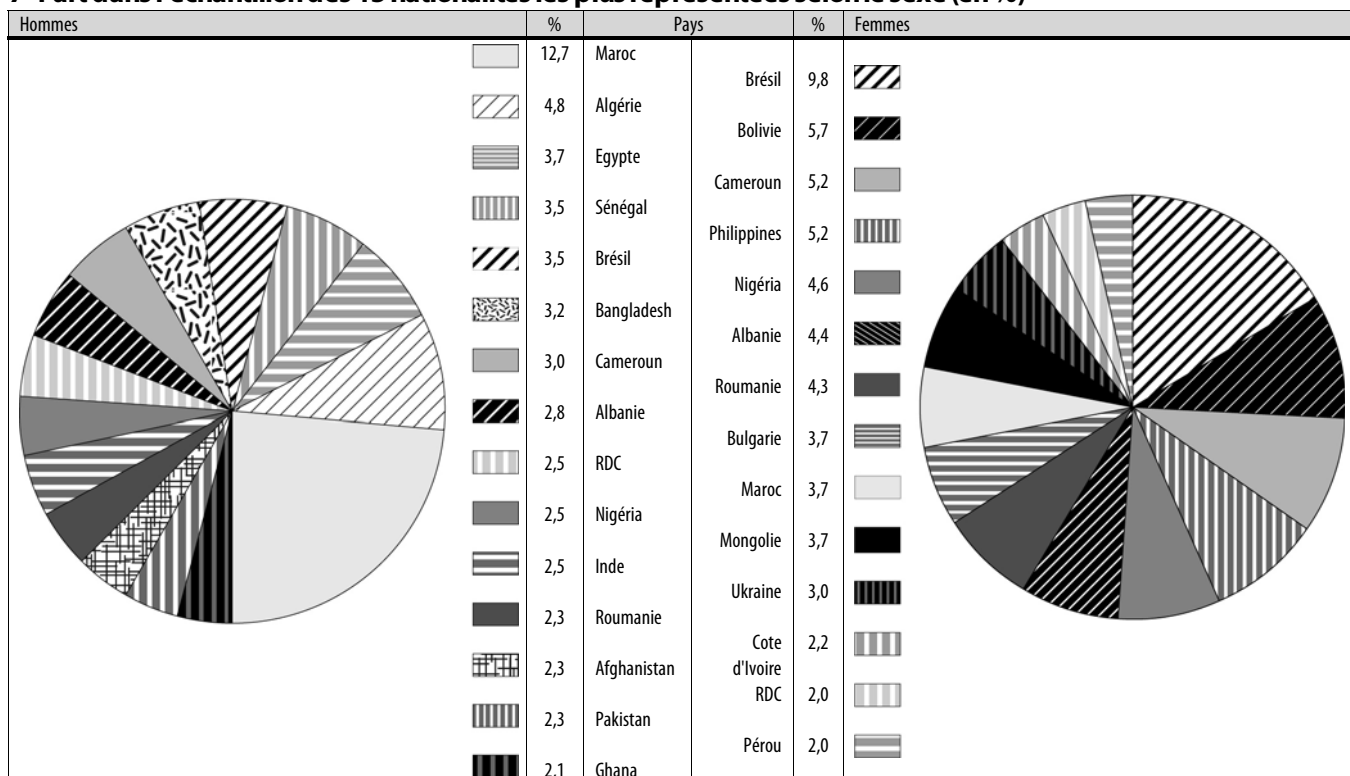
Les graphiques ci-dessous présentent la répartition des nationalités pour les 15 nationalités les plus représentées dans l'échantillon et par sexe (qui sont aussi celles qui concernent au moins 2% de la population).

6- Part dans l'échantillon des 15 nationalités les plus représentées (en %)



Les 4 nationalités les plus représentées pour les femmes sont les nationalités brésilienne (10 %), bolivienne (6 %), camerounaise (5 %) ou philippine (5 %) alors que pour les hommes, il s'agit des nationalités marocaine (13 %), algérienne (5 %), égyptienne (4 %) et sénégalaise (4 %).

7- Part dans l'échantillon des 15 nationalités les plus représentées selon le sexe (en %)



Notons que la proportion de personnes originaires des Philippines aux Pays-Bas tient au fait que l'enquête s'est déroulée, entre autres, dans une association de Philippins.

8- Nationalités les plus représentées selon le pays d'enquête (en effectif) et rappel des principales nationalités des immigrants par pays*

BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Maroc : 38 Brésil : 12 RDC : 9 Algérie : 7 Guinée : 5	Albanie : 30 Bulgarie : 20 Géorgie : 8 Nigeria : 8 Afghanistan : 7	Brésil : 28 Bolivie : 25 Sénégal : 21 Maroc : 20 Nigeria : 18	Cameroun : 34 Roumanie : 26 Algérie : 16 Cote d'Ivoire : 14 Congo B : 9	Maroc : 19 Ukraine : 13 Egypte : 11 Albanie : 8 Niger : 5 Nigeria : 5 Tunisie : 5	Philippines : 14 Ghana : 10 Sierra Leone : 7 Ouganda : 6 Soudan : 5 Chine : 5 Brésil : 5	Mongolie : 20 Bangladesh : 13 Azerbaïdjan : 11 Bolivie : 10 Philippines : 7	Inde : 15 Philippines : 13 RDC : 12 Chine : 9 Brésil : 7
Principaux groupes d'immigration par nationalités* (en % de l'immigration étrangère totale en 2006)							
Pays-Bas (12 %) Maroc (12 %) France (12 %)	Albanie (42 %) Bulgarie (15 %) Roumanie (6 %)	Roumanie (16 %) Maroc (10 %) Bolivie (10 %)	Algérie (16 %) Maroc (13 %) Chine (6 %)	Roumanie (19 %) Albanie (12 %) Ukraine (11 %)	Allemagne (11 %) Pologne (10 %) Royaume-Uni (5 %)	Irak (13 %) Pologne (8 %) Danemark (6 %)	Pologne (13 %) Inde (13 %) Chine (6 %)

* source : Eurostat 2008.

4. L'HISTOIRE ET LE PROJET MIGRATOIRES

• L'ancienneté de la migration

En moyenne, les personnes interrogées ont quitté leur pays d'origine il y a quatre ans et demi (médiane = 3,3 ; moyenne = 4,6 ; écart-type = 4,8). Cette moyenne cache de fortes disparités. Une personne sur cinq a quitté son pays il y a moins d'un an, tandis qu'une sur dix l'a quitté il y a dix ans ou plus.

9- Répartition selon l'ancienneté de la migration (en %)

	%	% cumulé
Moins de 1 an	21,3	21,3
1 an	14,4	35,7
2 ans	9,9	45,6
3 ans	10,9	56,5
4-5 ans	15,1	71,6
6-9 ans	18,6	90,2
10 ans et plus	9,8	100,0
Total	100	

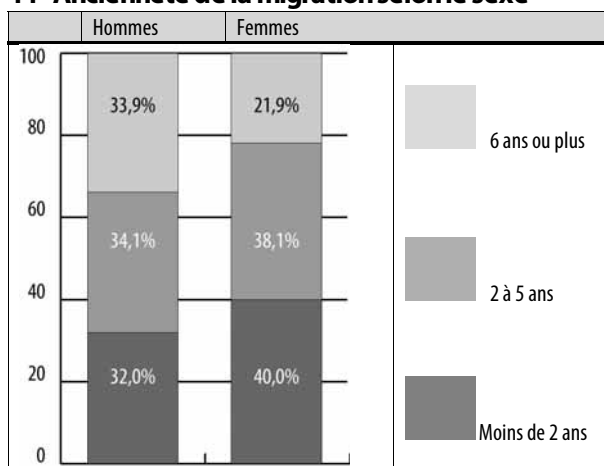
L'ancienneté de la migration s'avère très différente selon le pays d'enquête. Les personnes interrogées en France ont émigré de façon relativement récente : elles ont quitté leur pays il y a trois ans en moyenne. Celles interrogées aux Pays-Bas, en revanche, se distinguent par une émigration bien plus ancienne (huit ans en moyenne, médiane = 7,0 ans) – ce qu'on peut relier à une politique d'accueil des étrangers très favorable des années 1970 aux années 1990 dans ce pays.

10- Ancienneté de la migration selon le pays d'enquête

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Moyenne	5,2 ans	5,7 ans	3,6 ans	3,0 ans	4,0 ans	8,0 ans	4,4 ans	4,4 ans
Distribution (%)								
Moins de 2 ans	30,6	22,4	45,8	57,3	50,0	10,3	13,6	29,0
2 à 5 ans	36,9	33,6	37,5	27,1	22,4	25,8	67,0	45,8
6 ans et plus	32,4	44,0	16,7	15,6	27,6	63,9	19,4	25,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

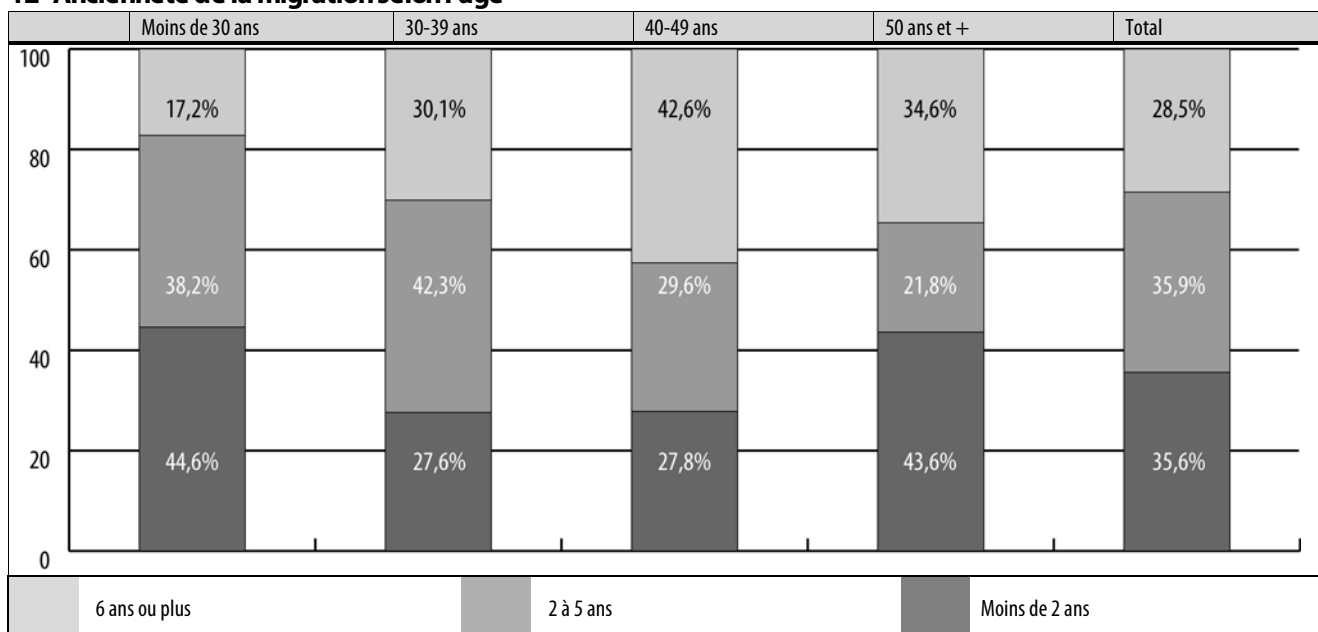
Les hommes ont émigré en moyenne depuis un an de plus que les femmes (5,1 ans versus 4,0 ans en moyenne). Ils sont en outre significativement plus nombreux à avoir quitté leur pays depuis six ans ou plus (34% vs 22%).

11- Ancienneté de la migration selon le sexe



La distribution par ancienneté de l'émigration par classes d'âge des personnes interrogées reflète bien le fait que les migrations concernent des hommes et des femmes d'âges très divers. Ainsi, 44 % des personnes de 50 ans ou plus ont quitté leur pays depuis moins de deux ans seulement. Et 17 % des personnes de moins de 30 ans ont quitté leur pays depuis six ans ou plus.

12- Ancienneté de la migration selon l'âge



L'émigration est la plus ancienne pour les Européens, tandis que les Africains subsahariens et les Maghrébins sont partis de leur pays le plus récemment.

13- Ancienneté de la migration selon le groupe de nationalités

	Europe hors UE	Afrique sub-saharienne	Maghreb	Asie	Amériques	Autre*	Total
Moyenne	5,4 ans	4,4 ans	5,3 ans	4,2 ans	3,6 ans	4,9 ans	4,6 ans
Distribution (%)							
Moins de 2 ans	29,3 %	41,0 %	34,2 %	21,4 %	41,0 %	35,8 %	35,7 %
2 à 5 ans	30,7 %	32,4 %	28,9 %	57,1 %	40,0 %	32,5 %	35,9 %
6 ans et plus	40,0 %	26,5 %	36,8 %	21,4 %	19,0 %	31,8 %	28,4 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* La catégorie « autre » regroupe les nationalités du Proche et du Moyen-Orient, de l'Union européenne et les apatrides. - p<10³

- **Le temps passé sans autorisation de séjour**

La plupart des personnes ont passé la majorité du temps de leur migration dans le pays d'enquête, où elles se trouvent en moyenne depuis 4 ans (médiane = 3,0 ans ; écart-type = 4,1). Par ailleurs, elles y ont vécu trois ans en moyenne sans autorisation de séjour (médiane = 2,0 ans ; écart-type = 3,5), les hommes plus longtemps que les femmes (respectivement 3,5 et 2,5 ans en moyenne). Les médianes se situent respectivement à 2,3 ans et 1,8 ans : la moitié des hommes interrogés vivent sans papiers depuis 2,3 ans et la moitié des femmes sont dans cette situation depuis 1,8 ans. En outre, 26 % des hommes et 17 % des femmes vivent sans papiers dans le pays depuis 5 ans ou plus.

14- Durée de séjour sans papiers selon le sexe

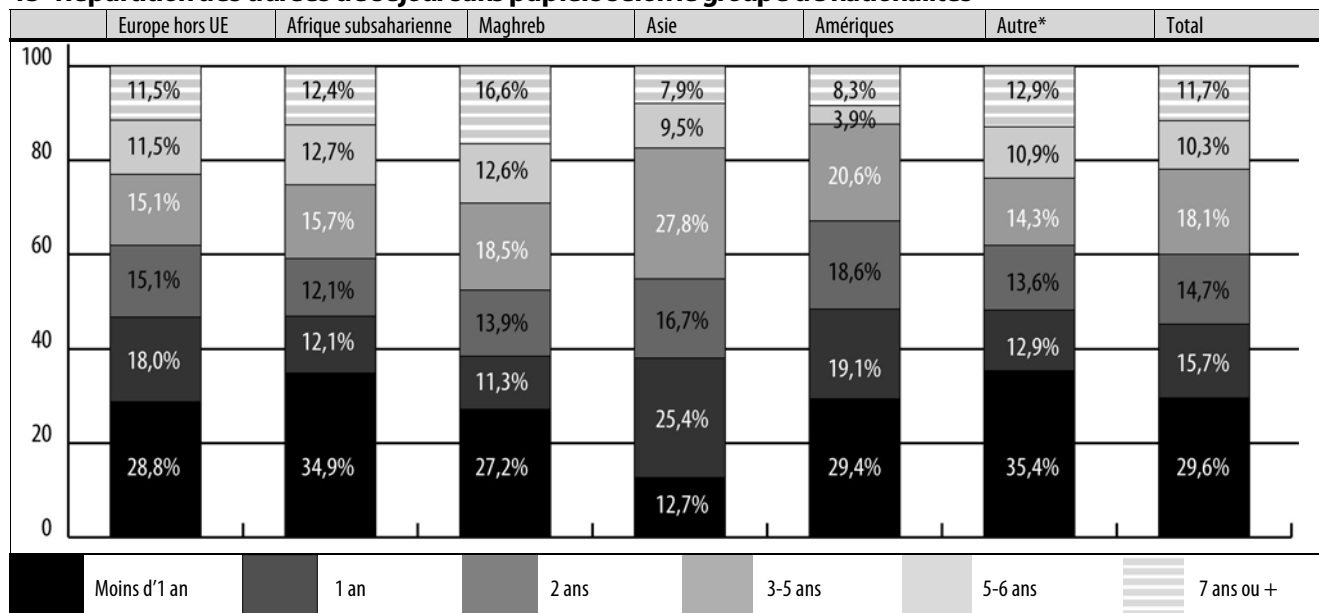
	Hommes	Femmes	Ensemble
Moyenne	3,5 ans	2,5 ans	3,0 ans
Distribution (%)			
Moins de 1 an	25,2 %	34,3 %	29,6 %
1 an	14,6 %	16,7 %	15,6 %
2 ans	15,1 %	14,4 %	14,8 %
3-4 ans	18,8 %	17,3 %	18,1 %
5-6 ans	12,1 %	8,3 %	10,3 %
7 ans ou plus	14,2 %	8,9 %	11,7 %
Total	100 %	100 %	100 %

Les parcours migratoires et les étapes du statut au regard de la loi sont divers. **Si les deux tiers environ n'ont jamais eu de papiers dans le pays d'accueil ou uniquement un visa de tourisme, la proportion de ceux qui ont été auparavant en situation régulière est loin d'être négligeable.** Ainsi, 18 % des personnes ont vécu au moins deux ans en situation régulière dans le pays où ils vivent actuellement, dont 6 % qui ont connu cette situation pendant cinq ans ou plus. Il s'agit notamment de personnes ayant eu un titre de séjour dont le renouvellement a été refusé, ou encore de demandeurs d'asile dont la demande a, finalement, été rejetée.

- > P. a quitté l'Inde et sa famille très violente il y a huit ans, alors qu'il n'avait que 16ans, et est arrivé en Autriche. Sa demande d'asile a été rejetée et il a vécu ces huit années à la rue. P., Indien, 24 ans, vit en Allemagne (Munich).

La durée de séjour sans papiers est également différente selon la région d'origine des personnes interrogées dans l'enquête ; elle est, en moyenne, plus longue pour les Maghrébins (3,7 ans) que pour les autres, en particulier les Européens hors UE (2,8 ans) et les Américains (2,5 ans).³³

15- Répartition des durées de séjour sans papiers selon le groupe de nationalités

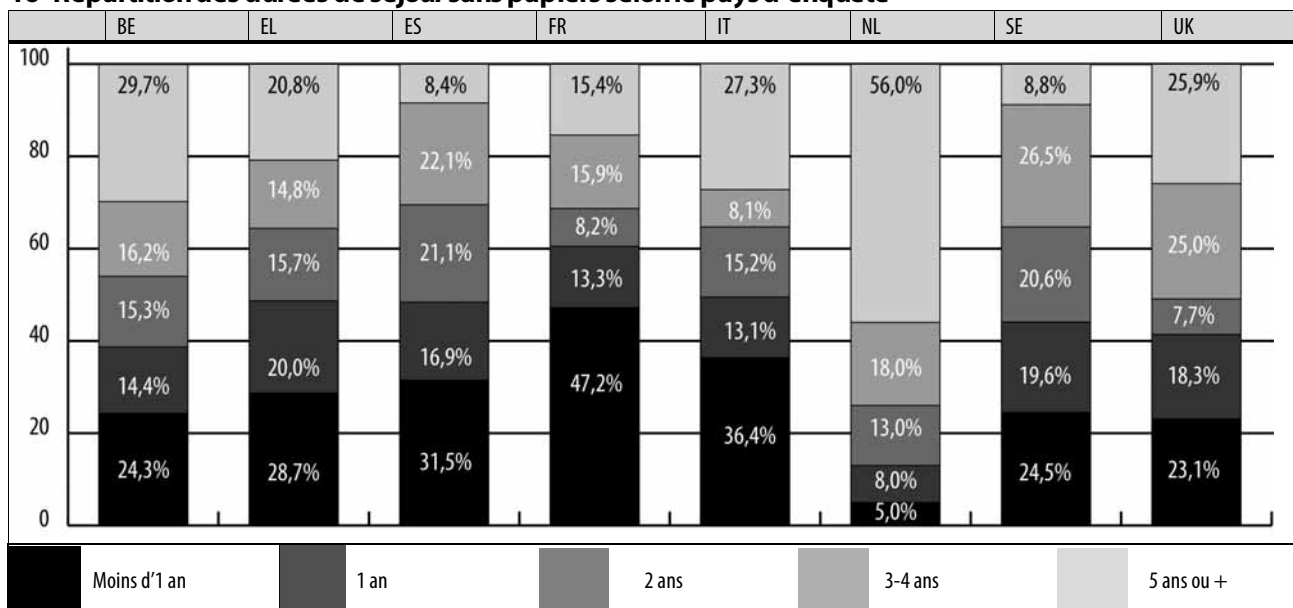


* La catégorie « autre » regroupe les nationalités du Proche et du Moyen-Orient, de l'Union européenne et les apatrides.

33. Les personnes d'Afrique subsaharienne rencontrées séjournant en moyenne sans papiers depuis 3,1 ans.

De plus (mais ceci est évidemment lié aux nationalités d'origine), la durée passée sans autorisation de séjour diffère selon les pays d'accueil : aux Pays-Bas, elle est la plus longue en moyenne (5,7 ans) et, en France et en Espagne, elle est la plus courte (2,4 et 2,3 ans), les autres pays sont entre ces deux extrêmes.

16- Répartition des durées de séjour sans papiers selon le pays d'enquête



• Les motifs de l'émigration

Les motifs évoqués par les personnes pour expliquer leur émigration sont divers, mais renvoient dans la plupart des cas à des difficultés vécues dans le pays d'origine³⁴. Ainsi, 56 % des enquêtés disent avoir quitté leur pays pour des raisons économiques ou pour gagner leur vie et 26 %³⁵ ont émigré pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre – c'est-à-dire pour des types de raisons donnant théoriquement droit à l'asile politique (même si les pays d'accueil ne reconnaissent pas *in fine* tous ces immigrants – et de loin ! – comme réfugiés³⁶).

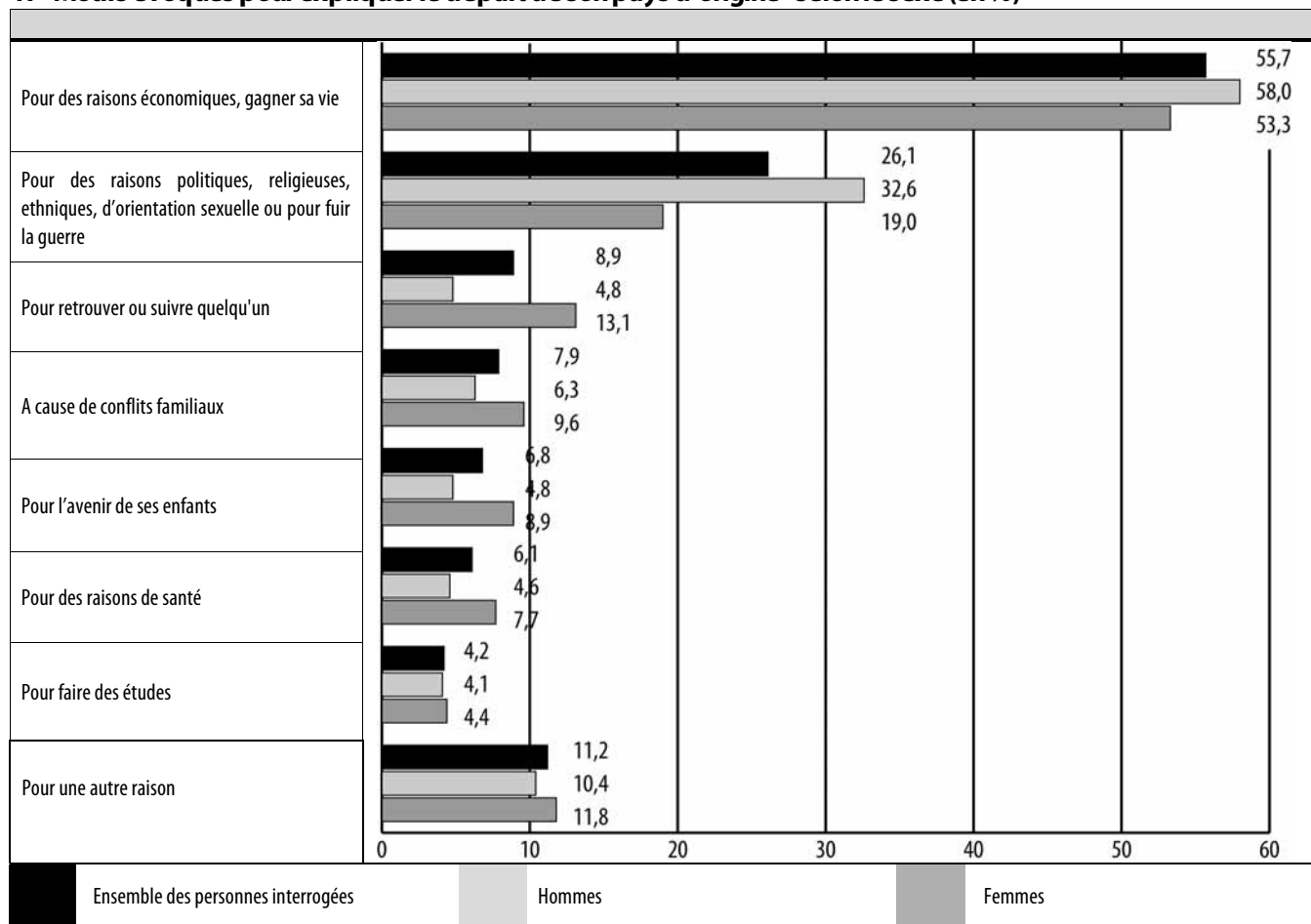
Une petite partie des enquêtés dit avoir émigré non pas pour fuir des conditions particulièrement difficiles mais dans l'optique de « découvrir le monde » (ce type de motivations composant une partie de la catégorie « autre raison » dans le tableau suivant).

34. On soulignera que cette question a suscité chez certains enquêtés des émotions très vives, du fait de la douleur ressentie en repensant à l'avant-migration. Certains ont ainsi eu du mal à exprimer les raisons de leur départ.

35. 33 % des hommes et 19 % des femmes.

36. Rappelons que ce taux d'accord du statut de réfugié est faible aujourd'hui dans tous les pays industrialisés mais particulièrement en Europe, où il se situe autour de 20%, ce qui signifie qu'à la première décision administrative, quatre fois plus de demandeurs sont déboutés que reconnus comme réfugiés (James R., « L'harmonisation des politiques d'asile en Europe », Paris, ENA, Mémoire de Master, février 2004). Rappelons également que tous les pays ne sont pas concernés de la même manière par la demande d'asile. La France, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas connaissent des niveaux historiquement bas. Par exemple, l'Allemagne connaît son niveau le plus bas depuis 1977, les Pays-Bas depuis 1988 et le Royaume-Uni depuis 1989. En revanche, certains pays observent de fortes augmentations : + 49 % en Suède, + 105 % en Grèce, + 35 % en Italie, + 41 % en Espagne (Henry P., « Asile : trompe l'œil et désordre », Paris, France terre d'asile, 2008).

17- Motifs évoqués pour expliquer le départ de son pays d'origine* selon le sexe (en%)



* Chaque personne pouvant évoquer plusieurs motifs d'émigration, la somme des pourcentages est supérieure à 100.

- > *M. a vécu quatre ans en prison au Zimbabwe, où il a été torturé à cause de son homosexualité, qui n'est pas tolérée au Zimbabwe. Il en garde des séquelles physiques et psychiques. M., Zimbabween, 32 ans, vit aux Pays-Bas.*
- > *«On m'avait excisée³⁷ avant et ils m'ont dit qu'ils allaient me faire une deuxième excision, comme ils ont fait pour ma sœur – elle en est décédée, elle avait 17 ans. Donc moi j'ai eu peur, j'ai demandé le visa et je suis arrivée ici.» D., Ivoirienne, 26 ans, vit en France.*
- > *«J'ai décidé de venir parce que, au Brésil, il y a trois ans, nous avons traversé une crise, mon ex-mari était au chômage et j'avais beaucoup de dettes. Au début, j'étais censée venir en premier et mon mari devait me rejoindre avec mes deux enfants mais comme c'est difficile pour un enfant de 13 ans qui ne parle pas la langue de s'adapter à l'école, j'ai donc décidé qu'ils restent tous là-bas et que moi je travaillerais ici.» Brésilienne, 44 ans, vit en Espagne.*
- > *«Je suis venue au Royaume-Uni pour des raisons économiques. J'ai bénéficié d'une transplantation rénale aux Philippines il y a quelques années. L'opération m'a laissé une dette de 12000 euros. Le médecin m'a prescrit des médicaments immunosuppresseurs très chers. Mon salaire de fonctionnaire au gouvernement ne suffisait même pas pour commencer à rembourser. Ma seule solution était de quitter mon pays pour*

37 L'excision est une Mutilation Génitale Féminine (MGF)

trouver un travail mieux payé ailleurs. Je ne suis pas venue au Royaume-Uni pour les traitements médicaux, d'ailleurs, depuis mon arrivée, je ne suis jamais allée chez le médecin.» P., Philippines, vit au Royaume-Uni.

Seuls 6 % des enquêtés citent la santé dans les raisons de leur émigration. La question posée, qui ne donnait pas de précision, sous-entendait pour des raisons de santé personnelle; quelques personnes néanmoins semblent avoir répondu par l'affirmative lorsque l'émigration était liée à la santé d'un de leurs proches. Les femmes sont plus nombreuses à évoquer des raisons de santé (8 %) que les hommes (5 %), ce qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que, traditionnellement, ce sont elles qui se chargent davantage de la santé des proches (enfants, ascendants...). **On voit donc que des motifs de santé sont avancés avec une fréquence qui n'est pas corrélée au fait que les législations soient favorables ou non à l'accès aux soins des étrangers sans papiers.** En particulier, si en France, pays relativement favorable à l'accès aux soins de tous, 10,1 % des enquêtés citent la santé comme un motif de migration, ils sont 8,5 % à citer ce motif en Grèce et 7,8 % en Suède, alors que ces deux pays sont parmi les plus défavorables. De même, on observe qu'en Espagne, où les législations sont le plus clairement favorables, seules 4,2 % des personnes citent la santé comme raison de migration. **On n'observe donc pas, dans cette enquête, l'effet « appel d'air » de la migration pour soins tant mis en avant dans certains discours politiques³⁸.**

18- Motifs évoqués pour expliquer le départ du pays d'origine selon le pays d'enquête* (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK	Moyenne 11 pays
Pour des raisons économiques, gagner sa vie	46,4	55,9	76,4	51,3	92,9	36,3	27,2	38,0	55,7
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre	34,8	22,0	9,3	21,6	7,1	44,1	54,4	46,3	26,1
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	12,5	11,0	4,6	15,1	4,0	3,9	6,8	10,2	8,9
A cause de conflits familiaux	11,6	5,1	5,6	9,5	12,1	4,9	9,7	8,3	7,9
Pour l'avenir de ses enfants	6,3	11,0	11,6	4,5	1,0	9,8	5,8	4,6	6,8
Pour des raisons de santé	6,3	8,5	4,2	10,1	1,0	4,9	7,8	3,7	6,1
Pour faire des études	4,5	1,7	6,0	4,5	3,0	3,9	6,8	2,8	4,2
Pour une autre raison	18,8	3,4	8,3	15,1	0,0	11,8	11,7	12	11,2

* Chaque personne pouvant évoquer plusieurs motifs d'émigration, la somme des pourcentages en colonne est supérieure à 100.

Ce sont les Européens hors Union européenne (Albanie, Ukraine...) qui citent le plus souvent la santé comme raison de leur migration.

19- Motifs évoqués pour expliquer le départ de son pays d'origine selon le groupe de nationalités* (en %)

	Europe hors UE	Afrique subsaharienne	Maghreb	Asie	Amériques	autre
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	50,0	41,6	68,4	53,9	72,7	58,9
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre	28,9	39,9	13,2	28,1	6,3	29,8
A cause de conflits familiaux	8,5	7,8	11,2	10,9	4,4	6,6
Pour l'avenir de ses enfants	9,9	3,8	7,2	8,6	10,7	3,3
Pour des raisons de santé	9,9	8,7	7,9	1,6	2,4	4,0
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	12,7	8,1	8,6	7,0	9,8	7,9
Pour faire des études	4,2	3,5	4,6	3,1	7,3	2,0
Pour une autre raison	4,9	13,6	11,2	14,8	13,2	6,0

* Chaque personne pouvant évoquer plusieurs motifs d'émigration, la somme des pourcentages en colonne est supérieure à 100.

- > *« Quand j'avais 10 ans, en revenant de l'école, j'ai trouvé mes parents, ma sœur et mon frère aîné morts. La dizaine de maisons autour de la nôtre était une zone où les talibans et d'autres gens se combattaient. Un jour ils ont tué ma famille et des voisins, parce qu'on était au milieu. J'ai cherché mon petit frère mais je ne l'ai pas trouvé. J'ai dû arrêter l'école et vivre dans la rue. A 12 ans, j'ai entendu parler d'un homme qui transportait illégalement des gens vers l'Iran. Je lui ai dit que j'avais mon grand frère là-bas qui le paierait. Après un trajet en camion et dix jours de marche dans les montagnes, nous sommes arrivés à Téhéran. L'homme m'a battu quand il a compris que je lui avais menti et il m'a fait travailler longtemps dans des chantiers pour le rembourser. J'ai alors voulu m'inscrire à l'école mais ce n'est pas autorisé pour les immigrés.*

38. Voir également au chapitre 8 la description des pathologies déjà connues dans les pays d'origine.

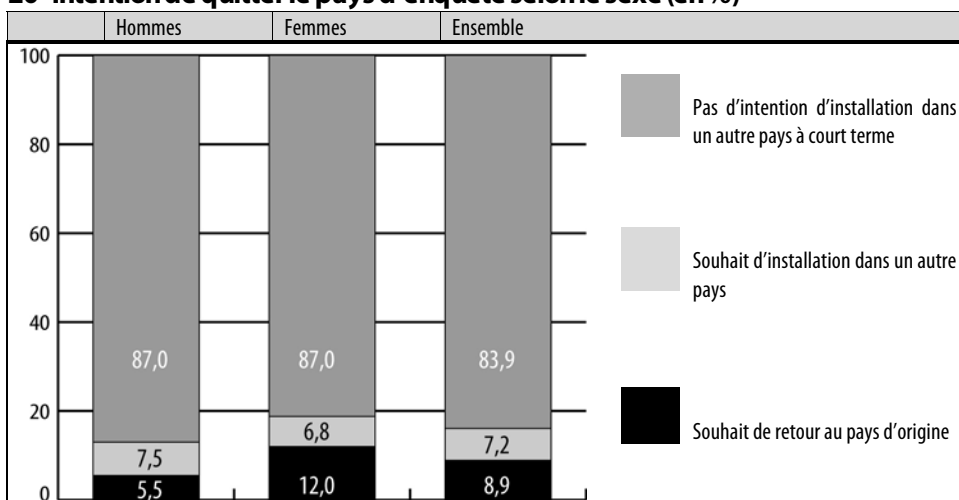
Des amis m'ont dit qu'en Europe c'était différent. A 16 ans, j'ai trouvé des passeurs qui m'ont mis avec six autres hommes dans la cale à bagages d'un bus pendant douze heures jusqu'en Turquie. Il a fallu encore marcher à travers les montagnes et reprendre un camion. Puis on est restés cachés six jours dans une étable avec 50 hommes. Un autre camion est arrivé avec 30 hommes. On était 80. On s'est entassés dans un camion sans eau ni nourriture. A Istanbul, on nous a cachés dans une cave sans avoir le droit de parler ni de bouger pour ne pas être arrêtés. J'avais peur.

J'ai donné toutes mes économies et à plusieurs nous avons pu acheter au trafiquant deux canots. En plein hiver, avec ces températures, on était gelés mais après quatre heures à la rame, nous sommes arrivés sur l'île de Lesbos. La police nous a arrêtés dans le village, nous a emmenés à l'hôpital puis enfermés dans un centre comme une prison pour trois jours. Ils nous criaient beaucoup dessus. Après, ils nous ont relâchés et a pris un bateau pour Le Pirée puis je suis allé à Patras, je rêvais d'aller en France. Après trois tentatives ratées, je suis allé dans un village ramasser les oranges pendant quatre mois mais c'était horrible, de très mauvaises conditions de vie. Je me suis dit que je ne méritais pas cette vie, que mon rêve était de faire des études et que je devais y arriver. Je suis parti à Athènes, où j'ai appris qu'on pouvait demander l'asile. J'ai été envoyé à Thessalonique où je vis dans un centre pour réfugiés. Je vais à l'école. Je veux devenir médecin, je ne veux pas dormir dans les rues et vivre comme un mendiant. J'ai peur que ça m'arrive. Quand j'ai commencé ce voyage d'Afghanistan, je savais que ce chemin pouvait être très dangereux pour un garçon de mon âge. Je savais que je pouvais mourir. Mais je voulais quitter tous ces mauvais souvenirs, ces mauvaises années et vivre une vie normale. Dès que je pourrai, j'y retournerai mais seulement pour tenter de retrouver mon frère. V., Afghan, 17 ans, vit en Grèce, l'équipe de Médecins du monde de Thessalonique l'a soigné d'un problème de santé qui durait depuis des années.

- **Les projets d'avenir : pour la plupart, rester dans le pays d'accueil, pour certains, le quitter**

Interrogés sur leur intention de quitter le pays d'enquête dans les mois qui viennent afin de s'installer dans un autre pays, **moins de 10 % des personnes interrogées disent souhaiter repartir dans leur pays d'origine et 7 % s'installer dans un autre pays**³⁹. On soulignera bien sûr qu'il s'agit d'une intention « ressentie » au moment de l'enquête et que cela ne signifie pas que les personnes auront la volonté ou les moyens de mener à bien de tels projets. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vouloir rentrer dans leur pays (tandis qu'on ne note pas de différences significatives selon l'âge ou selon la situation maritale), ce qui s'explique en grande partie par l'existence d'enfants restés dans le pays d'origine.

20- Intention de quitter le pays d'enquête selon le sexe (en %)



* Tous pays hors Italie

39. Cette question concerne l'ensemble de l'échantillon excepté les personnes interrogées en Italie.

Le souhait de quitter le pays d'enquête diffère en effet en fonction de la situation parentale des personnes enquêtées. Celles qui ont des enfants (mineurs) avec qui elles ne vivent pas sont ainsi les plus nombreuses à avoir l'intention de retourner dans leur pays d'origine (14 % vs 9 % de l'ensemble de la population interrogée), probablement pour pouvoir les retrouver.

21- Intention de quitter le pays d'enquête selon la situation parentale (en%)

	N'a pas d'enfants mineurs	A des enfants mais ne vit pas avec eux	A des enfants et vit avec au moins l'un d'eux	Total *
Souhait de retour au pays d'origine	8,1	14,0	4,9	8,9

* Tous pays hors Italie

Des différences significatives existent également selon le pays d'accueil et d'enquête. Ainsi, **la Grèce apparaît davantage que les autres pays d'enquête comme un pays de transit**: 11 % des personnes interrogées en Grèce entendent quitter prochainement ce pays pour se rendre dans un autre pays d'émigration (différent de leur pays d'origine).

On notera également la forte proportion, en Espagne, de personnes ayant l'intention de retourner dans leur pays d'origine, ce qu'on peut lier au fait que les migrants d'origine sud-américaine, qui sont les plus nombreux à déclarer cette intention (cf. infra), représentent la moitié de l'échantillon espagnol (soit davantage que dans les échantillons des autres pays). En outre, une part relativement importante des personnes enquêtées en Espagne sont des femmes venant d'Amérique du Sud et dont la famille est restée au pays ; leur migration est vécue de façon transitoire, le temps de gagner un peu d'argent avant de rejoindre leurs proches.

22- Intention de quitter le pays selon le pays d'enquête (en%)

	BE	EL	ES	FR	NL	SE	UK
Souhait de retour au pays d'origine	2,7	6,8	19,9	4,1	5,1	6,8	8,5
Souhait d'installation dans un autre pays	9,1	11,0	7,9	4,6	6,1	1,0	5,7
Pas d'intention d'installation dans un autre pays à court terme	88,2	82,2	72,2	91,4	88,8	92,2	85,8
Total	100	100	100	100	100	100	100

Dans notre échantillon, les personnes originaires des Amériques (en particulier de nationalité bolivienne ou brésilienne) sont les plus nombreuses à déclarer avoir l'intention de retourner dans leur pays d'origine dans les prochains mois. Elles sont en outre plus nombreuses que la moyenne (de même que les personnes originaires de l'Union européenne et d'Afrique subsaharienne) à vivre dans le pays d'enquête depuis moins d'un an.

23- Intention de quitter le pays d'enquête selon le groupe de nationalités (en%)

	Europe hors UE	Afrique subsaharienne	Maghreb	Asie	Amériques
Souhait de retour au pays d'origine	5,2	5,4	3,2	7,2	21,5
Souhait d'installation dans un autre pays	2,6	7,6	9,5	2,4	7,7
Pas d'intention d'installation dans un autre pays à court terme	92,2	87,1	87,3	90,4	70,8
Total	100	100	100	100	100

• Les personnes ayant quitté leur pays au cours des douze derniers mois

Arrêtons-nous sur la situation des personnes ayant émigré au cours de l'année écoulée (c'est-à-dire depuis moins d'un an) – lesquelles représentent un cinquième de l'échantillon (21 %) ⁴⁰. Il s'agit le plus souvent de femmes, 25 % d'entre elles étant dans ce cas contre seulement 18 % des hommes. Ces personnes ont en moyenne le même âge que les personnes arrivées il y a plus longtemps (35 ans vs 34 ans). Elles sont plus nombreuses à avoir moins de 30 ans (43 % vs 34 %) et à être âgées de 50 ans ou plus (16 % vs 11 %).

40. Pour toute cette partie, on pourra se reporter aux tableaux présentés en annexe.

C'est en France, en Italie et en Espagne que la proportion de migrants arrivés très récemment est la plus élevée parmi les personnes rencontrées pendant l'enquête.

24- Proportion de personnes ayant émigré il y a moins d'un an (en%)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK	Total
< 1 an	18,0	14,7	25,5	42,7	31,6	4,1	4,9	8,4	21,3
1 an ou +	82,0	85,3	74,5	57,3	68,4	95,9	95,1	91,6	78,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ces personnes se trouvent généralement dans une situation sociale encore plus précaire. Elles sont deux fois plus souvent que les autres sans domicile fixe (respectivement 13 % et 6 %) et bénéficient moins souvent d'un logement stable (35 % vs 49 %). Elles sont également plus nombreuses à ne pas exercer d'activité professionnelle (59 % vs 44 %). En revanche, la limitation des déplacements ou des activités de peur d'être arrêté ne diffère pas de façon significative selon que les personnes ont quitté leur pays au cours de l'année écoulée ou depuis plus longtemps.

- > *« Nous sommes entrés en Grèce en bus. A notre arrivée à Thessalonique, nous avons vécu dans la rue pendant deux mois, c'était mauvais pour les enfants. » Femme bulgare, enceinte, en Grèce depuis six mois avec son mari et leurs deux enfants de 4 et 6 ans.*

Les migrants sans papiers ayant émigré depuis moins de un an sont par ailleurs deux fois plus nombreux à dire souhaiter retourner dans leur pays d'origine que ceux qui sont partis depuis un an ou plus (13 % vs 7 %).

Concernant le droit à une prise en charge des frais de santé, les migrants arrivés depuis moins de un an sont moins nombreux que les autres à remplir les conditions nécessaires pour pouvoir en bénéficier, au regard des lois respectives des 11 pays étudiés. Ils ne sont en effet que 64 % à avoir droit à cette prise en charge, contre 73 % des migrants plus anciens. Ils sont également moins nombreux à connaître leurs droits (lorsqu'ils existent) en la matière (50 % des migrants arrivés depuis moins de un an versus 70 % des émigrés arrivés depuis un an ou plus). Au final, on note que les personnes ayant émigré depuis moins de un an ont nettement moins souvent accès à une prise en charge effective des frais médicaux (quand elle existe) : elles ne sont que 37 % dans ce cas, contre 65 % des migrants plus anciens.

5. LA SITUATION SOCIALE ET FAMILIALE

• La situation familiale : des recompositions et des séparations dues à la migration

La question sur la situation familiale n'ayant pas été comprise de la même manière dans tous les pays d'enquête, il est difficile d'en faire une analyse comparative précise⁴¹. On notera néanmoins **que les hommes sont plus nombreux (45 %) que les femmes (34 %) à vivre seuls.**

25- Situation familiale selon le sexe (en%)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Vit seul (avec ou sans enfants)	44,8	34,1	39,3
Vit en couple	13,8	24,7	19,4
Vit avec famille ou amis	41,4	41,2	41,3
Total	100	100	100

Des différences sont également constatées selon le pays de résidence. Elles dépendent notamment du type d'activité des programmes où s'est déroulée l'enquête, qui diffère selon les pays.

26- Situation familiale selon le pays de résidence (en%)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK	Total
Vit seul (avec ou sans enfant)	49,1	31,4	33,0	61,8	55,6	44,0	15,5	16,7	39,3
Vit en couple	10,7	25,4	22,3	15,6	9,1	20,0	25,2	22,2	19,4
Vit avec famille ou amis	40,2	43,2	44,7	22,6	35,4	36,0	59,2	61,1	41,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

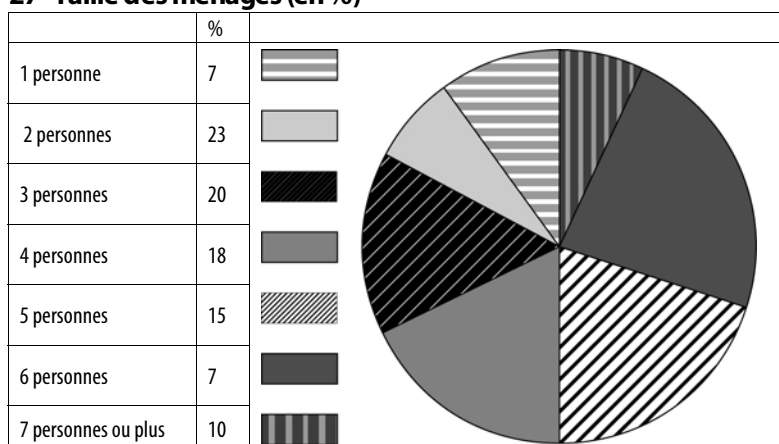
Dans l'ensemble, 42 % des enquêtés ont des enfants âgés de moins de 18 ans mais seuls 41 % d'entre eux déclarent vivre avec eux (ou au moins avec certains d'entre eux). En d'autres termes, **59 % des enquêtés ayant des enfants de moins de 18 ans ne vivent avec aucun d'entre eux.** Cette proportion très importante s'explique par les conditions d'émigration et par les conditions de vie dans le pays de destination. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à vivre sans leurs enfants (72 % versus 50 %) mais une femme sur deux, tout de même, ne vit pas avec ses enfants.⁴²

41. Par exemple, certains enquêteurs ont considéré que vivre en couple avec ses enfants devait être codé comme « vit avec famille ou amis », tandis que la plupart ont dans ce cas coché « vit en couple ». De même, certaines mères de famille monoparentale ont répondu « en famille » et ont donc été codées ainsi au lieu de l'être en « seule, avec ou sans enfants ».

42. La taille de l'échantillon de personnes ayant des enfants est trop faible pour permettre une analyse comparative en fonction du groupe de nationalité ou du pays de résidence.

Ainsi, en tout, 7 % des enquêtés vivent seuls tandis qu'un quart d'entre eux (23 %) vivent dans un logement avec une autre personne. 53 % des personnes vivent dans un logement où résident trois à cinq personnes, et 17 % dans un logement où habitent six personnes ou plus.

27- Taille des ménages (en %)



• Le sentiment de solitude

En vue de compléter les données objectives sur la vie conjugale et parentale, il semblait important de s'intéresser à ce que ressentent les personnes quant à leur isolement éventuel, en leur posant des questions plus subjectives, et cela pour deux raisons. On sait, d'une part, que l'isolement social est corrélé à un risque accru de maladies (pas seulement mentales) et, d'autre part, que l'isolement social ou la faiblesse du réseau ou du soutien social dont une personne peut disposer sont associés à un éloignement plus grand du système de soins et à un moindre recours aux soins⁴³.

Parmi les personnes interrogées, **un peu plus de la moitié déclarent se sentir très seules (23 %) ou plutôt seules (29 %)**. Cette proportion semble importante, d'autant plus que l'échantillon concerne des personnes en contact (parfois étroit) avec une association et exclut donc les migrants les plus isolés. **Les hommes expriment un sentiment de solitude plus souvent que les femmes**, ce que l'on peut relier à leurs conditions de migration, qui les amènent plus souvent à vivre sans conjoint et sans enfants.

28- Sentiment de solitude selon le sexe (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Très seul	24,2	22,3	23,3
Plutôt seul	32,1	25,0	28,6
Plutôt pas seul	28,5	32,4	30,4
Pas seul du tout	15,1	20,3	17,6
Total	100	100	100

Les personnes sans conjoint sont les plus nombreuses à se sentir seules : 63 % d'entre elles sont dans ce cas, soit deux fois plus que celles qui vivent en couple (32 %). La situation parentale semble également jouer un rôle : les personnes qui ont des enfants mineurs (moins de 18 ans) mais ne vivent pas avec eux sont 56 % à déclarer un sentiment de solitude, contre 52 % des personnes sans enfants, et 43 % des personnes vivant avec au moins l'un de leurs enfants.

43. Voir à ce sujet une récente étude spécifiquement conduite auprès d'immigrés en situation irrégulière à Milan (Devillanova C., «Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan», *J Health Econ* 2008, 27 : 265-86).

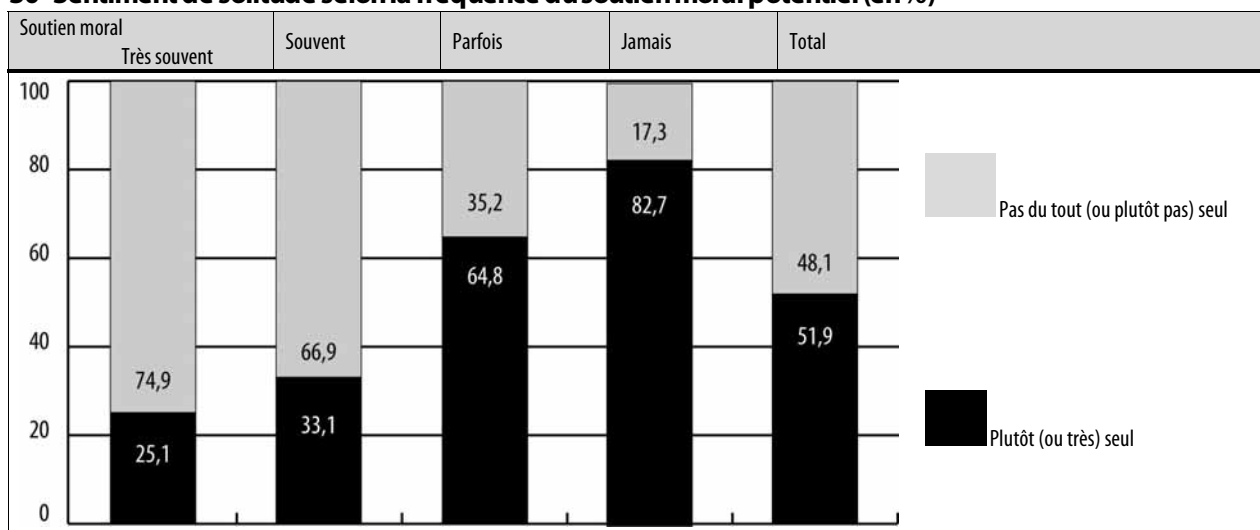
Par ailleurs, le sentiment de solitude est plus fréquent chez les migrants arrivés dans le pays depuis plus de deux ans (57 %) comparativement aux immigrants plus récents. Et cet « effet » de l'ancienneté de l'immigration, tout comme celui de la situation parentale, persiste même en analyse multivariée ajustée sur le sexe. Il peut s'expliquer par des situations objectives (le délitement des solidarités initiales entre migrants de fraîche date, par exemple) ou subjectives (pour un même isolement objectif, une « résistance » à la solitude qui s'émousse avec le temps).

29- Risque de sentiment de solitude (analyse multivariée) ajusté sur le sexe, la situation parentale et la durée passée dans le pays

		OR	IC (95 %)	
			Inférieur	Supérieur
Sexe	Femmes	ref		
	Hommes	1,35	1,05	1,73
Situation parentale	Vit avec au moins l'un de ses enfants	ref		
	N'a pas d'enfants mineurs	1,48	1,04	2,09
	Ne vit avec aucun de ses enfants	1,85	1,24	2,75
Durée passée dans le pays	Moins de 1 an	ref		
	1-2 ans	0,96	0,68	1,36
	3-5 ans	1,56	1,10	2,22
	6 ans ou plus	1,54	1,08	2,19

Enfin, et comme on pouvait s'y attendre, le sentiment de solitude est très lié au soutien moral dont peuvent (ou non) potentiellement bénéficier les personnes enquêtées: il concerne ainsi 83 % des personnes qui estiment ne pouvoir compter sur personne pour un tel soutien (contre 25 % de celles qui disent pouvoir compter sur un tel soutien « très souvent »).

30- Sentiment de solitude selon la fréquence du soutien moral potentiel (en%)



> « On est abandonné. Je suis mort, je n'ai plus envie de rien, plus envie de vivre. Lorsque les gens se lèvent le matin, ils ont envie de sortir, moi je n'ai plus envie de rien, je ne peux pas travailler, je n'ai pas de papiers, je ne suis plus rien... C'est comme ça ma vie. » H., Kurde, 26 ans, en Belgique depuis quatorze ans.

• Le soutien moral

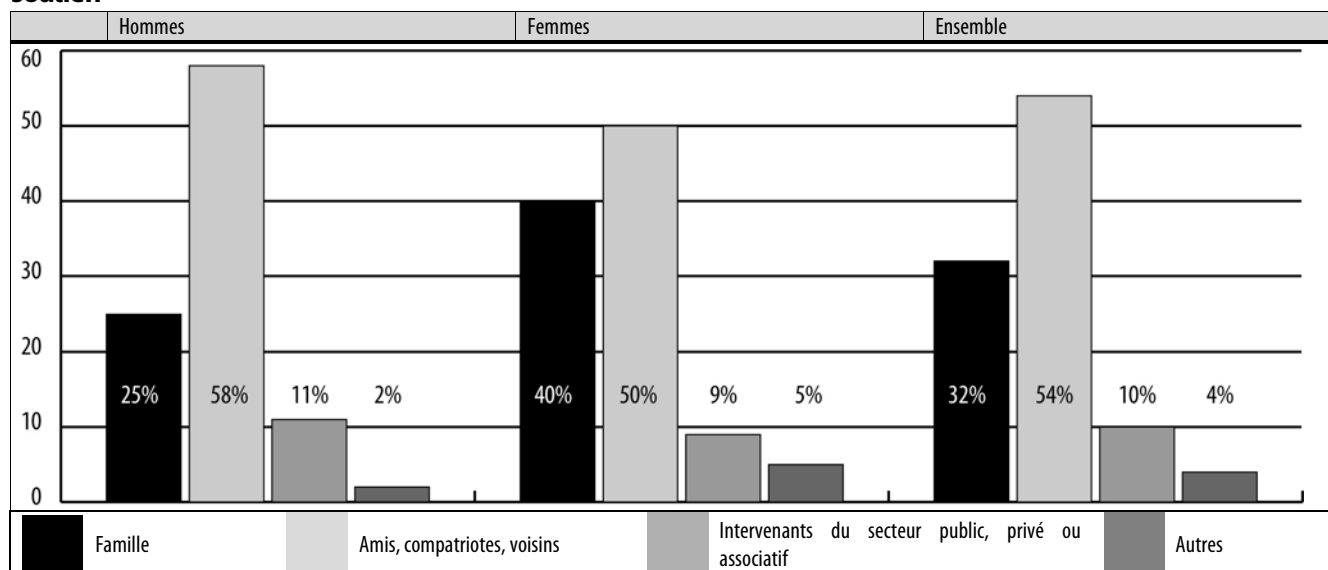
Seulement 47 % des personnes enquêtées disent pouvoir compter « souvent » ou « très souvent » sur quelqu'un pour être soutenu moralement et réconforté en cas de besoin. Les femmes de l'échantillon bénéficient plus souvent que les hommes de ce soutien moral potentiel. On ne constate en revanche pas de différence selon l'âge ou le temps passé dans le pays d'enquête.

31- Répartition des enquêtés selon leur soutien moral potentiel (en%)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Très souvent	16,2	22,1	19,1
Souvent	25,4	30,2	28,0
Parfois	39,0	33,1	35,8
Jamais	19,4	14,6	17,2
Total	100	100	100

C'est surtout auprès d'amis, de compatriotes et de voisins que les enquêtés obtiennent un soutien moral: 54 % de la population interrogée peuvent compter (parfois, souvent ou très souvent) sur de telles personnes. Les membres de la famille sont un peu moins mobilisés : seul un tiers des enquêtés comptent sur leur famille pour être soutenu, les femmes plus souvent que les hommes (40 % vs 25 %). Cela renvoie, en partie, au fait que nombre de migrants n'ont pas de parents dans le pays d'installation et que les hommes sont plus souvent dans ce cas. Enfin, on notera que les intervenants (professionnels ou bénévoles) du secteur public, privé ou associatif ne jouent qu'un rôle mineur: seuls 10 % des enquêtés peuvent compter sur eux pour un soutien moral (sans différence significative entre hommes et femmes).

32- Proportion de personnes pouvant compter sur un soutien moral selon le type de personnes prodiguant ce soutien



> « J'essaye de tout oublier pour ma fille et mon fils qui, heureusement, sont en bonne santé. Je n'ai ni famille ni vie personnelle mais heureusement j'ai ma voisine, une amie grecque, et son mari qui m'aident financièrement et moralement. S'ils n'étaient pas là, je ne sais pas ce que je ferais. » Femme, Moldave, 27 ans, viten Grèce depuis huit ans.

Même si l'absence ou la faiblesse du soutien moral peuvent se retrouver dans tous les sous-groupes de population, certains profils apparaissent comme particulièrement isolés. Ainsi, **38 % des personnes sans domicile et 30 % de celles en foyer d'hébergement déclarent ne pouvoir jamais compter sur quelqu'un pour un soutien moral.**

En analyse multivariée, toutes choses égales par ailleurs concernant le sexe, la situation maritale, la situation parentale, la nationalité (par groupes de pays d'origine), le temps passé dans le pays d'accueil et la situation au regard du logement, le risque de ne pouvoir compter sur aucun soutien moral est :

- **2 fois plus fréquent pour les personnes ayant des enfants mais ne vivant avec aucun d'entre eux** (par rapport à ceux ayant des enfants et vivant avec au moins une partie d'entre eux : OR = 2,06, IC95 % = [1,10-3,84]) ;
- **2 fois plus fréquent chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne** (OR = 2,01, IC95 % = [1,15-3,50]) que chez les personnes originaires d'Amérique ;
- **3 fois plus fréquent chez les personnes sans domicile fixe** (OR = 3,46, IC95 % = [1,87-6,41]) **ou en foyer d'hébergement à court ou moyen terme** (OR = 2,93, IC95 % = [1,69-5,04]) que chez celles en logement stable.

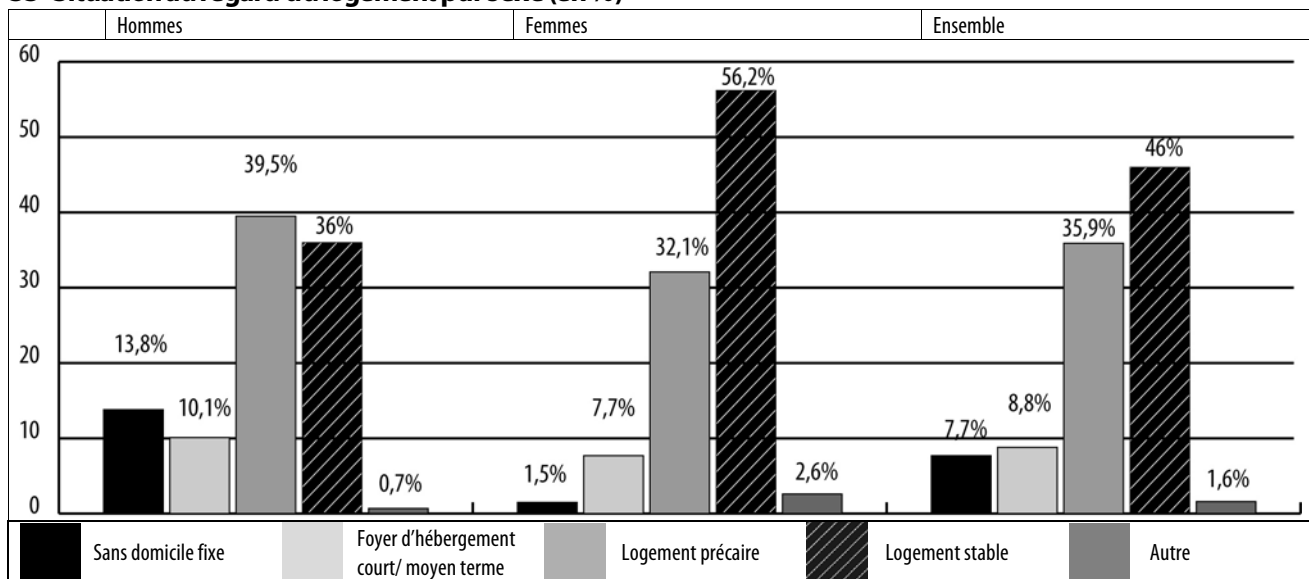
• Les types de logement

D'une manière générale, les enquêtes menées en Europe montrent que la situation des étrangers au regard du logement est globalement moins bonne que celle des ressortissants du pays – que ce soit en termes de statut d'occupation, de confort du logement ou de surpopulation. Pour les étrangers sans autorisation de séjour, les obstacles dans l'accès à un logement décent sont encore plus importants : faiblesse ou irrégularité des ressources, absence de documents officialisant le séjour dans le pays de résidence ou les revenus, discrimination et pratiques abusives de la part des propriétaires, absence de droit au logement social, faiblesse des réseaux sociaux, peur de la dénonciation, etc. Or, la précarité de l'hébergement peut s'accompagner d'un surpeuplement contraint comme de conditions matérielles de logement indignes (insalubrité, plomb, dangers...), facteurs qui peuvent entraîner des risques pour la santé et le bien-être des habitants.

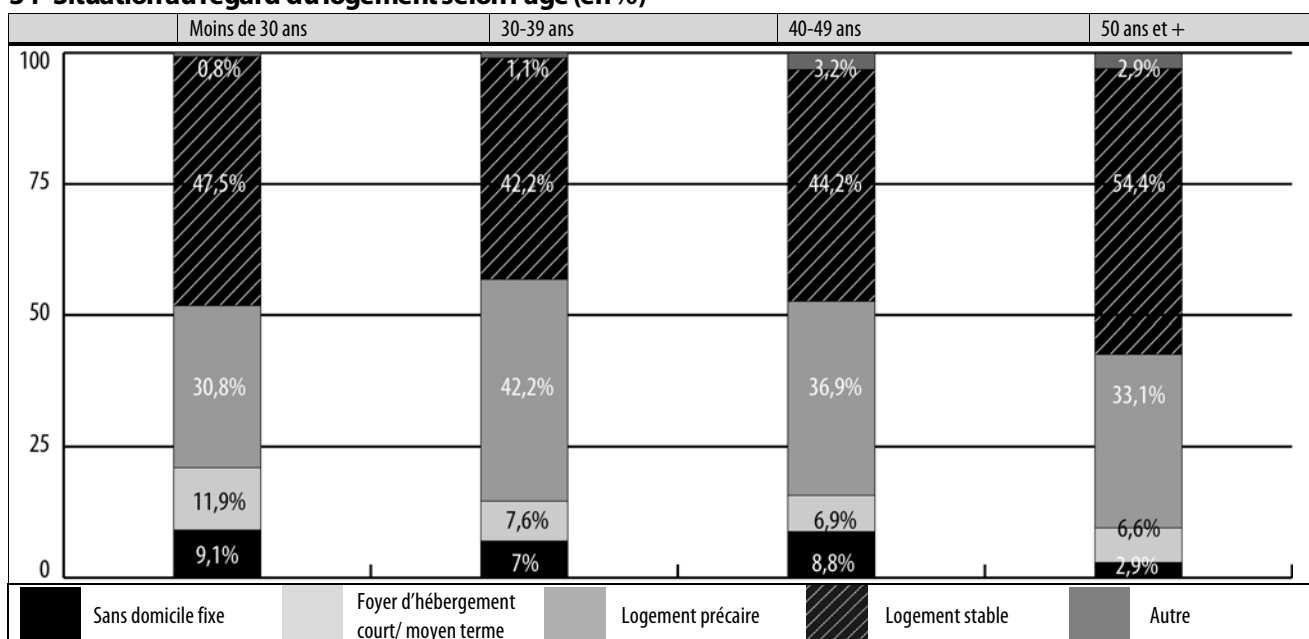
Pour les personnes interrogées, la situation vis-à-vis du logement s'avère particulièrement défavorable. **Moins de la moitié** d'entre elles (46 %) **disposent d'un logement stable** ; 8 % sont sans domicile fixe, 9 % sont en foyer d'hébergement (à court ou moyen terme) ; 36 % ne bénéficient que d'un logement précaire et 2 % se trouvent dans une autre situation, principalement hébergées sur leur lieu de travail. La précarité du logement renvoie à des situations différentes. Dans la majorité des cas (78 %), les personnes concernées sont provisoirement hébergées par des membres de leur famille ou des amis. Mais elles peuvent aussi occuper un logement sans bail (pour 14 % d'entre elles) ou un terrain sans droit (6 %). Enfin, 2 % sont sous la menace d'une décision d'expulsion ou de saisie de leur logement.

La situation des hommes interrogés est plus précaire encore que celle des femmes : 14 % sont sans domicile (contre 2 % des femmes) et seuls 36 % ont un logement stable (contre 56 % des femmes).

33- Situation au regard du logement par sexe (en %)



34- Situation au regard du logement selon l'âge (en %)



Rappelons également, comme on l'a vu précédemment, que les personnes arrivées dans le pays d'enquête depuis moins de un an sont en situation plus délicate que la moyenne : seules 36 % d'entre elles ont un logement stable, et 14 % sont sans domicile. En revanche, une fois passé le cap des un ans, on ne note plus d'amélioration notable suivant la durée de résidence dans le pays : les sans-papiers vivent durablement dans la précarité.

35- Situation au regard du logement selon la durée passée dans le pays d'enquête (en %)

	moins de 1 an	1-2 ans	3-5 ans	6 ans ou plus	ensemble
Sans domicile fixe	14,0	3,2	3,9	10,1	7,7
Foyer d'hébergement court/moyen terme	10,8	9,7	6,0	8,8	8,8
Logement précaire	38,4	33,9	42,0	29,4	35,9
Logement stable	35,6	51,3	46,6	49,7	46,0
Autre	1,2	1,8	1,4	2,0	1,6

p < 10⁻³

Les différences constatées selon le pays de résidence et selon la nationalité doivent être interprétées à la lumière de caractéristiques spécifiques à chacun des pays. La forte proportion de personnes sans domicile en Italie, par exemple, tient au fait que, dans ce pays, les programmes dans lesquels l'enquête a été réalisée s'adressent précisément à des personnes sans domicile et/ou à des usagers de drogues. En Espagne, forte proportion de logements stables peut aussi tenir au fait que les travailleurs agricoles, les employés de maison ou travaillant comme aides aux personnes âgées sont généralement logés sur leur lieu de travail de même que les personnes travaillant dans des clubs. Quant à la Grèce, les conditions de location ne sont pas aussi formalisées que dans d'autres pays et les immigrés peuvent y avoir accès une fois qu'ils connaissent mieux le pays.

36- Situation au regard du logement selon le pays de résidence (en%)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Sans domicile fixe	4,5	2,6	3,2	8,0	44,4	2,9	-	0,9
Foyer d'hébergement court/moyen terme	4,5	13,7	6,0	8,5	12,1	14,7	9,7	1,9
Logement précaire	49	14,5	12,0	54,3	17,2	27,5	62,1	60,7
Logement stable	42,0	65,8	73,1	29,1	25,3	54,9	28,2	35,5
Autre	-	3,4	5,7	-	1,0	-	-	0,9

De plus, la distribution des situations au regard du logement montre que les personnes originaires d'Asie sont les moins susceptibles d'être sans domicile fixe ; par ailleurs, les personnes originaires d'Amérique latine (interrogées en majorité en Espagne) sont le plus souvent en logement stable.

37- Situation au regard du logement selon le groupe de nationalités (en%)

	Europe hors UE	Afrique subsaharienne	Maghreb	Asie	Amériques	Autre*	Total
Sans domicile fixe	12,1	9,5	12,5	0,8	2,0	7,9	7,7
Foyer d'hébergement court/moyen terme	13,5	8,7	8,6	8,6	3,9	11,9	8,8
Logement précaire	29,8	39,3	46,1	47,7	23,5	30,5	35,9
Logement stable	44,0	41,9	32,2	43,0	65,7	47,0	46,0
Autre	0,7	0,6	0,7	-	4,9	2,6	1,6

* La catégorie « autre » regroupe les nationalités du Proche et Moyen-Orient, de l'Union européenne et les apatrides.

- > *Pas de logement jusqu'à la mort : H. a 56 ans et il vit depuis déjà vingt ans aux Pays-Bas, sans autorisation de séjour ni couverture maladie. Il n'a plus aucun contact avec sa famille au Venezuela. Il travaille en tant qu'artiste et dans le nettoyage mais il n'a pas de revenu fixe.*

En 2006, un cancer du poumon est diagnostiqué. H. est hospitalisé et opéré : on lui retire la majeure partie d'un poumon ; il subit une radiothérapie. Suite à cette intervention médicale, H. se porte mieux pendant quelque temps, jusqu'au début de l'année 2008 où il recommence à se sentir très mal. Il est examiné à l'hôpital. Les résultats signalent une récurrence du cancer : le reste des poumons, les reins et le foie sont atteints. Les médecins ne peuvent plus rien faire pour H., qui se trouve dès lors en phase terminale, n'ayant plus que quelques mois à vivre. H. ne peut rester à l'hôpital, il doit retourner chez lui et se soigner avec des antidouleurs.

Mais H. n'a pas de domicile fixe, il est sans abri. Il souhaiterait mourir dans un lieu calme et paisible, il pense lui-même à un hospice. Il existe un grand nombre d'hospices dans le quartier mais il est très difficile d'y trouver une place parce qu'il n'a pas d'assurance maladie et qu'il ne peut payer lui-même les frais. L'hôpital renvoie H. vers une association caritative pour sans-abri, située très loin de la ville où H. réside, qui accepte de l'héberger durant cette phase terminale. H. est très effrayé à l'idée de passer les derniers jours de sa vie loin de sa ville et de ses amis ; c'est pourquoi il décide de ne pas s'y rendre.

H. est chassé de l'hôpital. Il est mis à la rue avec toutes ses affaires et une réserve de médicaments pour deux jours. Il ne peut plus marcher, il ne peut pas se déplacer seul. Un ami parvient à lui obtenir une chaise roulante et le dépose dans un centre d'accueil pour sans-abri qui accepte de l'héberger pendant quelques jours. Là, personne ne peut réellement s'occuper de lui, et H. ne peut pas partir parce qu'il est au deuxième étage et qu'il n'y a pas d'ascenseur.

Grâce à la mobilisation d'amis et d'organisations de soutien, un hospice de la ville de H. accepte de l'accueillir bien qu'il ne soit pas assuré. Grâce au réseau de Médecins du monde, il bénéficie de soins palliatifs et une procédure juridique est entamée afin de rembourser l'hospice et les autres intervenants pour les coûts des soins fournis. Quelques jours après son arrivée à l'hospice, H. décède.

Durant ses derniers jours de vie, H. a souhaité que son expérience puisse servir à améliorer les soins palliatifs pour les sans-papiers aux Pays-Bas. Il voulait également que l'hôpital reconnaisse qu'il n'aurait pas dû être mis à la rue et qu'il s'engage à ne plus jamais agir ainsi. «On ne peut pas traiter les gens de la sorte, encore moins s'ils sont gravement malades et qu'il ne leur reste plus beaucoup de temps à vivre.» H., Vénézuélien, 56 ans, vivait aux Pays-Bas.

• Les conditions de logement

Les migrants interrogés sont, de surcroît, tout particulièrement concernés par un autre problème lié aux conditions d'hébergement : le surpeuplement des logements. Plusieurs méthodes existent pour le calculer. Nous avons adopté ici la définition considérant qu'un logement est surpeuplé lorsqu'il offre moins d'une pièce (principale) par personne⁴⁴. Au total, en excluant du calcul les personnes sans domicile, le surpeuplement du logement concerne 68 % des personnes interrogées (sans différences significatives selon le sexe ou l'âge).

Les personnes vivant en foyer d'hébergement ou en logement précaire sont encore plus concernées que les autres : les trois quarts d'entre elles font face à ce problème de surpeuplement.

38- Proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé selon la situation au regard du logement (en%)

	%
Foyer d'hébergement à court ou moyen terme	73,8
Logement précaire	74,7
Logement stable	62,9
Autre situation (hors personnes sans domicile)	46,4
Echantillon total (hors personnes sans domicile)	67,9

On notera par ailleurs que parmi les personnes qui vivent avec leurs enfants mineurs (ou certains d'entre eux), 86% résident dans un logement surpeuplé. Or l'on sait que le surpeuplement risque d'avoir des conséquences quant au développement des enfants et des adolescents : manque d'intimité, difficultés à séparer l'espace des adultes et celui des enfants, manque d'espace calme pour le travail scolaire, manque de place pour inviter des amis, etc. En Suède, l'équipe a rencontré un certain nombre de bébés suralimentés pour éviter qu'ils ne réveillent les autres occupants du logement. C'est aux Pays-Bas que la situation de surpeuplement semble la moins grave.

39- Proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé selon le pays d'enquête (en%)

BE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	Echantillon total*
59,4	70,5	60,6	79,4	50,0	78,4	76,4	67,9

* Hors personnes sans domicile et hors Italie (où les données recueillies n'ont pas permis de calculer le surpeuplement du logement).

44. Définition habituellement utilisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques français (Insee), même si nous sommes conscients que ce seuil peut différer des normes de certains enquêtés concernant ce qui est acceptable en matière de logement.

Plusieurs questions ont par ailleurs été posées concernant certaines caractéristiques matérielles des logements. Ainsi, 4 % des personnes vivent dans un logement sans électricité et la même proportion dans un logement sans point d'eau, 5 % sans toilettes et 16 % sans chauffage, y compris dans des pays où les températures peuvent être très basses en hiver : 5 % aux Pays-Bas, 8 % en Belgique, 12 % en France⁴⁵. Et 6 % des enquêtés ne disposent pas de cuisinière ou de réchaud au sein de leur logement.

40- Conditions de logement selon la situation au regard du logement (en%)*

	Foyer d'hébergement court/moyen terme	Logement précaire	Logement stable	Ensemble
Pas de chauffage	16,0	18,6	11,6	15,6
Pas de cuisinière/réchaud	16,3	8,0	1,6	5,6
Pas de toilettes	-	8,0	1,6	4,7
Pas d'électricité	-	8,0	0,9	3,9
Pas de point d'eau	-	7,5	1,4	3,8

* Ces questions n'étaient pas posées aux personnes sans domicile; les données sur la catégorie « autre situation de logement » ne sont pas présentées du fait du faible effectif, mais sont prises en compte dans le calcul sur l'ensemble de l'échantillon.

Par ailleurs, un tiers (34 %) des personnes enquêtées qui ne sont pas sans domicile estiment que leurs conditions de logement sont dangereuses ou néfastes pour leur santé et celle de leurs enfants. Hommes et femmes ont ce sentiment dans des proportions similaires. En revanche, ce pourcentage augmente avec l'âge : 43 % des personnes de 50 ans ou plus sont dans ce cas (contre seulement 30 % des moins de 30 ans). On notera également que les logements considérés comme étant insalubres par leurs occupants sont aussi plus souvent surpeuplés, et concernent plus souvent des hébergements précaires.

41- Proportion de personnes jugeant que leurs conditions de logement sont dangereuses ou néfastes pour leur santé (ou celle de leurs enfants) selon différentes caractéristiques (en%)

		%
Age	Moins de 30 ans	29,7
	30-39 ans	34,0
	40-49 ans	36,4
	50 ans et plus	42,9
Pays d'enquête*	BE	38,3
	EL	39,8
	ES	34,0
	FR	33,5
	NL	34,4
	SE	43,6
Durée passée dans le pays d'enquête	UK	31,4
	Moins de 1 an	31,2
	1-2 ans	26,7
	3-5 ans	37,0
Situation au regard du logement	6 ans ou plus	40,1
	Foyer d'hébergement (court/moyen terme)	36,9
	Logement précaire	38,7
	Logement stable	29,8
Région d'origine	Autre (hors sans domicile fixe)	41,4
	Union européenne	46,8
	Europe hors UE	44,6
	Afrique subsaharienne	39,9
	Maghreb	31,5
	Proche et Moyen-Orient	26,4
	Asie	23,0
Surpeuplement du logement	Amériques	25,6
	Logement non surpeuplé	24,9
	Logement surpeuplé	37,2
	Echantillon total (hors sans domicile fixe)	34,1

* L'Italie ne figure pas dans la liste car les données n'étaient pas exploitables

45. La question du chauffage dans le logement n'a pas été posée en Suède.

6. L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

• La disparité des situations

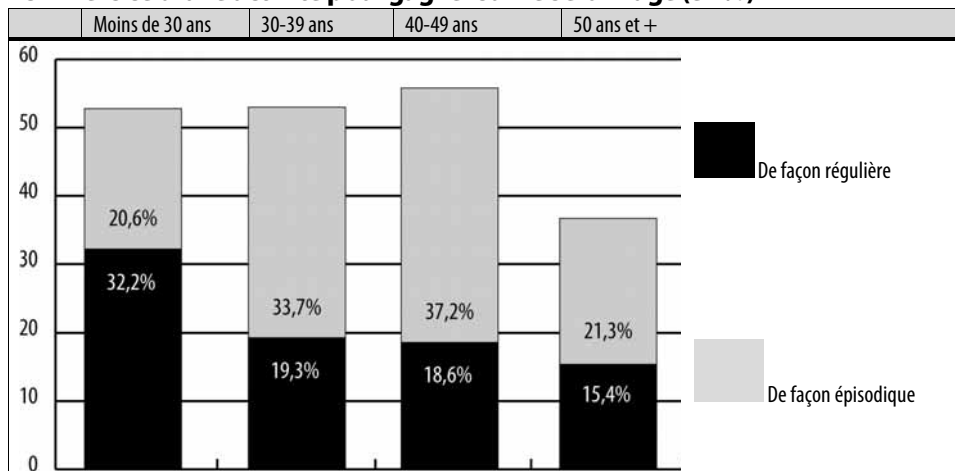
Sur l'ensemble des personnes enquêtées, 19 % disent exercer une activité ou un travail pour gagner leur vie de façon régulière⁴⁶, 32 % de façon épisodique et 47 % disent n'avoir pas d'activité pour gagner leur vie (1 % n'a pas souhaité répondre à cette question). **Les femmes de l'échantillon sont deux fois plus nombreuses que les hommes à exercer une activité régulière : 26 % vs 12 %, p<0,001.**

42- Exercice d'une activité pour gagner sa vie selon le sexe (en%)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Activité régulière	12,4	26,0	19,1
Activité épisodique	35,9	28,0	32,2
Pas d'activité	49,7	45,6	47,3
Refus de répondre	2,0	0,4	1,3

C'est chez les plus jeunes que le taux d'activité régulière est le plus élevé (32 % chez les moins de 30 ans) puis ce taux décroît avec l'âge : seules 15 % des personnes âgées de 50 ans et plus exercent une activité régulière pour gagner leur vie.

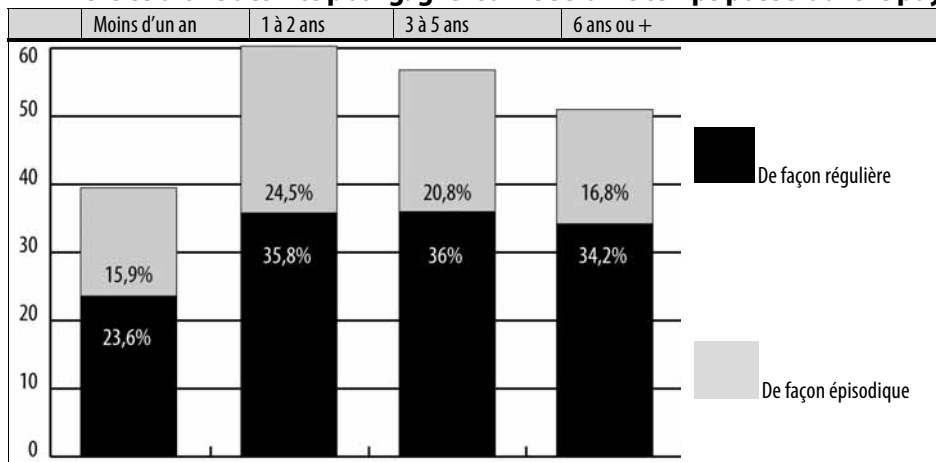
43- Exercice d'une activité pour gagner sa vie selon l'âge (en%)



46.L'expression « de façon régulière », utilisée dans les questionnaires en français, a pu prêter à confusion chez quelques-uns des enquêtés, qui l'auraient interprétée en référence à la légalité du contrat de travail et non en termes de fréquence.

Si on croise l'activité avec la durée de séjour dans le pays d'accueil, le taux maximal d'activité régulière est observé chez les personnes présentes dans le pays entre une année révolue et cinq ans (36%)⁴⁷.

44- Exercice d'une activité pour gagner sa vie selon le temps passé dans le pays d'enquête (en%)



- **Des conditions de travail difficiles**

Les secteurs d'activité dans lesquels travaillent les migrants sont divers. **Le nettoyage et les services aux particuliers sont ceux qui emploient le plus de personnes dans notre échantillon (respectivement 23% et 20%)**. L'importance des services aux particuliers renvoie au nombre relativement important de migrants qui s'occupent, à domicile, d'enfants, de personnes âgées ou malades, ainsi que de migrants employés de maison.

Les enquêtés sont également nombreux à travailler dans les secteurs du bâtiment (15%), de l'hôtellerie et de la restauration (9%), ou encore à se prostituer (11%) – ce qui est lié, bien sûr, à la manière dont fut constitué l'échantillon, plusieurs sites d'enquête correspondant précisément à des unités mobiles s'adressant à des personnes se prostituant. S'il ne semble pas rare que les personnes exercent simultanément plusieurs activités dans des secteurs différents, cette information n'a pas été recueillie dans l'enquête⁴⁸. De même, la précarité des emplois peut conduire à devoir changer de secteur d'activité relativement souvent (mais les données présentées ici ne concernent que l'emploi principal au jour de l'enquête).

45- Secteur d'activité des enquêtés qui travaillent (de façon régulière ou épisodique) (en%)

Secteur	%
Nettoyage	22,5
Services aux particuliers	20,4
Bâtiment, travaux publics	15,3
Prostitution	11,0
Hôtellerie, restauration	9,4
Commerce	4,0
Industries des biens de consommation	3,8
Agriculture, sylviculture, pêche	2,7
Vente à la sauvette	1,8
Transports	1,6
Industries agricoles et alimentaires	0,9
Autres industries	0,9
Autre	5,8
Total	100

47. Si on croise ce taux d'activité avec la durée de séjour en situation irrégulière, ces chiffres et la distribution montrée dans la figure correspondante sont pratiquement identiques.

48. Seul le secteur d'activité principal était renseigné, ce qui était souvent difficile pour les gens enchaînant plusieurs types de travail.

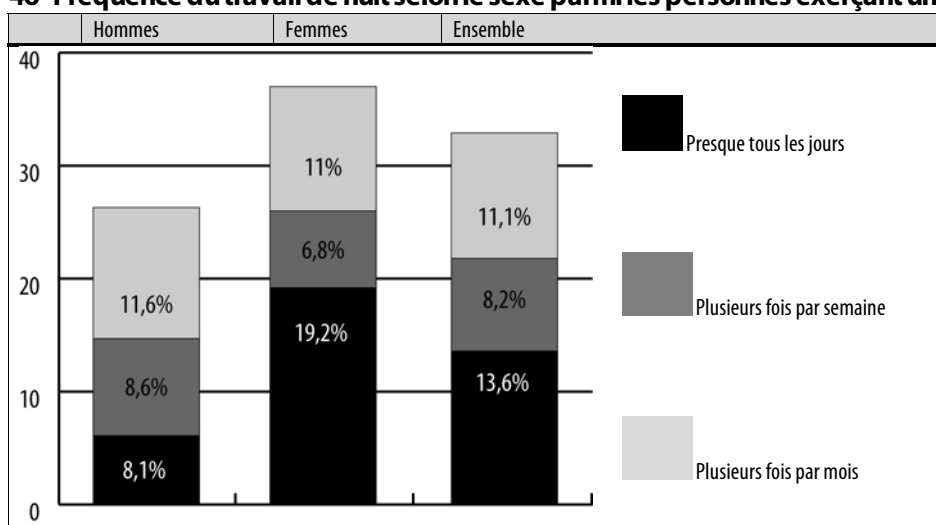
- > « Comme nous vivons illégalement ici, mon mari travaille de 7 h du matin à 3 h du matin pour 25 euros par jour. » Femme, Argentine, 23 ans, vit en Espagne depuis dix mois.
- > « J'aimerais arrêter de travailler dans la prostitution, mais je ne trouve pas de travail, c'est incroyable. Dans les annonces publiées dans le journal, il n'y a rien. Comme je n'ai pas de papiers c'est encore plus difficile, je cherche du travail aussi bien en tant qu'externe qu'en tant qu'interne, peu importe. Tu ouvres le journal et dans les annonces d'emploi, il n'y a rien, en revanche dans les annonces de contacts, beaucoup de clubs recherchent des filles. C'est difficile, ça fait déjà trois semaines que je suis à la recherche et je n'ai rien trouvé. J'ai trouvé une offre d'emploi pour m'occuper d'une femme âgée atteinte d'Alzheimer, de midi à 19 h. Le garçon m'a dit que ce n'est pas beaucoup de travail : réveiller sa mère, l'asseoir dans le sofa devant la télé, lui donner à manger et la mettre au lit. Je lui ai dit que ce n'était pas très difficile mais que ça ne me laissait pas la possibilité de trouver un travail complémentaire, parce que 500 euros ne suffisaient pas pour vivre. J'envoie tout l'argent que je gagne au Brésil, je ne garde ici que le nécessaire pour payer le loyer et manger, j'envoie tout le reste et je ne me permets aucun caprice. La crise touche aussi la prostitution, il n'y a pas de travail ». Brésilienne, 44 ans, vit en Espagne.

Parmi les personnes qui travaillent (de façon régulière ou épisodique), 37 % exercent leur(s) activité(s) plus de dix heures par jour (16 % presque tous les jours, 10 % plusieurs fois par semaine, 12 % plusieurs fois par mois). On ne constate pas de différences significatives sur ce point selon le sexe ou l'âge.

Le travail de nuit se révèle aussi relativement fréquent (et ce alors même que la définition adoptée ici, à savoir une activité entre minuit et 5 h du matin, est plus restrictive que les définitions habituellement utilisées dans les enquêtes). Ainsi, 22 % des enquêtés ayant une activité rémunérée travaillent de nuit presque tous les jours ou plusieurs fois par semaine. Les femmes sont notablement plus souvent concernées que les hommes (26 % versus 14,7 %), en particulier pour le travail nocturne quotidien (19 % versus 6 %).

Ce travail de nuit renvoie à différentes situations : les enquêtés qui se prostituent sont particulièrement concernés, mais le sont également nombre de personnes assurant des services aux particuliers tels que la garde de malades ou de personnes âgées, ainsi que des personnes travaillant dans le secteur du nettoyage et dans les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration⁴⁹.

46- Fréquence du travail de nuit selon le sexe parmi les personnes exerçant une activité (en%)



⁴⁹ Même en soustrayant des calculs les personnes qui se prostituent, la différence de fréquence de travail nocturne quotidien entre les hommes et les femmes reste importante.

- > Elle a eu des expériences très dures avec le travail. Elle a souvent travaillé douze à quatorze heures par jour et à la fin, elle devait se battre pour obtenir la somme promise (par exemple 150 euros par mois). Cela lui est arrivé à plusieurs reprises : les gens la mettaient sous pression en la menaçant de la dénoncer aux autorités si elle n'acceptait pas. En ce moment, elle travaille chez plusieurs particuliers, nettoyage, lavage des vitres et entretien des jardins. L. Ukrainienne, 58 ans, vit en Allemagne depuis huit ans.

Autre indice des difficiles conditions de travail : **8 % des enquêtés ont été victimes d'accidents du travail depuis leur arrivée dans le pays d'accueil.** Bien entendu, cette fréquence dépend de la durée de séjour dans le pays d'enquête⁵⁰ (en moyenne de sept ans pour ceux déclarant avoir déjà été victime d'un accident du travail et de quatre ans et demi pour les autres, $p = 0,002$). Après ajustement sur la durée de séjour, la fréquence n'est pas différente selon le sexe ou l'âge des personnes interrogées. Les fréquences brutes d'accident du travail sont indiquées dans le tableau suivant. En fait, après ajustement sur la durée de séjour, on n'observe plus de différence significative entre les pays d'enquête (à cause de la faiblesse des échantillons). **Cependant, le risque d'avoir connu un accident du travail apparaît plus élevé en Espagne et aux Pays-Bas, tandis qu'il est le plus faible en France.**

47- Proportion de personnes ayant été victime d'un accident du travail depuis leur arrivée dans le pays d'enquête (en %)

NL	ES	EL	BE	FR	Echantillon total
16,5	12,7	9,4	6,3	2,5	8

- > Il a eu un premier accident du travail en Italie, avant d'arriver ici avec une fracture du poignet. Puis il est tombé d'un échafaudage et a été suturé. Marocain, 30 ans, vit en Suisse.
- > J. a eu un accident de travail et s'est cassé le pied. Un ami l'emmène chez un médecin espagnol qui lui dit qu'il doit être opéré immédiatement. Ils essayent plusieurs hôpitaux où on lui demande, au service d'admission des urgences, de payer puisqu'il n'a pas de couverture maladie. Devant la souffrance de J., son ami finit par lui prêter sa carte d'assuré et J. est admis dans une clinique où il doit être opéré le lendemain. J. quitte la clinique dans la nuit, avant l'opération, car il a peur d'être arrêté et de porter préjudice à son ami. J., Nicaraguayen, 53 ans, vit en Allemagne.

50.Ce qui empêche toute comparaison avec les taux de personnes victimes d'accidents du travail en population générale.

7. L'ACCES AUX DROITS A LA PRISE EN CHARGE DES SOINS⁵¹

• Des droits à la prise en charge des soins variables selon les pays

Selon les lois respectives des pays où ils vivent⁵², 70 % des personnes interrogées peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs soins au vu de leur situation (étant entendu que les contours et les modalités de cette prise en charge sont extrêmement variables d'un pays à l'autre⁵³). Les données par pays ne sont disponibles et analysables qu'en Belgique, en Espagne, en France, en Grèce et en Italie⁵⁴.

48- Accès théorique à la prise en charge des soins (en%)

	BE	EL	ES	FR	IT	Total
Remplit les conditions	98,2	2,7	72,7	88,9	55,3	69,8
Ne remplit pas les conditions	1,8	93,6	22,7	11,1	44,7	28,2
Inconnu	0,0	3,6	4,6	0,0	0,0	1,9

• Une relative méconnaissance de la prise en charge des soins

Les personnes ont été interrogées sur leur connaissance de leurs droits théoriques à bénéficier d'une prise en charge de leurs soins⁵⁵. Au total, les trois quarts des personnes interrogées (76 %) pouvant bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé connaissent leurs droits. En revanche, **un quart d'entre elles ignorent qu'elles peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs soins de santé**. C'est au Royaume-Uni que cette proportion est la plus élevée : plus de la moitié des enquêtés ignorent cette possibilité. A l'inverse, en Espagne, la quasi-totalité des personnes interrogées sont au courant de cette possibilité.

49- Connaissance des droits à la prise en charge des soins parmi les personnes pouvant en bénéficier théoriquement (en%)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Oui	58,2	94,3	76,7	65,4	47,7	76,5
Non	41,8	5,7	23,3	34,6	52,3	23,5

Parmi ces personnes au courant de leurs droits, **seulement un peu plus de la moitié connaissent suffisamment bien, dans le détail, les démarches à entreprendre pour les faire valoir**. Les personnes moins bien informées des procédures sont particulièrement nombreuses en France, en Espagne et en Italie, tandis que les personnes totalement ignorantes des procédures à mettre en œuvre représentent un tiers des répondants en Belgique et au Royaume-Uni.

50- Connaissance des procédures à mettre en œuvre pour faire valoir ses droits à la prise en charge des soins de santé parmi les personnes connaissant leurs droits théoriques (en%)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Oui tout à fait	54,7	61,9	53,5	59,0	55,1	57,5
Oui mais pas sûr	9,4	28,2	26,8	41,0	14,3	24,9
Non	35,9	9,9	19,7	0,0	30,6	17,7

51. Selon les pays, « prise en charge des soins » signifie que les coûts liés aux soins sont totalement ou partiellement pris en charge ou qu'ils sont dispensés gratuitement.

52. Voir chapitre 1 pour les législations concernant l'accès aux soins par pays.

53. Cattacin S., Chimienti M., « Difference sensitivity in the field of migration and health: national policies compared », Geneva : Research report of the Department of Sociology of the University of Geneva, 2006.

54. Ce « diagnostic de situation » n'a pas été fait à Londres (considérant qu'en théorie la totalité des personnes peuvent théoriquement s'inscrire auprès d'un médecin généraliste et avoir accès aux soins de santé primaires), aux Pays-Bas (où la prise en charge des soins se fait à l'acte, directement par le professionnel de santé qui peut être remboursé) et en Suède (où aucun dispositif de prise en charge des soins n'est prévu). En Allemagne, au Portugal, en Suisse, aucune analyse par pays n'a pu être faite car les échantillons étaient trop petits (voir chapitre 1-Présentation des résultats)

55. Cette question était, contrairement à la précédente, également posée au Royaume-Uni.

• Un parcours semé d'embûches pour faire valoir ses droits

Seules les deux tiers des personnes au courant de leurs droits ont engagé des démarches pour les obtenir. **C'est en Belgique et en France que cette proportion est la plus faible (respectivement un tiers et la moitié seulement se sont engagées, seules ou aidées, dans de telles démarches)**, deux pays où les procédures bureaucratiques pour faire valoir ses droits quand on est un étranger sans papiers sont parmi les plus compliquées. A l'inverse, dans les pays d'Europe du Sud et au Royaume-Uni, les personnes – quand elles sont au courant de leurs droits – se sont très majoritairement engagées dans ces démarches.

51- Proportion des personnes engagées dans les démarches pour faire valoir leurs droits à la prise en charge des soins parmi les personnes connaissant leurs droits théoriques (en%)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Oui	34,4	75,7	54,7	84,6	84,0	65,9
Non	62,5	23,2	45,3	15,4	16,0	33,1
Ne sait pas	3,1	1,1	0,0	0,0	0,0	1,0

Parmi les personnes ayant engagé des démarches pour faire valoir leurs droits, plus de la moitié disent qu'elles ont rencontré au moins une difficulté au cours de ces démarches. Par ordre de fréquence décroissant, ce sont :

- des problèmes administratifs, dans 74 % des cas (difficultés à rassembler les justificatifs, demandes abusives, horaires inadaptés, renvoi de bureau en bureau, etc.);
- la méconnaissance des dispositifs (23 %);
- des problèmes linguistiques (21 %).

Un tiers des personnes rapportant des problèmes dans leurs démarches signalent également des expériences et des obstacles certes plus subjectifs mais non moins problématiques tels que la peur d'une dénonciation ou d'une arrestation (16 %), des refus d'aide de la part des services sociaux (8 %) ou des professionnels de santé (8 %) ou encore la peur de la discrimination ou d'être mal accueillies (6 %).

Au bout du compte, parmi ces personnes engagées dans les procédures, seules 60% sont, au jour de l'enquête, effectivement prises en charge. **De nouveau, c'est en Belgique et en France que ces proportions sont les plus faibles (respectivement 50 % et 24 %), témoignant du « parcours du combattant » imposé aux personnes sans papiers pour faire valoir leurs droits**⁵⁶. C'est en Espagne et en Italie que la situation est la plus favorable.

52- Prise en charge effective des soins de santé au jour de l'enquête parmi les personnes engagées dans les procédures (en %)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Oui	50,0	67,2	24,0	100,0	60,0	59,8
Refus	22,7	3,6	5,3	0,0	35,0	8,6
En cours	27,3	27,7	66,7	0,0	2,5	29,8
Ne sait pas	0,0	1,5	4,0	0,0	2,5	1,8

- > *C. est en France depuis six mois. Elle a accouché, à l'hôpital, il y a trois mois et son bébé est suivi en PMI. Depuis son arrivée, aucun des professionnels qu'elle a rencontrés (médecin, sage-femme, personnel hospitalier...) ne lui a proposé de faire une demande d'aide médicale d'Etat pour elle et sa famille. Elle nous montre plusieurs factures de consultations médicales ou de médicaments, avec les feuillets de prise en charge de la Sécurité sociale dont elle ne connaît pas l'utilité. La demande de couverture maladie est faite le jour où elle va à Médecins du monde à Paris. C., Roumaine, 21 ans, vit en France depuis six mois*

56. Rappel: ces proportions concernent des personnes qui ont théoriquement droit à la prise en charge de leurs soins au regard de la loi dans ces deux pays (voir la description des conditions d'accès aux soins par pays au début du rapport).

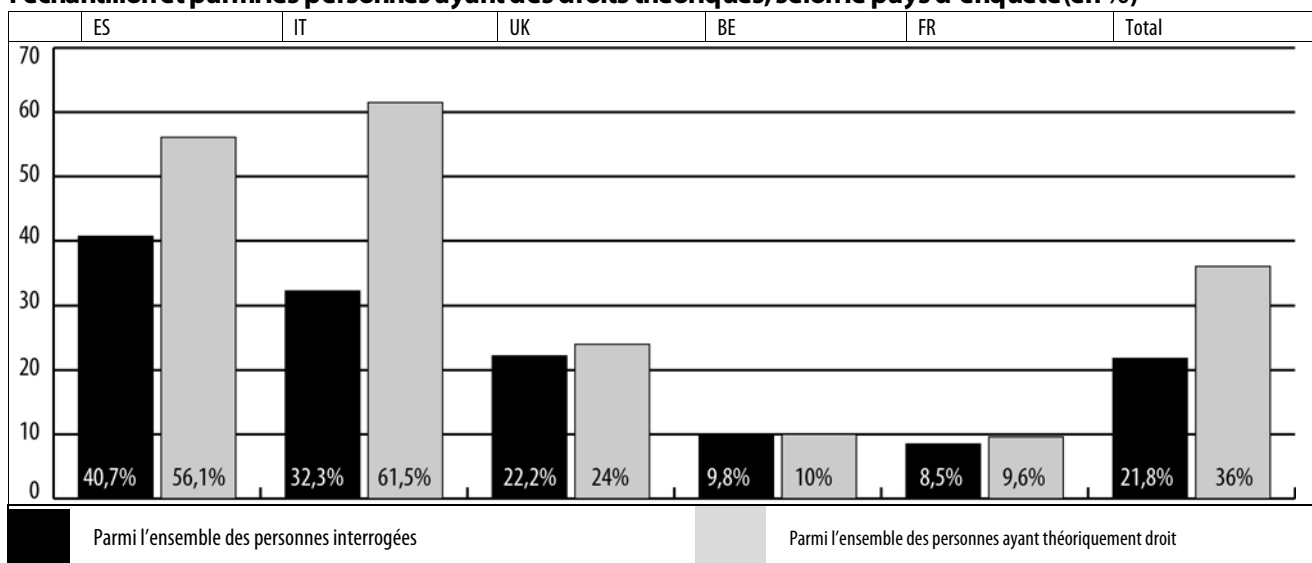
Au total, les proportions de personnes ayant une prise en charge effective de leurs soins de santé ont été estimées 1) parmi l'ensemble des sans-papiers interrogés dans chaque pays et 2) parmi ceux ayant, en théorie, droit à cette prise en charge au vu de leur situation et des conditions d'accès prévues par les lois nationales propres à chaque pays.

Dans l'ensemble de la population interrogée, seules 22 % des personnes sans papiers ont une prise en charge effective de leurs soins de santé, sans différence significative selon le sexe, l'âge ou la situation familiale des personnes. Cette proportion est semblable à celle observée lors de la précédente enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde, publiée en 2007 (24%)⁵⁷. Dans les premiers temps, elle augmente avec le temps passé sans autorisation de séjour dans le pays d'accueil : seules 9,5 % des personnes sans papiers depuis moins d'un an sont prises en charge et 15,6 % des personnes sans papiers depuis un an le sont. En revanche, au-delà de deux ans, cette proportion n'augmente plus (autour de 23 %) dans la population d'enquête, ce qui est lié probablement au biais de sélection inhérent à l'enquête (ceux qui, au-delà de deux ans, ont obtenu une prise en charge de leurs soins ont moins de raisons et donc de probabilités de fréquenter un programme associé à l'Observatoire).

- **Des droits à la prise en charge des soins peu effectifs**

Au total, seule une petite minorité – un cinquième – des personnes sans papiers interrogées bénéficie d'une prise en charge de leurs soins. Dans les cas où cette prise en charge est prévue par la loi et où les personnes peuvent y prétendre, dans la pratique, seul un tiers y a accès (36 %), avec des écarts très importants entre les pays.

53- Proportion de personnes bénéficiant d'une prise en charge effective des soins pour l'ensemble de l'échantillon et parmi les personnes ayant des droits théoriques, selon le pays d'enquête (en %)



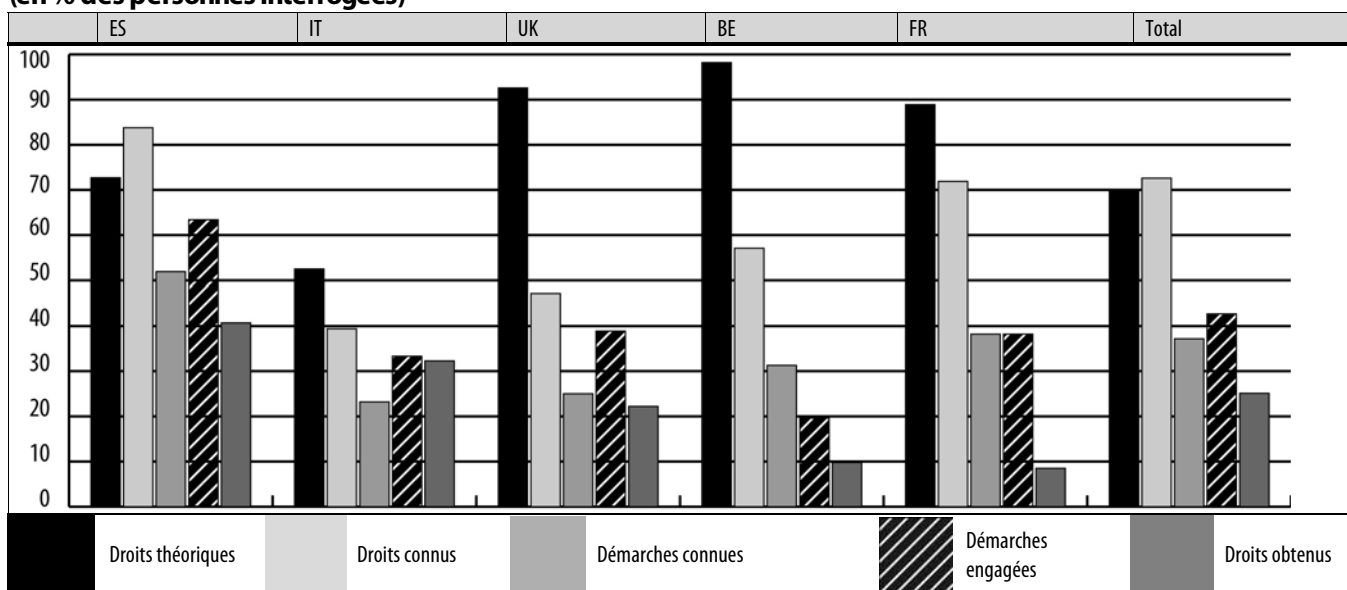
Pour résumer l'éventail de difficultés et de restrictions à la prise en charge des soins de santé pour les personnes sans papiers, toutes les analyses précédentes peuvent être rapportées à l'ensemble des personnes interrogées.

57. European Observatory on Access to Health Care. «European survey on undocumented migrants' access to health care», Paris, Médecins du monde, 2007. http://www.mdm-international.org/index.php?id_rubrique=10.

On observe alors plusieurs profils de pays :

- Des pays où, en théorie, la prise en charge concerne plus des trois quarts des personnes sans papiers interrogées mais où, dans la pratique, la prise en charge reste très peu effective (moins d'une personne sur quatre, voire moins d'une personne sur dix) ; c'est-à-dire ceux dans lesquels l'écart entre droits théoriques et droits effectifs est le plus important : le Royaume-Uni, la Belgique et la France⁵⁸ ;
- Un pays où la prise en charge concerne en théorie près des trois quarts des personnes interrogées et où, en pratique, elle concerne un peu moins d'une personne sur deux, soit un différentiel un peu inférieur à 1 pour 2 : l'Espagne ;
- Un pays où la prise en charge ne concerne en théorie qu'une personne sur deux et où, en pratique, un tiers des personnes en bénéficient, soit un différentiel un peu inférieur à 1 pour 2 : l'Italie.

54- Des droits théoriques au bénéfice réel de la prise en charge des soins de santé : une synthèse des résultats (en % des personnes interrogées)



Note de lecture : Dans certains cas, le pourcentage de personnes disant connaître les démarches est moindre que celui des personnes ayant engagé des démarches : des personnes peuvent avoir des démarches engagées (par des travailleurs sociaux, associations, ...) sans savoir elles-mêmes en quoi ces démarches consistent.

58. Qui plus est, en France, la régularisation de la situation de séjour pour raison médicale, prévue par la loi dans certaines conditions pour les malades dont le retour au pays d'origine aurait des conséquences graves sur leur santé faute d'accès effectif à des soins appropriés, est, depuis 2002, de plus en plus attaquée par le gouvernement (cf. «La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant», Paris, Observatoire du droit à la santé des étrangers, collectif ODSE, 2008). <http://www.odse.eu.org>.

8. L'ÉTAT DE SANTE

• **L'état de santé ressenti**

On sait que l'état de santé perçu d'une population est un indicateur subjectif mais la plupart des études montrent (au niveau global si ce n'est au niveau individuel) une bonne corrélation entre cet indicateur et les indicateurs objectifs (et/ou médicalisés) de santé⁵⁹. Dans l'ensemble de la population interrogée, **un tiers des hommes (34 %) et un quart des femmes (23 %) perçoivent leur santé comme mauvaise ou très mauvaise, ce qui est beaucoup plus qu'en population générale**, quelle que soit la population nationale ou européenne à laquelle on compare ces chiffres.

Même s'il existe une variabilité notable de la distribution de cet indicateur entre les différents pays européens (qui présente un double gradient nord-sud et ouest-est⁶⁰), les immigrés sans autorisation de séjour interrogés dans notre enquête déclarent **être en mauvais ou en très mauvais état de santé 3 fois plus souvent que la population européenne** des 25 pays de l'Union; 4 à 7 fois plus souvent que les populations britanniques, néerlandaises ou suédoises et jusqu'à 8 fois plus souvent que les Belges et 16 fois plus souvent que les Allemands⁶¹.

Nous n'avons pas pu comparer systématiquement l'état de santé ressenti des personnes sans papiers avec celui des immigrés en situation régulière parce que les données concernant ces derniers restent assez fragmentaires dans la plupart des pays européens. La littérature scientifique comporte en effet, en Europe, peu d'enquêtes représentatives sur l'état de santé des immigrés. Une étude suédoise⁶² de 2006 (sur des données collectées en 1996 par la première étude nationale suédoise sur les immigrés) observait qu'à âge égal, les immigrants kurdes avaient 2 fois plus de risques de déclarer un mauvais état de santé que les Suédois ou encore 3 fois plus de risques de présenter des troubles du sommeil. En France, selon les données de l'Enquête décennale santé conduite en 2002-2003, les personnes immigrées⁶³ se déclarent en moins bon état de santé que les personnes françaises nées en France. Les conditions socioéconomiques dégradées de ces populations expliquent en partie ce plus mauvais état de santé perçu⁶⁴. On peut citer également l'étude de 2005 conduite au Pays basque auprès d'un échantillon représentatif d'immigrés en 2005⁶⁵.

59. Kaplan G.A., Goldberg D.E., Everson S.A. et al., « Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study », *Int J Epidemiology* 1996, 25 : 259-65; DeSalvo K.B., Bloser N., Reynolds K., He J., Muntner P., « Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis », *J Gen Internal Med* 2005, 21 : 267-75.

60. Carlson P., « Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide », *Soc Sci Med* 1998, 46 : 1355-66.

61. Données issues des National Health Interview Surveys (round 2004), Eurostat, 2007

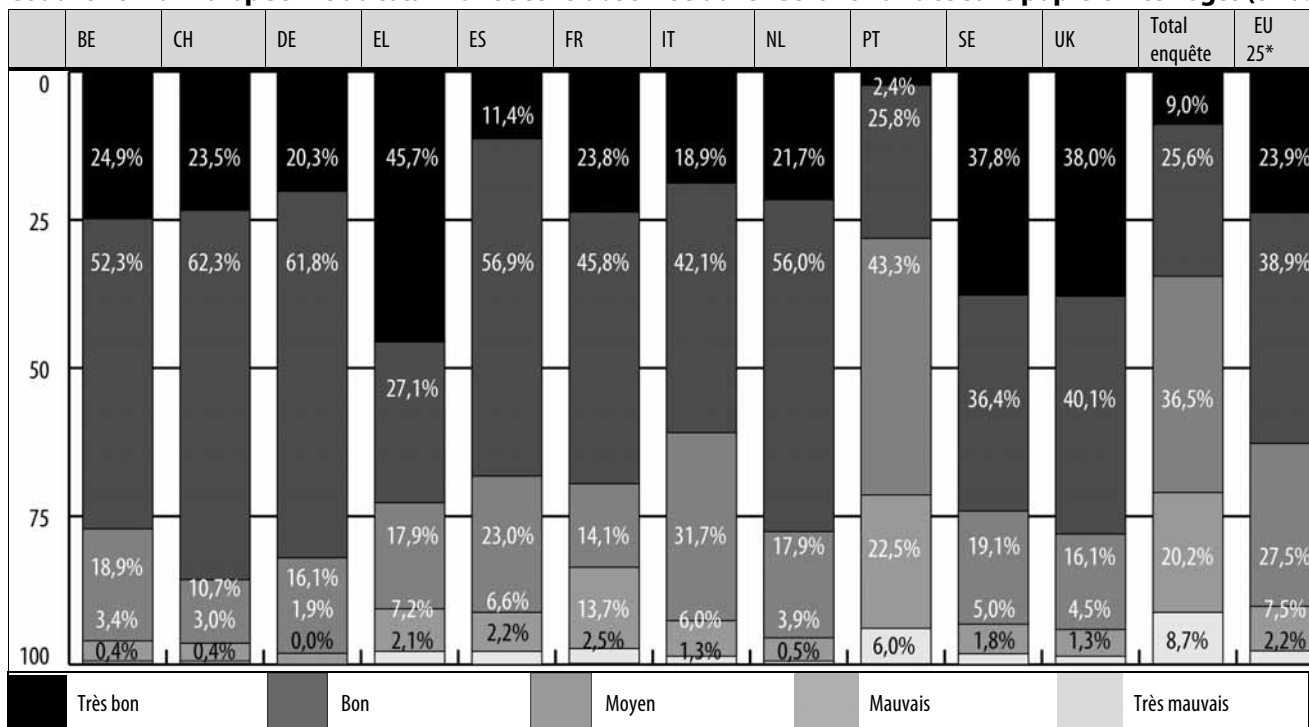
62. Taloyan M., Johansson L.M., Johansson S.E., Sundquist J., Koctürk T.O., « Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden », *Transcult Psychiatry* 2006, 43 : 445-61.

63. C'est-à-dire nées étrangères à l'étranger, qu'elles soient maintenant françaises ou non.

64. Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., « La Santé perçue des immigrés en France », Paris, Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 2008, n°133.

65. Rodriguez E., Lanborena N., « Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco », Université du Pays basque et Médicos del Mundo-Munduko Medikiak, Espagne, 2006.

55- Comparaison des distributions de l'état de santé ressenti en population générale dans les 11 pays d'enquête et dans l'Union Européenne au total avec celle observée dans l'échantillon des sans papiers interrogés (en %)**



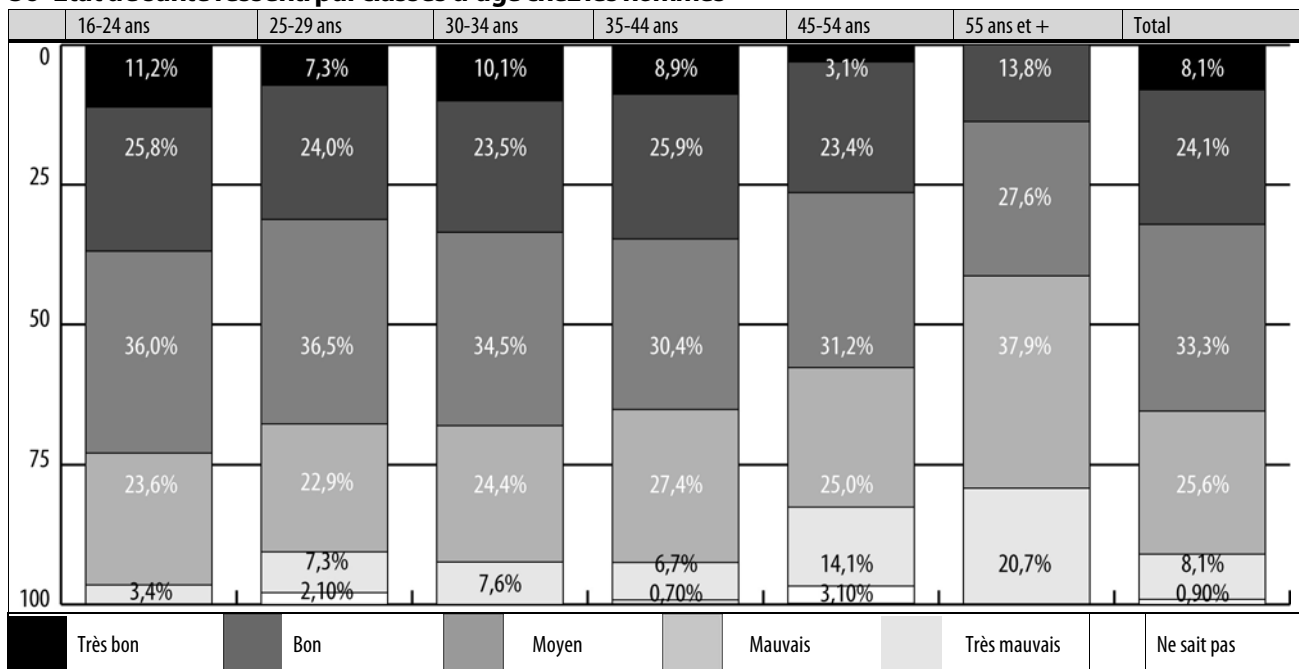
* pays de l'Union européenne, **source: National Health Interview Surveys (round 2004), Eurostat, 2007.

Contrairement à ce qui est généralement observé en population générale, les hommes interrogés dans l'enquête ont une santé perçue plus mauvaise que celle des femmes et cela quelle que soit la classe d'âge, sauf au-delà de 55 ans, où près d'un tiers des femmes se déclarent en très mauvaise santé. Ce plus mauvais état de santé perçu par les hommes immigrés a été également observé dans une étude récente conduite en population générale à Barcelone (mais les immigrés sans autorisation de séjour n'étaient pas étudiés spécifiquement)⁶⁶.

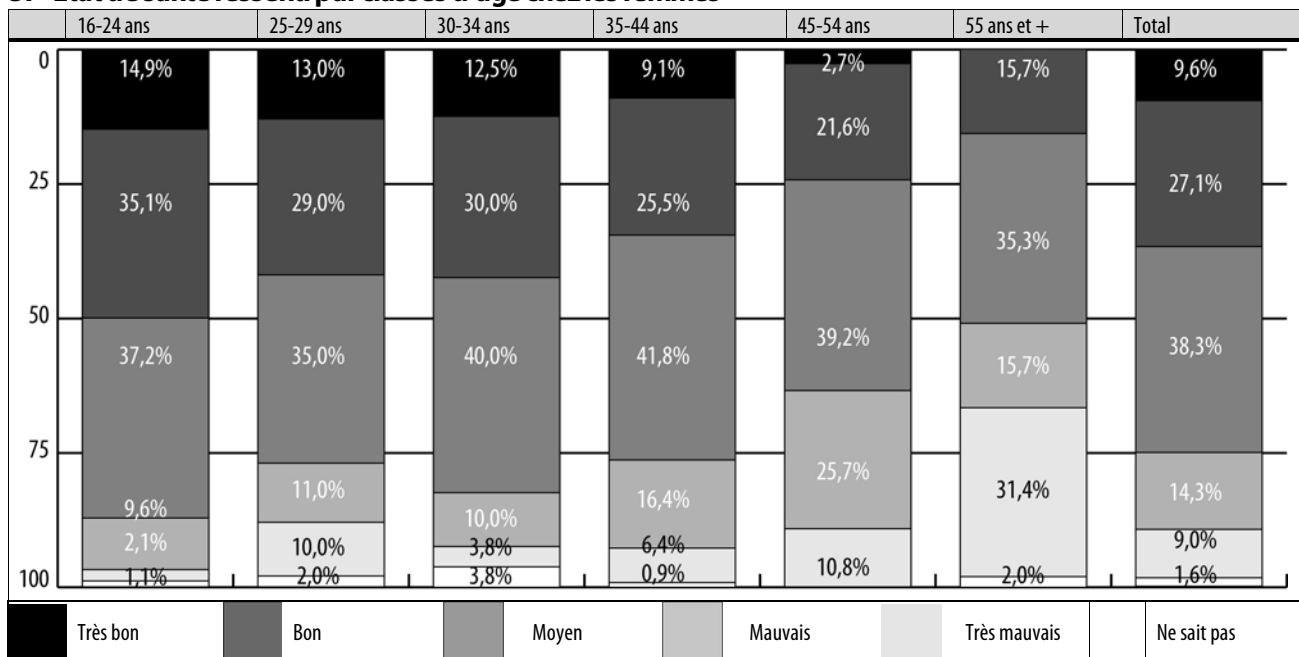
L'état de santé se dégrade naturellement avec l'âge. Il faut souligner que **chez les plus jeunes (18-25 ans), 27 % des hommes et 12 % des femmes déclarent déjà un état de santé mauvais ou très mauvais.**

66. Borrell C., Muntaner C., Solè J., et al., « Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household Labour ». *J Epidemiol Community Health*, 2008, 62 : e7.

56- Etat de santé ressenti par classes d'âge chez les hommes



57- Etat de santé ressenti par classes d'âge chez les femmes



• Les pathologies diagnostiquées

Seuls 20 % des personnes interrogées ne signalent aucun problème de santé au jour de l'enquête⁶⁷.

Au total, 1 457 symptômes, plaintes ou maladies ont été rapportés par les enquêteurs. Classés par appareil ou région anatomique, on observe une distribution proche de celle observée dans n'importe quelle structure de soins généraliste⁶⁸ : ce sont les appareils digestif, ostéoarticulaire et la sphère psychologique qui sont les plus souvent atteints.

67 Dans nombre de programmes de Médecins du monde où l'enquête s'est déroulée, les personnes ne viennent pas spécifiquement pour des raisons médicales.

68. Une publication médicale espagnole constate que les immigrés ont des motifs de consultation proches, dans leur diversité et leur fréquence, de ceux des personnes habituellement vues en médecine de premier recours « tout venant ». Sans nier que certains diagnostics sont plus fréquents en rapport avec les origines géographiques des immigrés (en particulier certaines maladies infectieuses ou parasitaires, ou des maladies chroniques comme le diabète), les auteurs soulignent que, malgré la jeunesse de la

58- Fréquence des maladies et problèmes de santé par appareil ou catégorie dans la population d'enquête (%)

Appareil	%	Maladie / problème de santé	%	Appareil	%	Maladie / problème de santé	%								
Ostéoarticulaire	19,13	Autres S/P ostéoarticulaires	6,94	Infectieux	6,39	Hépatite virale	1,51								
		S/P Rachis	5,34			Infections urinaires / rénales	0,89								
		Traumatismes	2,94			Maladies infectieuses non spécifiées	0,71								
		Autres diagnostics Locomoteurs	2,58			Infections cutanées	0,71								
		Syndrome dorsolombaire	1,33			Infections de l'œil	0,62								
Psychologique, santé mentale	16,29	Anxiété-Stress-Troubles somatiques	4,72			VIH ⁶⁹	0,44								
		Syndrome dépressif	4,36			Infections oreille	0,44								
		Usage abusif de substances psychoactives (drogues)	4,00			Tuberculose	0,44								
		Autres problèmes psychologiques	2,14			Infections gastro-intestinales	0,36								
		Usage abusif de substances psychoactives (alcool)	0,98			IST féminines	0,27								
		Usage abusif de substances psychoactives (tabac, médicaments)	0,09	Endocrinologie, nutrition	7,37	Diabète (insulino et non insulino dépendant)	4,00								
Digestif	12,27	S/P système digestif	8,27			Autres diagnostics métaboliques	1,60								
		Autres diagnostics système digestif	3,38			Excès pondéral, obésité	1,33								
		Pathologies ulcéreuses	0,62			S/P métaboliques	0,44								
Respiratoire	11,13	Infections respiratoires supérieures	2,94	Neurologie	6,05	S/P neurologiques	4,18								
						Asthme	2,05	Epilepsie	0,98						
						Autres diagnostics respiratoires	2,05	Autres diagnostics neurologiques	0,89						
		Infections respiratoires inférieures	1,78	Autres S/P respiratoires	1,60	Dermatologique	5,16	S/P peau	2,05						
								Toux	0,71	Autres pathologies cutanées	1,69				
								Gynécologique obstétrique	9,44	Grossesse et couche non pathologique	4,36	Stomatologique	3,91	Affections dents et gencives	3,91
										S/P système génital femme	2,05	Urinaire	2,58	S/P urinaires	1,87
Troubles des règles	1,33	Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,71												
Autres diagnostics système génital femme	1,07	Ophthalmologie	1,78	Autres diagnostics œil	1,16										
Grossesse et couche pathologique	0,36			S/P œil	0,62										
S/P grossesse, accouchement, Planning Familial	0,18			S/P oreille	0,98										
Cardio-vasculaire	9,69	Contraception	0,09	ORL	1,52	S/P nez, sinus	0,27								
		Hypertension artérielle	4,27			Autres diagnostics oreille	0,27								
		Pathologies vasculaires	1,69	Hémato-immunologie	1,43	Anémies	0,89								
		Autres diagnostics cardio-vasculaires	1,42			Autres diagnostics syst. hémato/immunol.	0,27								
		S/P cardio-vasculaires	1,33			S/P syst. Hémato/immunol.	0,27								
		Cardiopathies, troubles du rythme	0,98			Autres diagnostics syst. génital homme	0,62								
S/P généraux	3,11	Génital masculin	0,98	S/P syst. génital homme	0,36										
Général et non spécifié	9,16			Diagnostiques non spécifiés	1,42	Général et non spécifié	9,16	Peurs et préoccupations	1,07						
		Suivi	0,71	Traitements médicamenteux	0,62										
		Traitements médicamenteux	0,62	Autres procédures	0,44										
		Autres procédures	0,44	Examen médical	0,44										
		Examen médical	0,44	Examens complémentaires	0,36										
		Examens complémentaires	0,36	Avis, counselling, écoute	0,36										
		Avis, counselling, écoute	0,36	Soins dispensés	0,36										
		Soins dispensés	0,36	Cancers	0,27										
		Cancers	0,27												

45 % des personnes déclarant au moins un trouble (soit 32% de l'ensemble de la population enquêtée) sont atteintes d'au moins un trouble de santé chronique (voir tableau en annexe 5). Ces proportions augmentent, bien entendu, avec l'âge et se révèlent, dans cette population, plus élevées chez les hommes que chez les femmes (ce qui est cohérent avec les différences notées plus haut en termes de santé ressentie). A âge égal, les hommes ont ainsi près d'une fois et demi plus de risques de présenter (au moins) une maladie chronique que les femmes (OR = 1,38, IC95 % = [1,03-1,84]). Soulignons également que 35 % des personnes atteintes d'un trouble de santé chronique vivent en logement précaire (toutes catégories confondues⁷⁰), que la moitié d'entre elles se sentent seules (très seules : 23,5 %, plutôt seules : 28,0 %) et que 17 % ne peuvent compter sur personne pour être soutenues moralement.

population immigrée vue en consultation, leurs motifs de consultation ne diffèrent pas notablement de ceux de la population générale. (Junyent M., Nunez S., Miro O., « Medical emergencies in the adult immigrants », *An Sist Sanit Navar*, 2006, 29 (S1) : 27-34).

69. Une infection à VIH ou un sida est relevé chez cinq personnes seulement : trois hommes et deux femmes, originaires d'Argentine, du Brésil, du Libéria, du Nigeria et de Moldavie. Aucun d'entre eux ne connaissait sa séropositivité avant d'immigrer. Tous sont sous traitement antirétroviral.

70. 9 % sont sans domicile fixe et 7 % vivent en foyer d'hébergement à court ou moyen terme.

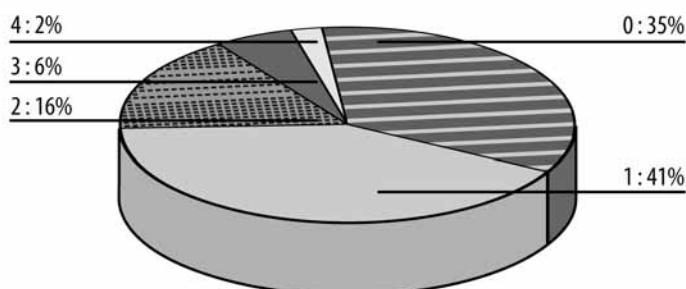
• Les besoins en suivi médical et en traitements

A partir des intitulés des symptômes et diagnostics rapportés et codés⁷¹, on peut estimer **qu'au moins 24 % de la population nécessite une prise en charge de moyen ou long terme**⁷² et qu'au moins 17 % de la population nécessite une prise en charge de court terme (sachant que 18 % nécessite une prise en charge dont le terme n'a pas pu être estimé sur le seul intitulé codé). **Or, toutes choses égales par ailleurs concernant le sexe et l'âge, les personnes souffrant d'un trouble de santé chronique ne sont pas plus suivies médicalement que les autres.**

Les besoins de soins dans cette population sont très importants. Selon les professionnels de santé qui ont réalisé l'enquête, deux tiers des personnes interrogées (65 %) ont au moins un problème de santé dont le traitement est souhaitable, voire nécessaire (29 %) ou indispensable (21 %). Moins d'un patient sur dix (8 %) présente un problème de santé dont le traitement est jugé accessoire. Soulignons que certaines personnes cumulent des problèmes de santé sérieux et des conditions de vie péjoratives. Ainsi, parmi les enquêtés pour lesquels un professionnel a jugé qu'ils souffraient d'une pathologie nécessitant un traitement indispensable, 8 % vivent sans domicile et 7 % dans un foyer d'hébergement à court ou moyen terme. Et 15 % ne peuvent compter sur personne pour être soutenus moralement.

Chez un tiers (33,5 %) des personnes malades⁷³, on observe des comorbidités affectant au moins deux appareils différents (21 %), voire trois ou plus (12,5 %). Ainsi, **24 % de l'ensemble des personnes interrogées présentent au moins deux problèmes de santé dont le traitement est jugé souhaitable** (et 6 % pour lesquelles les traitements sont jugés indispensables). Ces fréquences élevées, dans une population globalement jeune, sont le signe de retards d'accès aux soins.

59- Répartition de la population en fonction du nombre de maladies dont le traitement est jugé au moins souhaitable



Note de lecture : 16 % des enquêtés ont 2 problèmes de santé dont le traitement est jugé (au moins) souhaitable.

- > *M. a vécu pendant quatre ans en prison au Zimbabwe, période dont il garde des séquelles physiques et psychiques. Il raconte y avoir été torturé à cause de son homosexualité, qui n'est pas tolérée au Zimbabwe. Il raconte être accablé par de terribles douleurs aux jambes et aux genoux. «Ces douleurs apparaissent tout à coup pendant la nuit et me font réellement souffrir», dit-il. Le docteur du centre de détention lui prescrit dans un premier temps des antidouleurs, dont le résultat est médiocre; ce traitement n'est donc pas poursuivi. Aucun examen n'a été effectué pour déterminer la cause de la plainte. M. rapporte également qu'il passe de très mauvaises nuits, qu'il a très peu d'appétit et se sent très faible. Les séquelles de la torture au Zimbabwe sont profondes. Il raconte avoir déjà pensé à s'ôter la vie. Il dit: «J'ai pensé qu'il valait mieux mourir plutôt que de vivre avec tant de douleurs, de souffrance et sans espoir pour l'avenir.» M. Zimbabween, 32 ans, vit aux Pays-Bas.*

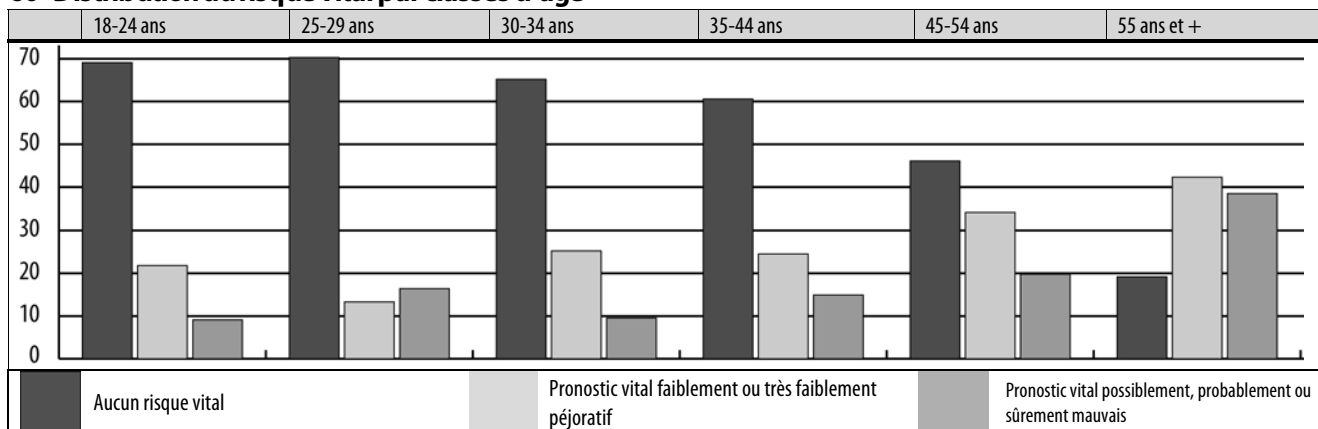
71. Les auteurs remercient Georges Fahet de l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées et Michel Verdier du service informatique de Médecins du monde France pour avoir mis à leur disposition les outils informatiques d'analyse de la CISP qu'ils ont développés.

72. La prise en charge à moyen ou long terme correspond, dans ce rapport, à une prise en charge supérieure à six mois (définition donnée dans les rapports de l'Observatoire de l'accès aux soins en France de Médecins du monde).

73. On entend par « personnes malades » les 80 % de personnes déclarant au moins un symptôme, plainte ou maladie dans l'ensemble de la population d'enquête.

En corollaire, 16 % de la population présente un pronostic vital⁷⁴ possiblement, probablement ou sûrement mauvais en l'absence de traitement. Bien entendu, cette proportion augmente notablement avec l'âge, puisque 39 % des personnes âgées de 55 ans ou plus sont dans cette situation (avec, dans cette tranche d'âge, 17,3 % des personnes qui ont un pronostic vital probablement ou sûrement mauvais).

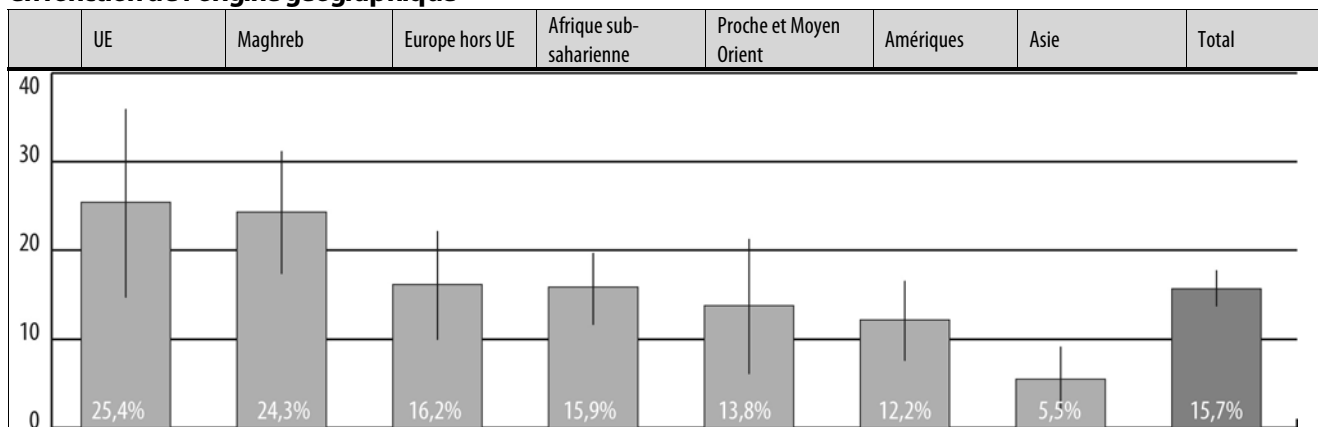
60- Distribution du risque vital par classes d'âge



- Un besoin en soins non lié à la venue en Europe

Dans l'ensemble de la population enquêtée, 15,7 % des personnes souffraient (au jour de l'enquête) d'un trouble de santé chronique qu'ils connaissaient déjà avant leur départ pour l'Europe, sans différence notable selon l'origine géographique. Seules les personnes originaires de l'Union européenne et du Maghreb sont un peu plus souvent dans ce cas : près d'un quart des personnes originaires de ces régions du monde sont concernées.

61- Proportion de la population avec au moins une maladie chronique actuelle déjà connue dans le pays d'origine, en fonction de l'origine géographique



74. Le risque vital, estimé par les professionnels de santé, a été renseigné pour 57 % de la population d'enquête. Il n'a pas été renseigné au Royaume-Uni, en Italie et au Portugal. Dans les autres pays, le taux de réponse varie entre 100 % (en Belgique) et 71 % (en France). Ce risque vital était estimé après le recueil des problèmes de santé dont la personne souffrait au jour de l'enquête et leur qualification (aiguë ou chronique notamment). Il est évalué – en l'absence de traitement – par une question unique en six classes (voir figure suivante), d'après une méthodologie adaptée et simplifiée à partir de celle utilisée, en France, par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (cf. Perronnin M., Rochemaix L., Tubeuf S., « Construction d'un indicateur continu d'état de santé agréant risque vital et incapacité », *Questions d'économie de la santé*, Paris, Irdes, 2006, n°107).

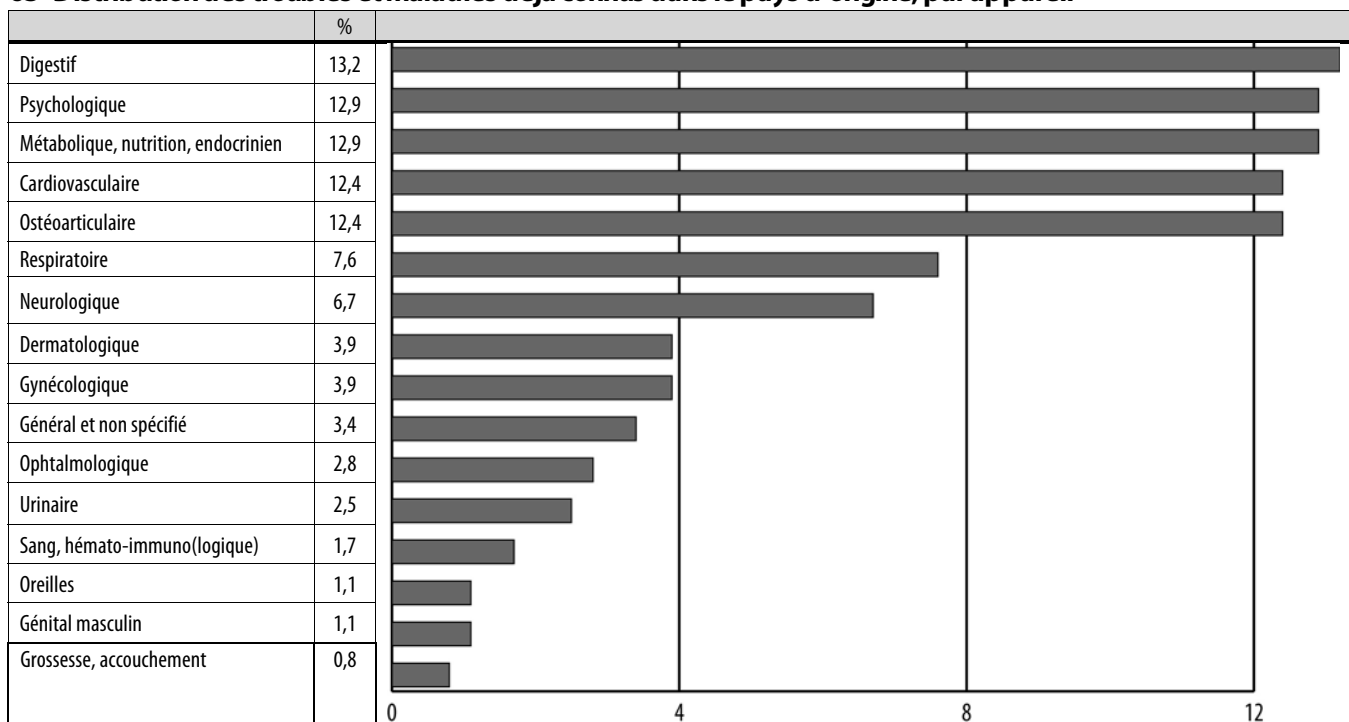
Ces fréquences doivent être relativisées par l'examen précis des troubles en cause. La liste ci-dessous énumère par ordre de fréquence décroissant tous les troubles et diagnostics connus dans le pays d'origine cités au moins deux fois (donc par au moins 2‰ des personnes)⁷⁵.

62- Distribution des troubles et maladies déjà connus dans le pays d'origine les plus fréquents (cités au moins 2 fois*, soit par au moins 2 individus pour 1000)

	n	%	% cumulé	suite	n	%	% cumulé
autres troubles psy	15	4,3	4,3	autre maladie cardio-vasc.	2	0,6	49,1
HTA compliquée	14	4,0	8,4	autre maladie de peau	2	0,6	49,7
dysurie	11	3,2	11,6	autre maladie urinaire	2	0,6	50,3
HTA non compliquée	11	3,2	14,7	autre ulcère peptique	2	0,6	50,9
diabète non insulinodép.	10	2,9	17,6	céphalées	2	0,6	51,4
gastralgies	10	2,9	20,5	dépression	2	0,6	52,0
douleur ostéo-articulaire	9	2,6	23,1	douleur cardiaque	2	0,6	52,6
rhinite allergique	9	2,6	25,7	douleur cutanée	2	0,6	53,2
comportement irritable	8	2,3	28,0	douleur épigastrique	2	0,6	53,8
algie faciale	7	2,0	30,1	grossesse non désirée	2	0,6	54,3
autre maladie digestive	7	2,0	32,1	hémorroïdes	2	0,6	54,9
diabète insulinodépendant	6	1,7	33,8	hypotension orthostatique	2	0,6	55,5
douleur recto-anale	6	1,7	35,5	laryngite	2	0,6	56,1
lombalgies	5	1,4	37,0	maladie de la bouche	2	0,6	56,6
migraine	5	1,4	38,4	nausées	2	0,6	57,2
cécité	4	1,2	39,6	otite externe	2	0,6	57,8
douleur dorsolombaire	4	1,2	40,8	paralysie faciale	2	0,6	58,4
goutte	4	1,2	41,9	tentative de suicide	2	0,6	59,0
surcharge pondérale	4	1,2	43,1	syndrome cervical	2	0,6	59,5
stress post-traumatique	4	1,2	44,2	toux	2	0,6	60,1
douleur du pied	3	0,9	45,1	troubles déglutition	2	0,6	60,7
douleur du genou	3	0,9	46,0	troubles somatoformes	2	0,6	61,3
phlébite	3	0,9	46,8	tumeur génitale bénigne	2	0,6	61,8
rhinite	3	0,9	47,7	ulcère duodénal	2	0,6	62,4
troubles anxieux	3	0,9	48,6	valvulopathie cardiaque	2	0,6	63,0

* Les autres maladies sont donc citées à une fréquence inférieure à 2 pour 1000 individus.

63- Distribution des troubles et maladies déjà connus dans le pays d'origine, par appareil



75. Ces 224 troubles représentent 63% du total des 356 troubles déclarés connus dans le pays d'origine.

L'examen de la longue liste fort disparate ci-dessus et du tableau par appareil montrent plusieurs choses :

- La fréquence importante des troubles et des plaintes purement symptomatiques n'ayant pas fait l'objet de diagnostics précis ;
- La fréquence de symptômes chroniques ou des maladies très banales (douleurs digestives, douleurs ostéo-articulaires, rhinites allergiques, goutte, ulcère peptique, etc.) dont on ne peut imaginer sérieusement qu'ils aient pu motiver une émigration et encore moins l'installation dans des conditions de vie aussi précaires que celles vécues dans les pays de destination par ces immigrés sans papiers !
- En corollaire, la rareté des diagnostics connus de maladies chroniques potentiellement graves (les trois les plus fréquemment citées – l'hypertension artérielle et les deux types de diabète – représentent réunies moins de 12 % des troubles connus avant la migration et concernent moins de 3 % de la population enquêtée)⁷⁶ ;
- La fréquence importante des troubles psychologiques (13 % des cas), notamment de type dépression, anxiété, irritabilité ou encore syndromes post-traumatiques.

En regard, rappelons que, comme vu précédemment, seuls 6 % des enquêtés citent des raisons de santé parmi leurs motifs d'émigration.

En d'autres termes, la situation dénoncée dans certains discours politiques selon laquelle des étrangers migrent de façon clandestine pour « venir se faire soigner en Europe » - aussi appelée « immigration pour soins » - est un fantasme qui ne correspond pas à la réalité observée. De telles situations apparaissent rarement ou de façon exceptionnelle dans la population enquêtée ; cela a d'ailleurs aussi été démontré par certains rapports nationaux dans différents pays d'Europe⁷⁷.

> *Mme L. est venue en consultation à Médecins du monde parce qu'elle se sentait fatiguée et toussait depuis quelques semaines. Elle venait de terminer une formation pour pouvoir exercer le métier de couturière et devait rapidement commencer à travailler – non déclarée – mais se sentait trop faible pour le faire. Elle présentait une altération de l'état général et l'examen clinique évoquait une possible tuberculose pulmonaire. Une radio pulmonaire a été demandée et réalisée dans les vingt-quatre heures ainsi qu'un bilan biologique standard. Un dépistage des hépatites et du VIH a été proposé et accepté. Mme L. était très souriante et remerciait tout le monde chaleureusement. Un mois plus tard, elle est revenue au Caso: elle sortait d'une hospitalisation de trois semaines dans un service de maladies infectieuses. Elle avait été hospitalisée immédiatement après sa radio pulmonaire, anormale et évocatrice de tuberculose. En plus de la tuberculose, les examens complémentaires ont montré la présence de deux pathologies chroniques à fort potentiel de gravité : un diabète et une hépatite B. Mme L., Chinoise, 30 ans, vit en France.*

• Les violences subies avant la migration et au moment de l'enquête

La question des violences au cours des trajectoires de migration fait l'objet de préoccupations et d'une reconnaissance croissantes, notamment de la part des professionnels de santé de première ligne en contact avec ces publics. Cette question dépasse celle de la torture et des violences politiques à l'encontre des demandeurs d'asile⁷⁸ et des études représentatives de qualité, plus générales, manquent sur le sujet⁷⁹.

76. En particulier, comme on l'a souligné précédemment, aucune des cinq personnes atteintes de VIH/sida ne connaissait sa maladie avant d'arriver dans le pays d'accueil.

77. Aux Pays-Bas, on citera un rapport d'Etat: Smeets R.M.W., de Beaufort I.D., Entzinger H., « Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid », Nijmegen: Landelijke Commissie Medische Especten van het Vreemdelingenbeleid, 2004.

78. Loutan L., Bierens de Haan D., Subilia L., « La santé des demandeurs d'asile: des maladies transmissibles aux syndromes post-traumatiques ». *Bull Soc Pathol Exot* 1997, 90: 233-7.

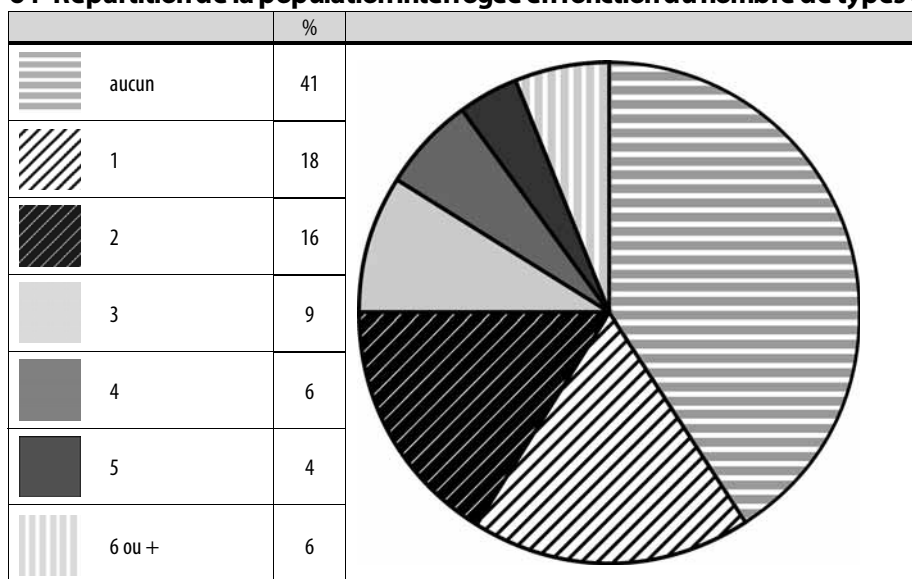
Gerritsen A.A., Bramsen I., Devillé W., van Willigen L.H., Hovens J.E., van der Ploeg H.M., « Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands ». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41: 18-26.

79. Lindert J., Brähler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S., « Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview [in German] », *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2008, 58: 109-22.

Notre enquête comportait un volet de questions sur les violences éventuellement subies avant, pendant et depuis l'arrivée en Europe avec 10 modalités : souffrir de la faim ou n'avoir pas suffisamment à manger, avoir vécu dans un pays en guerre, violences physiques (familiales ou autre), avoir été empêché de gagner de l'argent ou privé de l'argent gagné, violences de la part des forces de l'ordre, avoir eu ses actes surveillés ou interdits, avoir été menacé physiquement ou emprisonné pour ses idées, la torture, les agressions sexuelles, et une modalité *autres*. Etant donné le caractère sensible des questions, seules certaines équipes ont décidé de les poser. Au total, une petite moitié de la population enquêtée a été interrogée sur les violences subies au cours de leur vie : en Allemagne, Belgique, France, Grèce et Italie⁸⁰.

Les personnes enquêtées sont très nombreuses à avoir été confrontées à des violences : **59 % de la population interrogée rapporte avoir subi au moins un type de violence** parmi les 10 types évoqués (voir tableau). De surcroît, il s'agit souvent d'expériences multiples, puisque 40 % rapportent avoir subi plusieurs de ces types de violences et 18 % un seul type de violence.

64- Répartition de la population interrogée en fonction du nombre de types de violences subies



> *Mlle B. me raconte qu'elle est venue pour travailler, qu'elle est un peu seule mais ça va elle a des amis. Elle sourit. Elle dit qu'elle est angoissée, qu'elle a un problème à la tête, qu'elle dort mal. On aborde le chapitre des violences, prudemment. Elle dit que ça va, mais le sourire a disparu. Elle commence à pleurer. Elle essaie de sourire mais ça se voit que c'est dur. Elle explique, avec ses mots, ce n'est pas facile de s'exprimer en français, mais elle s'exprime quand même. Elle avait un copain en France, elle était vierge. Il y a un an, il l'a battue et violée. Depuis, elle ne l'a plus revu. Depuis, elle fait des cauchemars la nuit, dort mal, a des bouffées d'angoisse, a mal à la tête. Oui, elle voudrait bien parler à un psychologue, mais en français ce n'est pas facile. Mlle B., Marocaine, 25 ans, vit en France.*

> *«Au Mali, j'ai perdu mon papa quand on était toutes petites. Notre maman va au marché pour vendre les condiments, pour nous prendre en charge. On est huit enfants. C'est moi l'aînée de ma famille. Quand j'étais à l'école, en vacances, j'allais chez les gens travailler pour, à la rentrée, payer les cahiers et les sacs. Je suis contre l'excision. Parce que j'ai été victime de ça. Parce que j'ai été mal coupée au Mali. L'homme qui m'a fiancée chaque fois il me dit «tu n'es pas bien circoncise [excisée⁸¹]». Il y a un terme en bambara, je ne peux pas dire ça en français : les hommes disent que tu es comme les hommes si tu n'es pas bien coupée. C'est ça qui m'a choquée. Moi je l'ai quitté. Chaque fois il dit ça à ses amis, ça me fait honte. Au Mali beaucoup de femmes ont été victimes à cause de ça. Beaucoup de douleurs, beaucoup de problèmes à l'accouchement parce qu'elles ont été coupées. Si tu fais les rapports ça te fait mal.*

80. Dans ces pays, le taux de réponse à ces questions est excellent : 84 % dans le programme belge, 88 % dans le programme allemand, 87 % et 97 % dans deux programmes français et 100 % dans tous les autres programmes.

81 L'excision est une Mutilation Génitale Féminine (MGF)

*Je ne veux pas que mes enfants soient victimes comme moi. Je ne veux pas. Ma fille a été victime de ça. Je suis venue pour que mes futurs enfants ne soient pas victimes de ça. Au Mali, ils ne veulent pas arrêter. Il y a des femmes qui sont là uniquement pour faire ça. Si tu dis que tu ne veux pas ça ils vont dire que tu te comportes comme les Blancs. Si j'ai des moyens ici je veux partir créer mon projet de lutte contre l'excision.»
S., Malienne, 29 ans, vit en France à Saint-Denis.*

Toujours en se référant aux 10 types de violences abordés, **41 % des personnes interrogées disent avoir été victimes de violences dans leur pays d'origine et 24 % depuis leur arrivée dans le pays d'accueil** ; 7 % ont subi des violences durant leur trajet migratoire. La migration vers l'Europe semble ainsi avoir permis à de nombreuses personnes d'échapper à la violence qu'elles subissaient dans leur pays d'origine, sans toutefois les préserver de violences dans le pays d'accueil. On soulignera qu'il s'agit de données déclaratives, donc susceptibles d'être affectées par des biais de déclaration (connus dans toute enquête). Aussi, les violences subies durant le parcours migratoire semblent sous-déclarées au regard de ce que les équipes de Médecins du monde connaissent du parcours des migrants fréquentant leurs programmes.

Trois sortes de violences ont été subies aussi souvent dans le pays d'origine que dans le pays d'arrivée : les agressions sexuelles, la confiscation financière et les « autres violences » (catégorie hétérogène, utilisée par certains enquêtés pour désigner, notamment, des violences psychologiques ou morales). La privation alimentaire est certes moins fréquente dans le pays d'accueil que dans celui d'origine mais de nombreuses personnes y sont néanmoins confrontées : **15 % de la population interrogée n'a pas eu suffisamment à manger depuis son arrivée dans le pays d'accueil**. Les autres catégories de violences sont plus souvent vécues dans les pays d'origine.

Hommes et femmes ont subi des violences dans les mêmes proportions – que ce soit sur l'ensemble de leur vie, sur la période précédant la migration, ou depuis leur arrivée dans le pays d'accueil. En revanche, des différences significatives selon le sexe apparaissent pour quatre types de violences. Les hommes sont plus nombreux à avoir été menacés physiquement ou emprisonnés pour leurs idées (14 % sont dans ce cas, contre 6 % des femmes). Ils sont trois fois plus nombreux à avoir été victimes de violences de la part des forces de l'ordre (22 % vs 7 % pour les femmes) et ont davantage subi le fait d'être empêchés de travailler ou d'être privés de l'argent gagné (22 % vs 16 %). Les femmes, quant à elles, rapportent nettement plus souvent que les hommes avoir été victimes d'agression sexuelle (12 % sont dans ce cas, contre 1 % des hommes)⁸².

65- Proportion de personnes ayant été victimes de violences sur l'ensemble de leur vie, avant, pendant et depuis la migration (en %)

	Vie entière		Avant la migration	Pendant le trajet	Depuis l'arrivée
	%	IC (95 %)			
A souffert de la famine ou n'a pas eu suffisamment à manger	35,5	31,3-39,8	21,1	4,6	14,7
A vécu dans un pays en guerre	27,4	23,7-31,4	26,1	1,6	-
Violences physiques (violences familiales ou autres types d'agression)	20,0	18,6-25,8	16,0	0,8	4,2
A été empêché de gagner de l'argent / a été privé de l'argent gagné (confiscation financière)	19,5	16,2-23,1	9,4	0,9	9,4
Violences de la part des forces de l'ordre	16,5	13,4-20,0	11,4	1,5	4,1
Actes surveillés ou interdits	12,8	10,1-16,1	10,8	0,0	2,0
Menaces physiques ou emprisonnement pour ses idées (atteinte à la liberté d'expression)	11,0	8,5-14,1	10,2	0,3	0,5
Torture	7,0	5,0-9,6	6,1	0,6	0,3
Agressions sexuelles	6,4	4,4-8,9	3,2	0,0	3,2
Autres violences (sans précision)	8,4	6,1-11,1	3,2	0,9	4,3

Lecture du tableau : 35,5 % des personnes disent avoir souffert de la famine ou n'avoir pas eu suffisamment à manger. Toujours parmi l'ensemble des enquêtés, 21,1 % ont vécu une telle privation alimentaire avant la migration ; 4,6 % durant le trajet ; et 14,7 % depuis leur arrivée dans le pays de résidence actuel.

> *« Chez moi, j'étais taximan, et un jour je me suis fait car-jacké par des bandits qui sévissent dans mon village, un petit village tranquille. Avec mes parents nous sommes allés porter plainte et puis nous n'avons plus pu vivre au village de peur des représailles de ces bandits. Nous avons dû fuir pour aller nous cacher. Mon père a décidé que je devais quitter le pays pour sauver ma vie. Ils se sont réunis et ont trouvé de l'argent pour m'envoyer à Dubaï. Je suis resté un an à Dubaï. Ensuite j'ai appris que mon village avait été bombardé et que toute ma famille avait été tuée. » Homme, Indien, 31 ans, en Belgique depuis un an.*

⁸². Soulignons qu'il est fort possible qu'il y ait sur ce point des biais de déclaration si on considère que, après avoir subi des violences sexuelles, les hommes ont moins tendance que les femmes à le déclarer dans une enquête de ce type.

- > *A. est arrivé d'Iran au Royaume-Uni il y a six ans pour demander l'asile. Il est artiste et a été emprisonné pendant trois mois et torturé pour avoir publié des dessins et caricatures politiques critiques. Son corps porte de profondes cicatrices. Libéré, il a vécu dix ans sous surveillance constante, sous écoute téléphonique, sans documents d'identité (confisqués) et suivi constamment. Dès qu'il a pu récupérer un passeport, il a fui l'Iran, où les menaces de mort sur lui et sa famille étaient réitérées. Trois de ses cousins ont été tués. A., Iranien, vit au Royaume-Uni*

Pour conclure ce chapitre, il faut souligner que ces fréquences s'entendent probablement comme des fréquences minimales, puisqu'on connaît les biais de sous-déclaration habituelle de ce type d'enquête « rapide » sur des sujets aussi intimes. En outre, les questions posées de façon systématique n'ont porté que sur les violences physiques – sans tenir compte des violences morales et psychologiques. Or, d'après une enquête menée auprès de migrants – demandeurs d'asile, réfugiés, étrangers vivant avec ou sans papiers – aux Pays-Bas et en Belgique⁸³, la majorité des violences auxquelles les personnes interrogées avaient été confrontées étaient des violences psychologiques, des humiliations, etc.

- > *«J'ai eu une enfance vraiment difficile et douloureuse. Mon père était un voleur et très souvent en prison. Quand il était dehors, il battait ma mère qui était devenue alcoolique et nous battait, moi, mon petit frère et ma sœur. Je les ai quittés à 19 ans et je suis allée en Grèce, illégalement. J'avais entendu dire que la vie en Grèce était meilleure, plus humaine. Je suis allée dans un bureau que je pensais être une agence de voyage, mais ce n'était pas le cas. Un homme m'a achetée moi et 19 autres filles de mon pays et d'Ukraine. Il nous a emmenées en voiture en Bulgarie puis à pied en Grèce à travers les montagnes. A Thessalonique, on a été enfermées dans une maison pour travailler comme prostituées. Mon mac me battait et me menaçait de me retrouver et de me renvoyer si je m'enfuyais. Il nous abusait sexuellement, les autres filles et moi, en plus de tout le reste. Je me suis enfuie six mois après mon arrivée avec un homme que j'ai rencontré là-bas. Je n'étais pas amoureuse de lui mais je l'aimais bien et je lui faisais confiance. Il m'a emmenée à Athènes chez ses parents. Ils ne voulaient pas de moi et ne m'aimaient pas parce que je suis moldave. Au bout de cinq-six mois, je suis tombée enceinte et j'ai appris que j'étais séropositive (VIH). C'était le résultat évidemment de ma vie antérieure. J'ai essayé de me suicider à plusieurs reprises en prenant des médicaments. La mère de mon ami m'a trouvée et m'a sauvée à chaque fois. Je ne voulais pas de ma vie. Je voulais mourir.» Femme, Moldave, 27 ans, vit en Grèce à Thessalonique.*

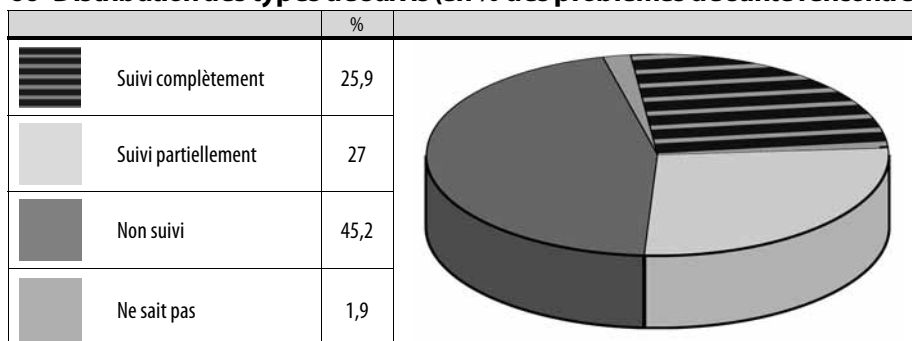
83. Keygnaert I., Wildon R., Dedoncker K. et al., «Hidden violence is a silent rape: prevention of sexual and gender-based violence against refugees and asylum seekers in Europe, a participatory approach report», Ghent, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, 2008.

9. L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION

• Un manque de prise en charge médicale et de suivi

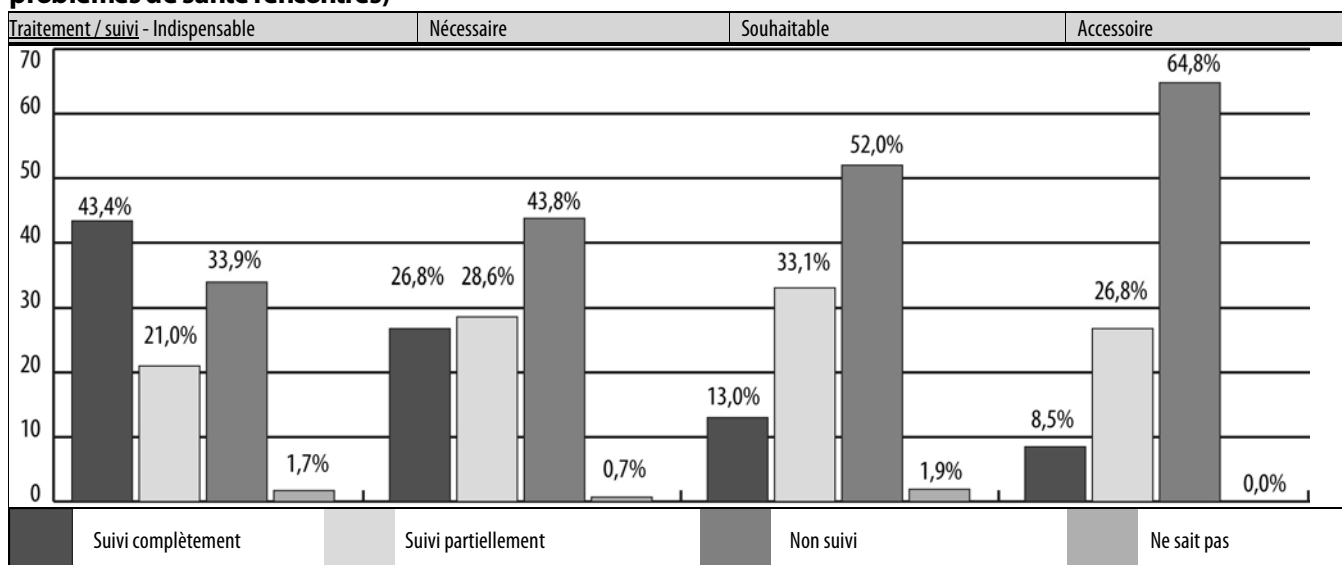
Parmi les 1 371 problèmes de santé identifiés auprès de la population enquêtée, seulement un quart (26 %) sont traités ou suivis complètement; un autre quart (27 %) ne le sont que partiellement et près de la moitié (45 %) ne le sont pas du tout au jour de l'enquête.

66- Distribution des types de suivis (en % des problèmes de santé rencontrés)



D'une façon générale, plus le traitement est jugé important (par le professionnel de santé⁸⁴), plus le problème de santé est – fort heureusement – suivi ou traité correctement. Néanmoins, un tiers (34 %) des problèmes de santé pour lesquels un traitement est indispensable ne sont pas suivis du tout et un cinquième ne le sont que partiellement au moment de l'enquête. Moins d'un problème de santé sur deux (43 %) pour lequel le traitement est considéré comme indispensable est complètement suivi. Lorsque le traitement est jugé « seulement » nécessaire, près d'un problème sur deux (44 %) n'est pas suivi du tout. Enfin, seuls 13 % des problèmes de santé moins graves mais pour lesquels un traitement est néanmoins souhaitable sont complètement suivis. Au total, 38 % de la population présente au moins un problème de santé non suivi (et plus de 10 % au moins deux).

67- Fréquence des types de suivis au jour de l'enquête en fonction de la nécessité de traitement (en % des problèmes de santé rencontrés)



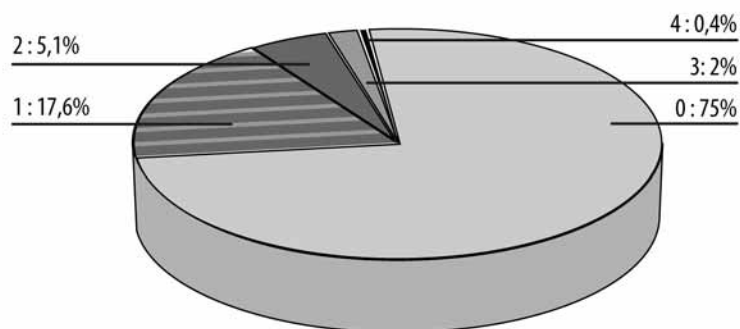
84. La partie « santé » du questionnaire était administrée par des professionnels de santé dans 85 % des cas. Il s'agissait, dans 58 % des cas d'un médecin, dans 12 % des cas d'un infirmier, dans 15 % des cas d'un autre professionnel de santé (psychologue, aide-soignant, sage-femme), dans 7,5 % des cas d'un étudiant en médecine en fin de second cycle et dans 7,7 % des cas d'un autre intervenant.

Le fait que le suivi médical des pathologies soit faible dans l'enquête est d'autant plus questionnant que, la prévalence des maladies chroniques est importante et que l'état de santé ressenti est bien moins bon pour les enquêtés qu'en population générale (voir chapitre précédent). Le manque de suivi médical est un facteur aggravant et devrait être amélioré à la fois dans un objectif de santé public et d'équité de l'accès aux soins. L'OMS souligne qu'en Europe, « la distribution des taux de maladies non transmissibles et de leurs causes est plus élevée parmi les pauvres et les personnes vulnérables. Les individus qui appartiennent aux catégories socioéconomiques inférieures ont un risque au moins double de maladie grave et de décès prématuré par rapport à ceux qui appartiennent aux catégories socioéconomiques supérieures. Les améliorations qui se produisent ne sont pas réparties de façon égale, dans la mesure où les personnes des catégories socioéconomiques élevées bénéficient souvent davantage des interventions de santé. Une stratégie d'ensemble [pour] lutter contre les maladies non transmissibles aiderait les systèmes de santé des pays à prendre des mesures de promotion de la santé et à prévenir les maladies dans l'ensemble de la population, à cibler activement les personnes à risque et à améliorer les soins aux personnes déjà malades. Une action visant à réduire les inégalités de santé doit faire partie intégrante de toutes les mesures prises. »⁸⁵

● Le retard dans le recours aux soins

Un quart de la population (25%) a vu au moins un de ses problèmes de santé actuels pris en charge trop tardivement – au moins une fois – depuis son arrivée dans le pays d'accueil. Cette proportion est encore plus élevée s'agissant des problèmes de santé chroniques puisque 33 % d'entre eux ont été pris en charge au moins une fois trop tardivement, ce qui est à la fois logique (la probabilité d'être pris en charge au moins une fois trop tardivement augmente « naturellement » avec la durée de la maladie) mais néanmoins inquiétant.

68- Fréquence du nombre de maladies actuelles prises en charge trop tardivement au moins une fois dans le pays d'accueil



Note de lecture : 5,1% des personnes enquêtées ont 2 problèmes de santé actuels qui ont été pris en charge trop tardivement au moins une fois dans le pays d'accueil.

Les troubles et maladies ayant fait l'objet d'un accès aux soins au moins une fois trop tardivement sont très divers. Le tableau en annexe 5 indique la fréquence des 69 diagnostics cités au moins 2 fois par les médecins, ce qui représente 70 % des cas. En dehors des symptômes, des maladies chroniques et/ou potentiellement graves ont fait l'objet de retard de prise en charge des cas de : diabète, hypertension artérielle compliquée, syndrome post-traumatique, hypothyroïdie, pyélonéphrite, VIH/sida, cardiopathie ischémique, cancer, dépression, etc.

- > *La première fois qu'elle est venue à Open Med [programme MDM], E. souffrait de douleurs dans l'abdomen depuis des semaines mais n'avait osé demander de l'aide à personne. C'était la première fois qu'elle était malade depuis son arrivée en Allemagne. En fait, un an auparavant, quand elle était rentrée en Croatie, on lui avait diagnostiqué une ovarite et à son retour en Allemagne, elle n'était pas allée se faire soigner par manque de moyens. De plus, elle dit qu'elle parle très mal allemand et qu'elle ne se sentait pas capable*

85 Site de l'OMS : http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20060908_1?language=French

d'allergo voir un médecin allemand. Mais la douleur est devenue insupportable. Elle a alors demandé de l'aide à une voisine qui l'a accompagnée à MDM. Le médecin de MDM a diagnostiqué une tumeur ovarienne et a recommandé une opération d'urgence. Elle ne sait pas où se faire opérer ni comment payer l'opération. E., Croatie, 38 ans, vit en Allemagne depuis quelques années (de façon discontinue).

• Le suivi de grossesse

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, 11 % sont enceintes (soit 55 femmes). **Seule une petite moitié d'entre elles (48 %) sont suivies pour leur grossesse** (l'enquête ne permettant pas de savoir depuis quand elles sont enceintes). Cette proportion est à peu près identique dans tous les pays sauf en Suède, où plus de 80 % des femmes enceintes ont un suivi (mais la faiblesse des effectifs empêche toute comparaison statistique rigoureuse)⁸⁶.

Le taux de suivi est très dépendant du bénéfice d'une prise en charge des soins de santé « la dernière fois qu'elles ont été malades » : **80 % des femmes enceintes au jour de l'enquête ayant bénéficié précédemment d'une prise en charge des soins étaient suivies, contre 44 % des femmes n'ayant pas eu de prise en charge** auparavant (statistiquement non significatif mais les effectifs sont faibles). Le taux de prise en charge est encore plus faible chez les femmes enceintes ayant immigré depuis un an ou moins dans le pays d'enquête (30 %).

- > *« Ma sœur était enceinte. Nous sommes allés à l'hôpital 20 jours avant qu'elle n'accouche d'un garçon. Ils lui ont dit qu'elle n'avait droit à aucuns soins médicaux parce que nous sommes en situation irrégulière et qu'on devait payer. » O. Rrom albanais, en Grèce depuis 1 an.*

- > *« Quand je suis venue à Project London [Médecins du monde], j'étais déjà très enceinte, dans le sixième mois. Je n'avais eu aucun suivi de grossesse et je n'étais pas enregistrée chez un médecin généraliste. J'avais essayé d'aller dans un centre médical au troisième mois de grossesse mais ils voulaient mon passeport et savoir si j'avais droit de recevoir des soins du système national de santé. Plus tard, je suis allée m'inscrire pour l'accouchement à l'hôpital : je devais avoir une césarienne. Le personnel des finances a été extrêmement agressif et désagréable avec moi. Ils m'ont dit que si je n'avais pas d'argent, si je ne pouvais pas payer, alors je n'avais qu'à partir. A un moment l'une des responsables du paiement a commencé à crier et m'a hurlé : "assieds-toi, parle d'argent !" J'étais lourdement enceinte et proche des larmes. Elle m'a menacée de me faire un procès si je ne payais pas et que si j'essayais de quitter le pays, ils me poursuivraient en Equateur. Je ne pouvais plus supporter ses cris et je me suis effondrée. J'étais assise par terre comme un petit tas en pleurant. Personne n'est venu me parler. J'ai essayé de leur expliquer que je n'avais simplement pas l'argent pour l'accouchement, que je n'avais pas de travail et pas de famille ici. Je leur ai dit que je vivais grâce à des bons d'achat de 28 euros par semaine donnés par une organisation caritative. Ils m'ont dit d'aller vendre les bons d'achat et de rapporter l'argent à l'hôpital. J'ai eu un accouchement traumatisant et des problèmes de foie dus aux antibiotiques et antidouleurs reçus. J'ai été malade cinq mois avec des douleurs telles que je ne pouvais plus marcher, de la fièvre, des maux de tête, des tremblements. J'étais bien sûr toujours inquiète pour mon enfant : s'il m'arrivait quelque chose, qu'est-ce qui arriverait à mon bébé ? » D. Equatorienne, étudiante, vit au Royaume-Uni.*

⁸⁶ Pendant la période de l'enquête, Médecins du monde Suède avait un programme en direction des femmes enceintes pour leur assurer un suivi de grossesse.

- **Un exemple : l'accès aux soins lors du dernier épisode de maladie**

La dernière fois qu'elles se sont senties malades, 80 % des personnes concernées n'avaient aucune prise en charge effective des soins⁸⁷, sans différence selon le sexe, l'âge ou la situation familiale. Les proportions par pays confirment les analyses du chapitre précédent même si elles ne sont pas strictement semblables.

En France, les proportions des personnes non prises en charge lors du dernier épisode de maladie et au jour de l'enquête sont semblables, de l'ordre de 90 %, tout comme en Belgique (à quelques personnes près ayant perdu entre temps leur AMU). La proportion est également proche pour les enquêtés en Espagne entre le dernier épisode de maladie et au jour de l'enquête (autour de 60 %).

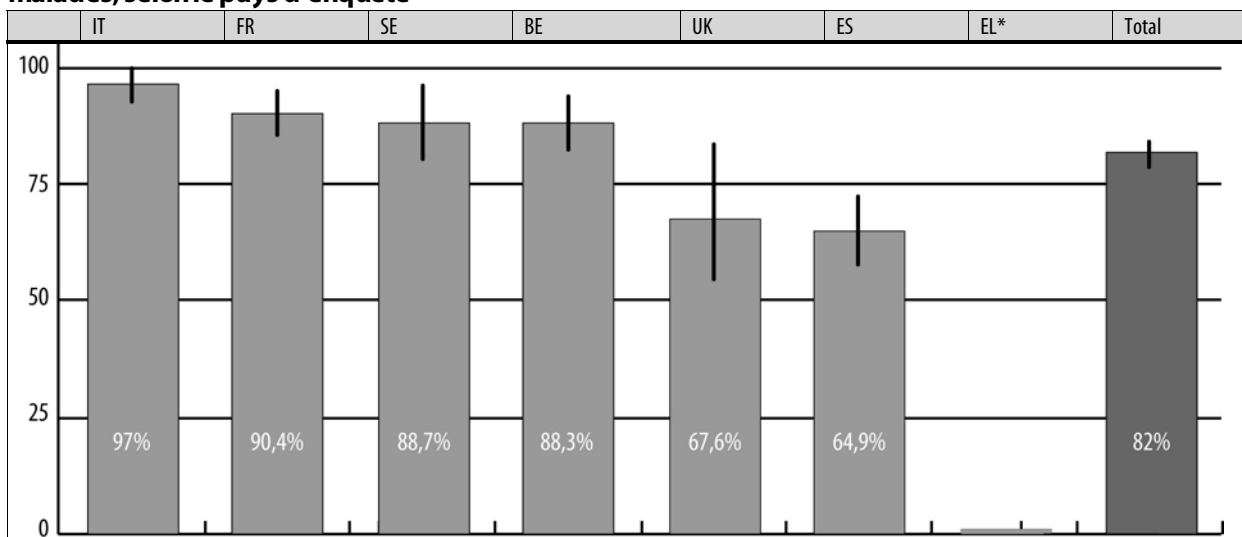
Au Royaume-Uni, 10 % des personnes ont perdu cette prise en charge entre leur dernier épisode de maladie et le jour de l'enquête ; il peut s'agir de personnes ayant déménagé sans s'inscrire auprès d'un nouveau médecin généraliste.

C'est en Italie que la proportion des personnes non prises en charge lors de leur dernier épisode de maladie est la plus élevée (la plupart sont dans ce cas). En 2004, une enquête menée par MSF observait dans une autre région (en Campanie) que 89 % des immigrés sans autorisation de séjour ne bénéficiaient d'aucune prise en charge⁸⁸. Dans cette enquête, près de 30 % des personnes sans prise en charge lors de leur dernier épisode de maladie en ont une au jour de l'enquête ; cela s'explique probablement par le suivi particulier effectué par les programmes enquêtés.

En Suède, les 13 % ayant une prise en charge des soins lors de leur dernier épisode de maladie sont des personnes qui étaient alors demandeuses d'asile et qui, déboutées depuis de leur demande, sont aujourd'hui sans papiers.

Rappelons enfin qu'en Grèce, il n'existe aucun système de prise en charge des soins en dehors des soins urgents.

69- Proportion de personnes sans prise en charge effective des soins la dernière fois qu'elles se sont senties malades, selon le pays d'enquête



* en Grèce, la question n'a pas été posée : l'absence de dispositifs de prise en charge des soins est rappelée sur cette figure (cf. chapitre sur les droits théoriques) ; aux Pays-Bas elle n'a pas non plus été posée car la demande de prise en charge est faite à l'acte par le médecin généraliste.

87. Les 20 % de l'échantillon qui ne se sont jamais sentis malade sont exclus des calculs suivants.

88. Virgilio A., Defilippi L., Moschochoritis K., Ravinetto R., « Right to health care for vulnerable migrants », *The Lancet*, 2007 ; 370 : 827-28.

Interrogés sur la conduite adoptée la dernière fois qu'ils se sont sentis malades, 71 % des individus disent avoir consulté un professionnel de santé, ce qui peut sembler à première vue une proportion satisfaisante.

70- Actions entreprises lors du dernier épisode de maladie

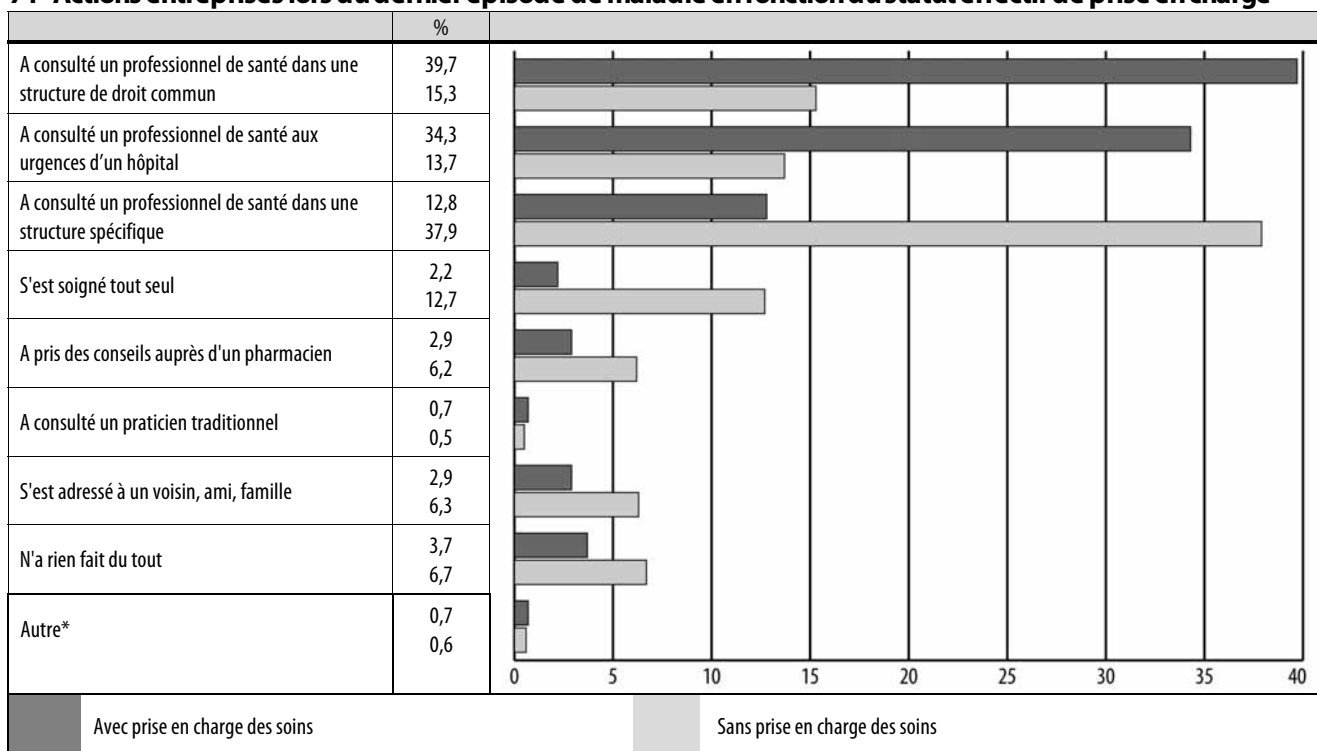
	n	%		n	%
A consulté un professionnel de santé	646	71,3	N'a rien fait du tout	51	5,6
S'est soigné tout seul	101	11,1	Autre*	8	0,9
S'est adressé à un voisin, ami, famille	54	6,0	A consulté un praticien traditionnel	5	0,6
A pris des conseils auprès d'un pharmacien	52	5,7			

* Les personnes ont répondu pour moitié « consultation de services sociaux non médicalisés » et pour moitié « voyage dans un pays voisin pour consulter » (à partir de la Grèce).

En réalité, les actions entreprises dépendent beaucoup de l'existence, ou non, d'une prise en charge des soins à ce moment-là. Ainsi, les personnes ayant une prise en charge des soins sont plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de santé que les autres (87 % versus 67 %, soit 20 points d'écart). A l'inverse, les personnes non prises en charge sont plus nombreuses à s'être soignées seules (13 % contre 2 % des personnes prises en charge). **Les personnes prises en charge ont en outre consulté plutôt dans une structure de droit commun (46%) ou aux urgences hospitalières (40 %) que dans des structures de soins spécifiques (15%)** tandis que les personnes sans prise en charge ont consulté en majorité dans des structures spécifiques pour les personnes exclues des soins⁸⁹ (57 %⁹⁰).

Faute de pouvoir consulter un médecin, les personnes n'ayant pas de prise en charge des soins se sont adressées deux fois plus souvent à un pharmacien (6% contre 3%), à un membre de leur entourage (6% contre 3%)... ou n'ont rien fait du tout (7% contre 4%). La fréquence de recours aux praticiens traditionnels est très rare (moins de 1 % des cas) et n'est pas significativement différente en fonction du statut de prise en charge⁹¹.

71- Actions entreprises lors du dernier épisode de maladie en fonction du statut effectif de prise en charge



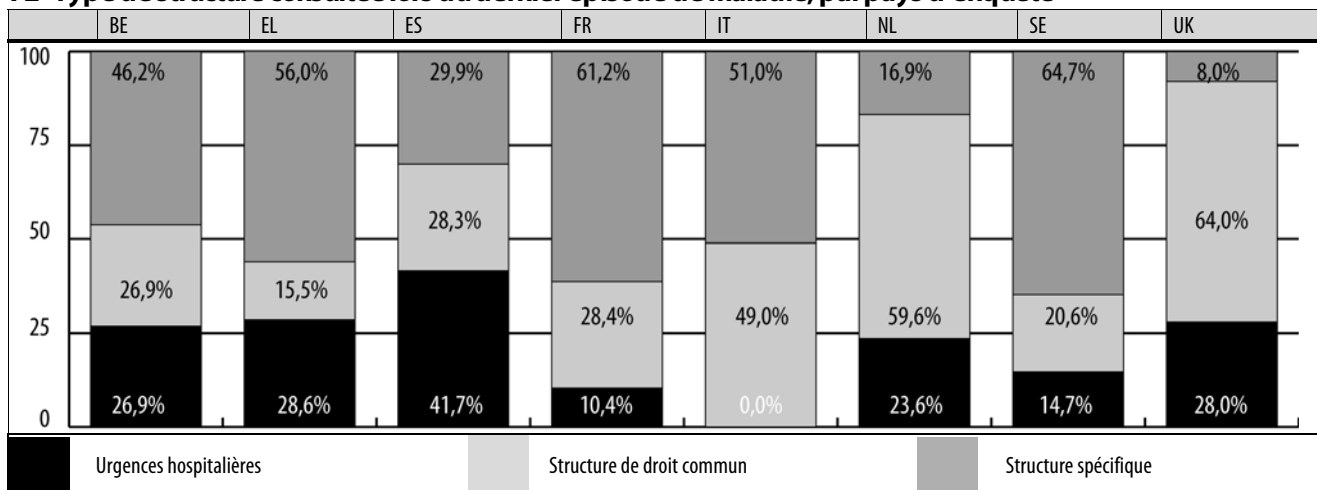
89. Il s'agit de services qui ciblent des populations vulnérables telles que les personnes exclues du système de soins, les personnes sans-domicile, ... Il s'agit de centres ou de programmes associatifs (comme ceux de MDM ou d'autres organisations non gouvernementales) mais pas seulement – comme par exemple les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux publics français, ou les *Walk-in Centers* britanniques.

90. Sans différence en fonction du sexe ou de l'âge (ni en termes de type de structure de soins consultée, ni en ce qui concerne l'association entre prise en charge et type de structure consultée).

91. On n'observe donc pas de substitution des recours à la médecine occidentale par des recours à la médecine traditionnelle. Cela rejoint les résultats d'autres études qui montrent généralement que, dans les populations immigrées, même récentes, les deux types de recours se conjuguent dans un système « mixte » de normes, plutôt qu'ils ne se concurrencent l'un l'autre.

Les différences entre pays concernant les structures de soins consultées doivent être interprétées avec prudence, notamment au Royaume-Uni et en Italie, où les effectifs des réponses sont assez petits. Néanmoins, c'est dans ces deux pays – et également aux Pays-Bas – que la proportion de consultants dans les structures de droit commun lors de leur dernier épisode de maladie est la plus élevée (entre 49 et 64 % des personnes y ont consulté). C'est en Grèce que cette proportion est la plus faible (16 %) tandis que tous les autres pays se situent dans une position intermédiaire (un cinquième à un quart des personnes y ont consulté dans ce type de structure). Pour cette population recrutée dans des centres ou des programmes spécifiques, le recours aux urgences hospitalières est particulièrement faible en Italie mais également en France et en Suède. A contrario, c'est en France, en Suède, en Grèce et en Italie que la majorité des recours ont eu lieu dans une structure spécifique.

72- Type de structure consultée lors du dernier épisode de maladie, par pays d'enquête



- **L'exemple du dépistage du VIH/sida : une méconnaissance généralisée**

De nombreux obstacles culturels, sociaux et structurels s'opposent à la pratique d'un test de dépistage VIH par les personnes immigrées en Europe occidentale. On peut évoquer, entre autres, la méconnaissance de la maladie et des possibilités thérapeutiques disponibles, la méconnaissance des structures de dépistage et de soins du VIH/sida ou encore la peur de la stigmatisation. Les migrants sans autorisation de séjour cumulent sans doute ces facteurs à une distance encore plus importante avec les programmes et les structures de prévention et de soins. Cela est notamment valable dans les pays où le discours politique dominant de la « lutte contre l'immigration pour soins » utilise volontiers le sida comme emblème du supposé « tourisme médical »⁹², alors même que celui-ci est extrêmement marginal, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes vivant dans la précarité (nous reviendrons sur cette question). **Dans l'ensemble de la population enquêtée, seul un tiers (35,4 %) des personnes interrogées savent qu'une personne sans papiers peut bénéficier gratuitement d'un dépistage du VIH, 12,9 % déclarent que ce n'est pas le cas et 50,1 % ne savent pas répondre à la question.**

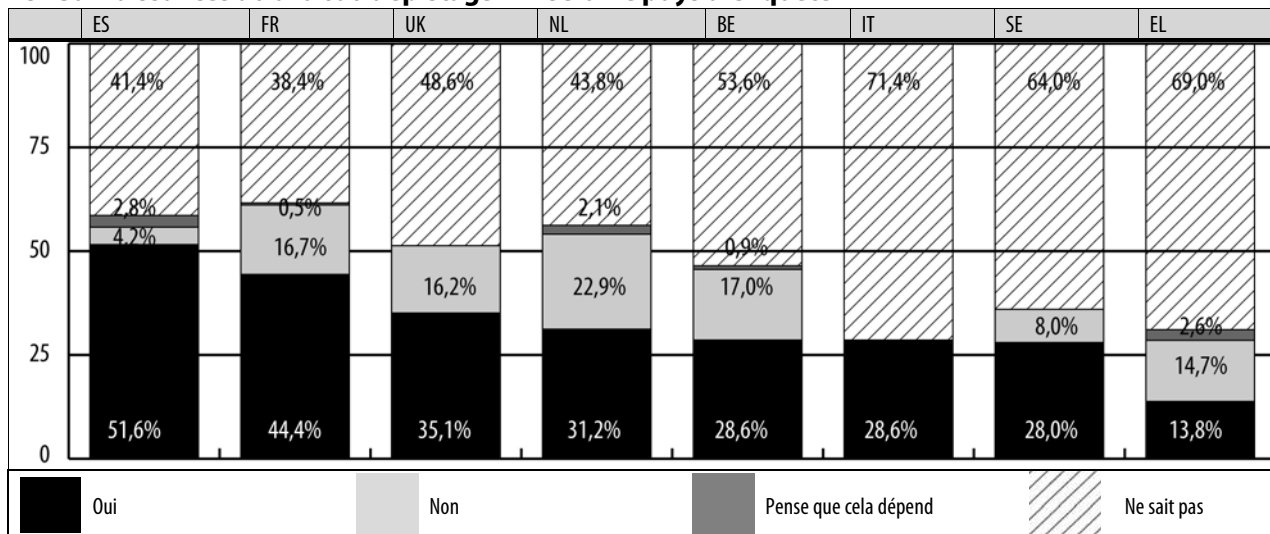
Les réponses sont très différentes selon les pays. **La connaissance de l'existence d'un dépistage gratuit est la plus élevée en Espagne et en France**, deux pays dans lesquels deux facteurs positifs se conjuguent pour expliquer cette différence : d'une part, les immigrés maîtrisent souvent la langue du pays d'accueil (hispanophones d'Amérique latine en Espagne et francophones en provenance du Maghreb et d'Afrique subsaharienne en France) et sont de ce fait potentiellement plus réceptifs aux informations délivrées en population générale à ce sujet ; d'autre part, des campagnes de promotion du dépistage ciblant spécifiquement les migrants (notamment dans les programmes ayant participé à l'enquête dans ces deux pays) y sont développées, à divers degrés.

92. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I, « Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe », *HIV Med*, 2008, 9(S2) : 23-5.

A l'inverse, la méconnaissance de ce droit est largement majoritaire chez les personnes sans papiers interrogées en Belgique, en Italie, en Suède et en Grèce :

- Dans les deux derniers pays, le contexte législatif général, extrêmement restrictif en ce qui concerne l'accès aux soins des personnes sans papiers, influe certainement sur cette méconnaissance massive de la possibilité d'avoir un dépistage du VIH gratuit.
- Au Royaume-Uni, le fait que les traitements antirétroviraux ne soient pas accessibles aux personnes sans papiers⁹³ ne favorise évidemment pas la promotion du test de dépistage ; la disponibilité des traitements et l'accès aux traitements à des phases précoces de l'infection sont en effet de puissants moteurs du dépistage, comme cela a été démontré dans les pays en développement depuis la diffusion des antiviraux.

73- Connaissances du droit au dépistage VIH selon le pays d'enquête

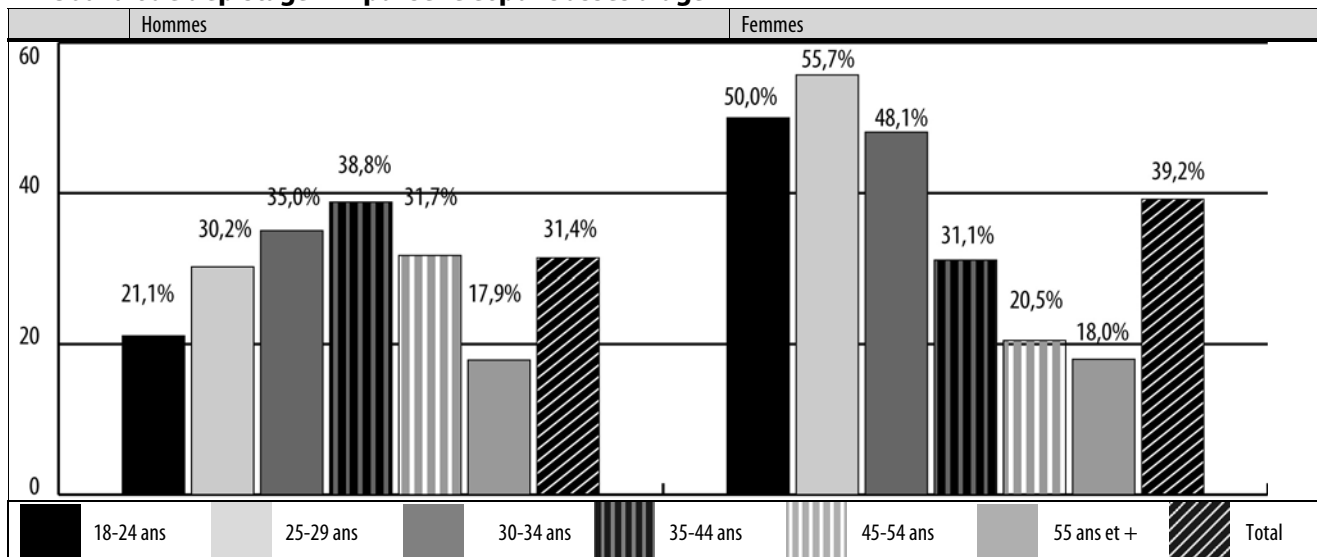


> Mlle X. est arrivée en France à 18 ans pour chercher du travail. Elle garde des enfants et est logée chez une amie. Quand on aborde le sujet des violences subies, elle nous raconte qu'elle a été violée à l'âge de 13 ans. Mlle X. vient voir un médecin parce qu'elle se sent fatiguée, a mal aux articulations depuis longtemps et dort mal. Cela nous évoque une pathologie psychosomatique. Dans le cadre de la prévention, on lui propose un dépistage du VIH et des hépatites ; elle est d'accord et ne semble pas du tout inquiète, elle n'a pas pris de risque. Le test VIH est revenu positif. Mlle X., Ivoirienne, 25 ans, vit en France

93.Cf. Terrence Higgins Trust & National Aids Trust, « Note on access to HIV treatment for undocumented migrants and those refused leave to remain », THT, February 2006 et National AIDS Trust. « The myth of HIV health tourism », NAT, October 2008.

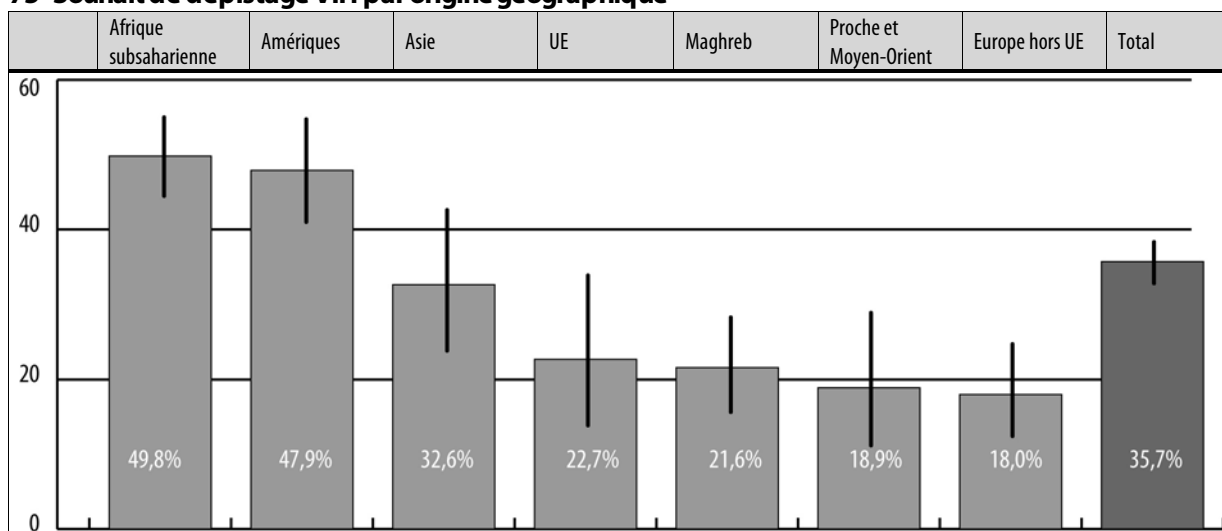
Plus du tiers (35,7 %) des personnes interrogées ont déjà souhaité faire un test de dépistage dans le pays d'enquête, la demande de dépistage est donc loin d'être négligeable. Les femmes sont plus nombreuses à être dans ce cas que les hommes (39,1 % contre 31,3 %, $p = 0,01$). Elles sont même majoritaires à avoir souhaité un dépistage entre 18 et 29 ans. Le taux maximal est plus tardif chez les hommes (dans la classe d'âge 35-44 ans) et ils ne sont jamais plus de 38,8 % à le souhaiter, quelle que soit la classe d'âge. Pour les femmes, le taux décroît fortement après 45 ans (soulignant à quel point le souhait de dépistage semble plus lié à la maternité qu'à la sexualité tandis qu'il ne décroît qu'à partir de 55 ans chez les hommes, pour atteindre une valeur identique pour les deux sexes au-delà de cet âge (18 %).

74- Souhait de dépistage VIH par sexe et par classes d'âge



C'est chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Amériques – incluant les Caraïbes – que ce souhait est le plus fréquent (près de la moitié des personnes interrogées) et chez les personnes originaires du Maghreb, du Proche et du Moyen-Orient ou d'Europe qu'il est le plus rare (moins d'un quart des personnes interrogées).

75- Souhait de dépistage VIH par origine géographique



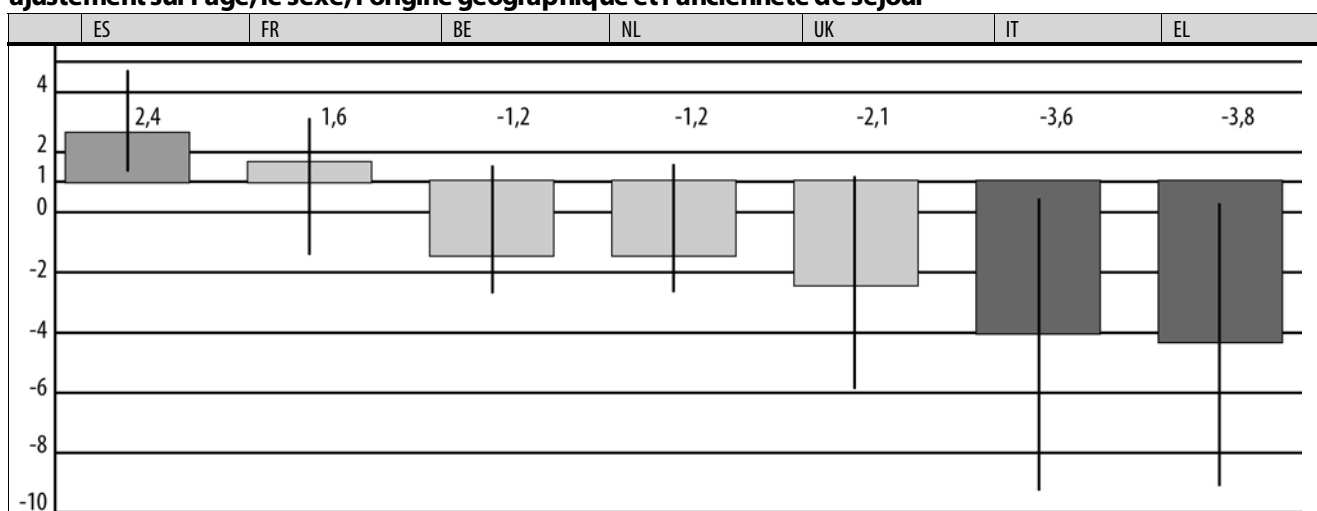
Il faut souligner ici la fréquence très faible du souhait d'être dépisté parmi les répondants européens, qu'ils soient communautaires ou non, alors même que la part de la transmission hétérosexuelle chez les adultes jeunes en Europe centrale est majoritaire et que l'incidence de l'infection à VIH en Europe de l'Est est très forte (quatre fois supérieure en 2006 à celle observée dans l'Union européenne)⁹⁴.

94. EuroHIV, « HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007, No. 75.

Le souhait de dépistage dépend également de la durée de séjour dans le pays d'enquête: les personnes ayant déjà souhaité se faire dépister séjournent dans le pays d'accueil, comme on pouvait s'y attendre, depuis plus longtemps que les autres (en moyenne 57 mois versus 47 mois, $p = 0,005$). Ce souhait est donc très différent en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine géographique et de la durée de séjour des personnes interviewées. Les différences éventuellement observées entre pays d'enquête doivent donc être analysées en prenant en compte ces quatre caractéristiques.

Ainsi, en analyse multivariée, **toutes choses égales par ailleurs concernant le sexe, l'âge, la durée de séjour et l'origine géographique, la probabilité d'avoir souhaité faire un test apparaît significativement plus élevée en Espagne⁹⁵** (les personnes y ont 2,4 fois plus de chances d'avoir souhaité faire le test qu'en Suède (choisi arbitrairement comme pays de référence pour classer tous les autres). Inversement, **elle est significativement plus faible en Italie et en Grèce**, où les personnes ont 3 à 4 fois moins de chances d'avoir souhaité faire un tel test (toujours par rapport à la Suède)⁹⁶. En France, la probabilité est semblable à celle estimée en Suède, ainsi qu'en Belgique et aux Pays-Bas. Elle est deux fois plus faible au Royaume-Uni (mais, pour des raisons de taille d'échantillon, la différence n'est pas significative).

76- Probabilité estimée d'avoir souhaité faire un test de dépistage VIH selon le pays d'enquête, après ajustement sur l'âge, le sexe, l'origine géographique et l'ancienneté de séjour



OR estimés par régression logistique, référence = Suède

Note de lecture : en comparaison par rapport à la Suède, les personnes interrogées en Italie ont 3,6 fois moins de chances d'avoir souhaité faire un test de dépistage et 2,4 fois plus de chances en Espagne (en gris, les rapports non significatifs d'un point de vue statistique).

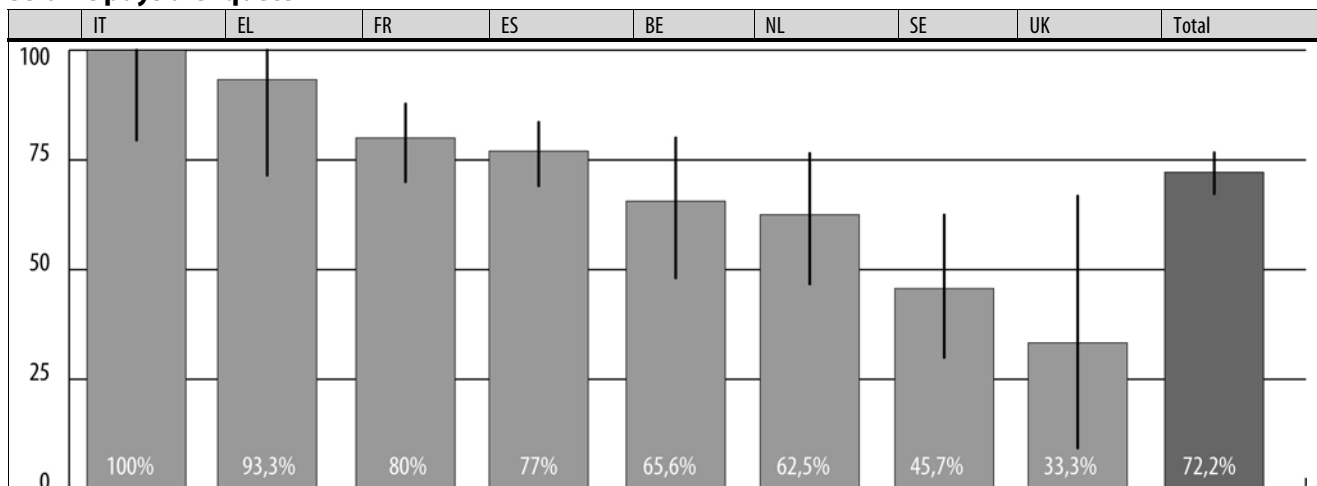
Parmi les personnes ayant souhaité faire un test de dépistage, 72 % en ont effectivement fait un. A l'inverse, un tiers des personnes interrogées ayant souhaité faire un test n'ont pas concrétisé la démarche. Cette proportion augmente avec l'âge et la durée de séjour dans le pays d'accueil mais n'est pas différente selon le sexe. La non-concrétisation d'un test tend à être un peu plus fréquente chez les Maghrébins (mais la différence n'est pas significative). Toutes choses égales par ailleurs concernant l'âge, le sexe et l'origine géographique (tout comme en analyse comparative « simple » telle que rapportée dans le graphique ci-dessous), **c'est en Espagne, en France, en Italie et en Grèce que le taux de réalisation d'un test est le plus élevé et en Suède et au Royaume-Uni⁹⁷ que cette proportion est la plus faible ; c'est-à-dire dans les deux pays où les traitements antiviraux ne sont pas accessibles gratuitement aux personnes sans papiers.**

95 La plupart des programmes espagnols ont une composante prévention VIH/Sida

96. Il n'y a pas de différence significative entre ces trois pays et la Suède.

97. L'intervalle de confiance de cette proportion est particulièrement large dans ce pays (et le résultat peu précis) à cause de la faiblesse des effectifs des personnes concernées interrogées.

77- Proportion de personnes ayant souhaité réaliser un test de dépistage VIH et l'ayant effectivement effectué, selon le pays d'enquête



Parmi les raisons évoquées pour justifier l'absence de souhait de faire un test de dépistage du VIH, l'absence de besoin (ressenti) est, de loin, la plus fréquemment citée. Même si aucune donnée individuelle ne permet d'aller plus loin pour juger du niveau de risque d'exposition au VIH des enquêtés, la fréquence de cette absence de besoin ressenti apparaît très élevée. Par ailleurs, et si l'on écarte les raisons linguistiques, 16% des raisons citées – méconnaissance, peur, croyances erronées – pourraient être prises en compte et « corrigées » par une information adéquate. **Ces résultats reflètent globalement la faiblesse de l'information et de la promotion du test auprès des personnes sans papiers.** Beaucoup reste à faire, visiblement, dans ce domaine auprès de ces populations.

78- Fréquence des raisons évoquées pour l'absence de souhait d'un test de dépistage VIH

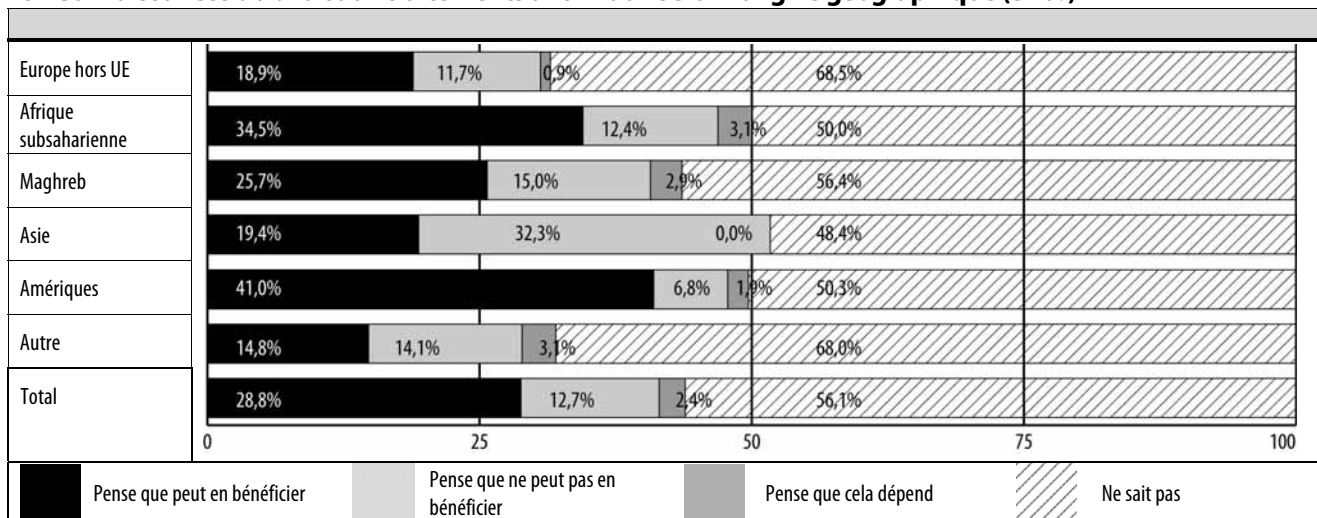
	%
N'en ressent pas le besoin	82,8
A déjà fait le test et connaît les résultats	6,5
Test trop cher ou pensait que c'était payant	5,9
Méconnaissance de la maladie ou du test	3,0
Peur des résultats, préfère ne pas savoir	2,6
Peur d'une dénonciation ou d'une arrestation	2,1
Barrière de la langue	1,6
Ne saurait pas quoi faire en cas de résultat positif	1,0
Peur de la discrimination ou d'être mal accueilli	1,0
Peur de la non-confidentialité des résultats	0,8
Ne sait pas	1,7
Autres raisons	3,6

Autre défaut d'information, dans l'ensemble de la population interrogée dans neuf des onze pays⁹⁸, **seul un petit tiers des individus (29 %) savent qu'une personne sans papiers peut bénéficier gratuitement d'un traitement contre le sida**, 13 % déclarent (à tort) que ce n'est pas le cas et 56,1 % ne savent pas répondre à la question. Il n'y a pas de différence de connaissance concernant l'accès gratuit aux traitements entre les hommes et les femmes. Les personnes âgées de 35 à 44 ans sont les plus nombreuses à être informées, ainsi que les personnes originaires des Amériques (et des Caraïbes) et d'Afrique subsaharienne.

98. La question n'a pas été posée au Royaume-Uni (où les traitements doivent être entièrement payés par les personnes sans papiers) et en Suède (dispensation par des circuits spécifiques).

C'est en Grèce que les personnes sont les moins informées de la possibilité de traitement (10,4%) mais les différences entre pays de résidence ne sont pas significatives après ajustement sur l'origine géographique.

79- Connaissances du droit aux traitements antiviraux selon l'origine géographique (en %)



Au-delà des traitements antiviraux, l'importance de la fréquence des réponses erronées concernant cette maladie grave reflète la grande méconnaissance des personnes interrogées et leur manque d'information sur leurs droits en matière de soins médicaux et de traitements.

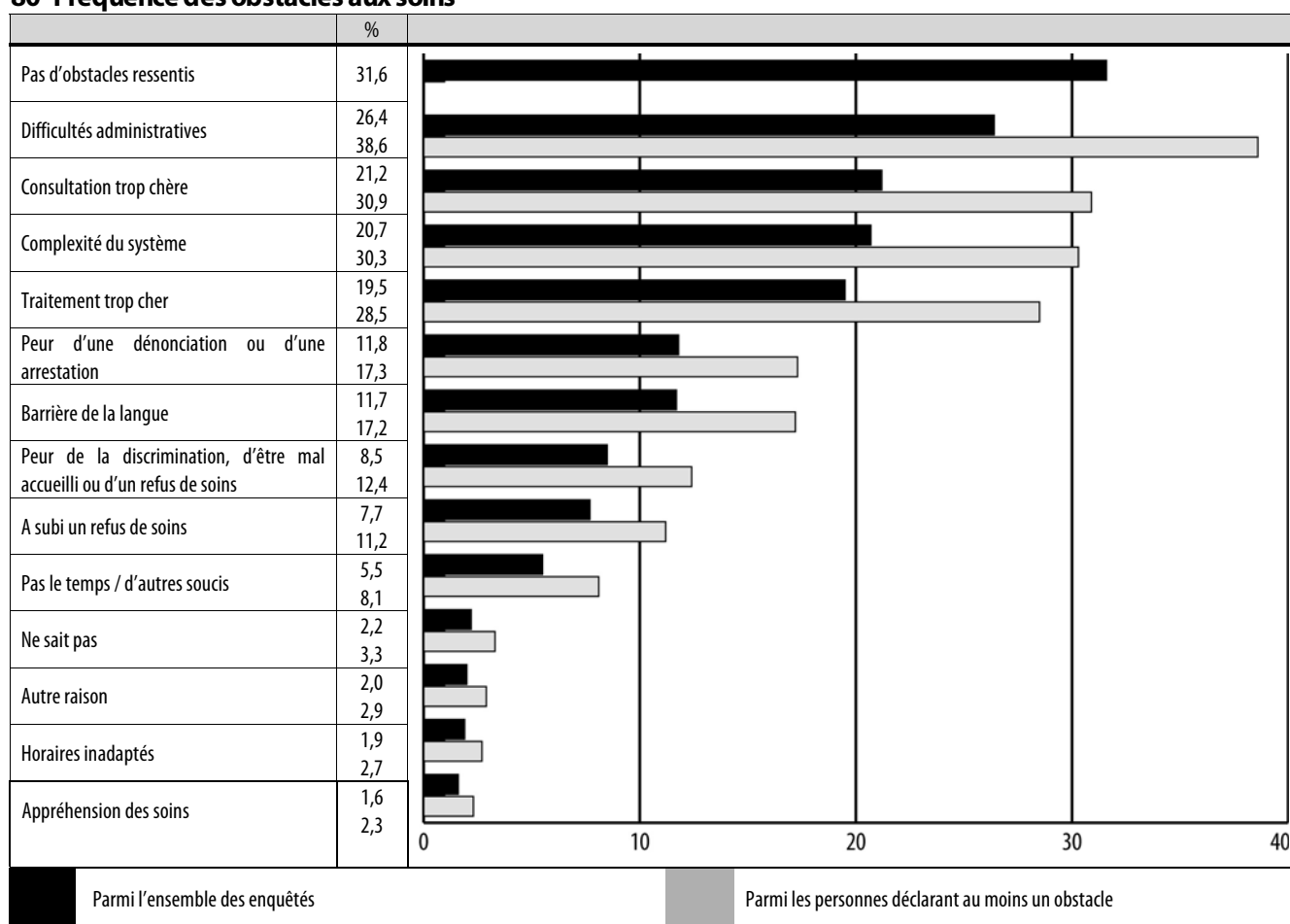
10. LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS ET A LEUR CONTINUITE

• Les obstacles évoqués par les personnes

Près de 70% de la population interrogée connaît des obstacles pour se faire soigner. Leur fréquence est indiquée dans la figure suivante (parmi l'ensemble de la population interrogée et parmi celle déclarant au moins un obstacle). Rappelons que la question portant sur les obstacles était ouverte, sans suggestion de réponses (avec un codage et un regroupement en direct par l'enquêteur des obstacles cités spontanément, éventuellement complétés si d'autres obstacles étaient signalés par ailleurs, toujours spontanément, à un autre moment de l'entretien).

Les obstacles administratifs et financiers sont, et de loin, les deux le plus souvent cités. On observe également que les craintes (qu'elles soient ou non fondées sur une expérience vécue) d'une dénonciation, d'une arrestation, d'une discrimination ou d'un refus de soins sont aussi très fréquentes.

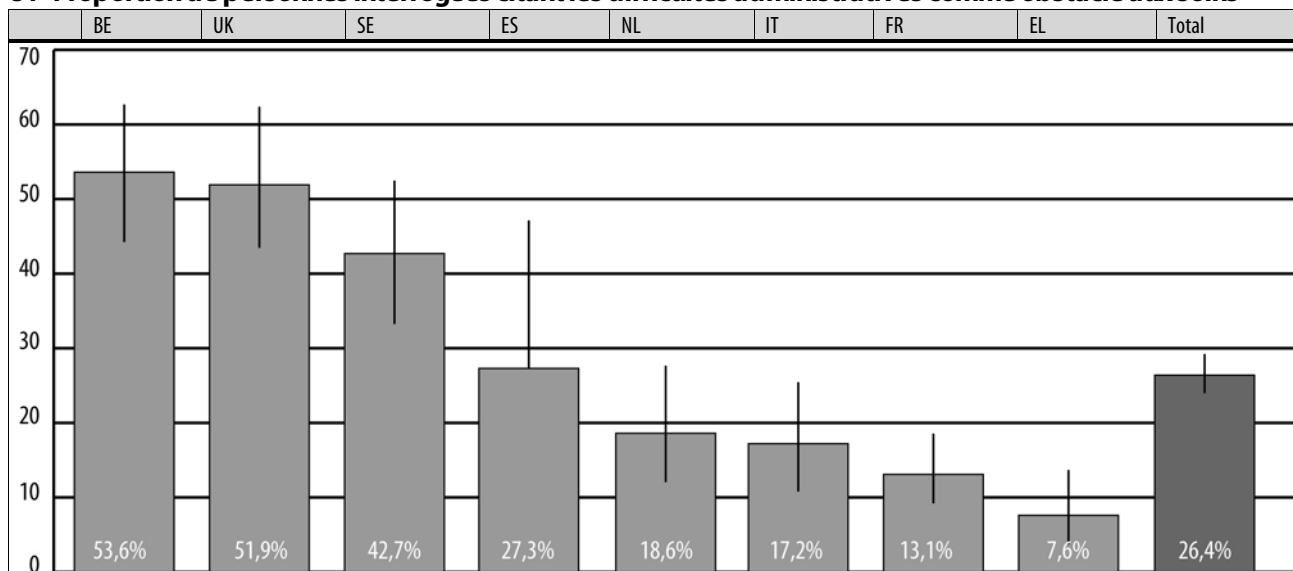
80- Fréquence des obstacles aux soins



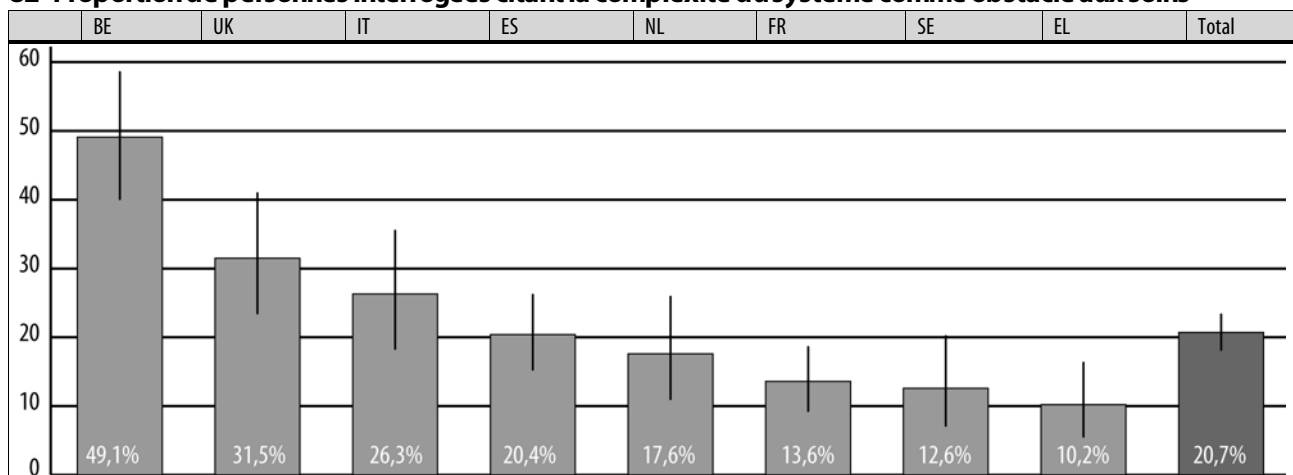
Note de lecture : 26,4% de l'ensemble des personnes enquêtées citent des difficultés administratives comme obstacle d'accès aux soins. Ce motif est cité par 38,6% des personnes déclarant au moins un obstacle.

Les principaux obstacles à l'accès aux soins sont cités avec une fréquence significativement différente dans les différents pays d'enquête. C'est en Belgique, au Royaume-Uni et en Suède que les difficultés administratives sont le plus souvent citées (autour de la moitié des personnes). En Belgique également, la moitié des personnes jugent le système compliqué, comme un tiers des personnes interrogées en Espagne et un quart de celles interrogées en Italie. La France et la Grèce sont les deux pays dans lesquels ces deux obstacles sont le moins souvent cités.

81- Proportion de personnes interrogées citant les difficultés administratives comme obstacle aux soins



82- Proportion de personnes interrogées citant la complexité du système comme obstacle aux soins

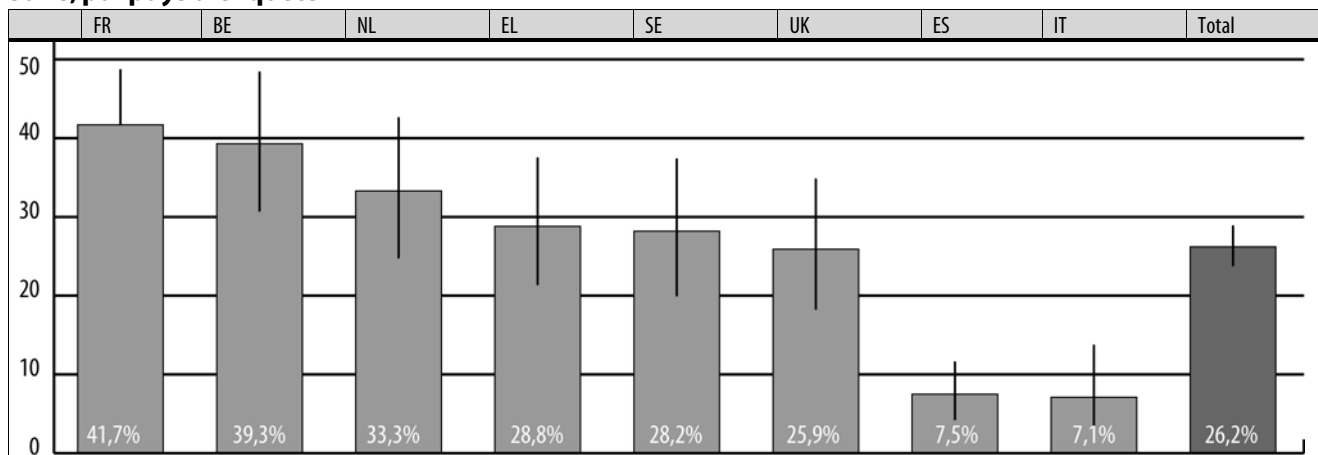


> « J'ai eu mal au genou et à l'estomac. Je leur ai dit que j'avais beaucoup de cartes de santé mais pas celle de Valence, et ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire tant que je n'avais pas la carte de Valence, qui est en cours de traitement depuis quatre mois. » Q, Malien, 28 ans, vit en Espagne.

C'est en Espagne et en Italie (là où existent des dispensaires publics) que le coût des consultations et des traitements est le moins souvent cité comme obstacle à l'accès aux soins. Précisons qu'en Espagne, le coût restant à charge pour les médicaments est variable selon les régions : il est nul à Valence mais de 40 % à Bilbao et dans la plupart des régions.

En revanche, l'obstacle financier est le plus souvent cité – par 40 % des personnes – en Belgique et en France, c'est-à-dire dans les deux pays où, comme on l'a vu précédemment, moins de 10% des personnes interrogées bénéficient effectivement d'une couverture santé. En France, la rémunération des médecins généralistes à l'acte (et le recouvrement de plus en plus acharné des impayés hospitaliers) concourt également à cette opinion de la part de personnes non assurées. En Belgique (plus exactement à Bruxelles où a été conduite l'enquête), l'existence de plusieurs maisons médicales (où les soins sont gratuits et les médicaments parfois dispensés gratuitement au cas par cas) n'empêche pas cet obstacle financier d'être très souvent cité. Aux Pays-Bas, où la prise en charge des soins se fait, à la demande des médecins, au cas par cas pour les personnes sans autorisation de séjour, cet obstacle financier est cité par un tiers des personnes interrogées.

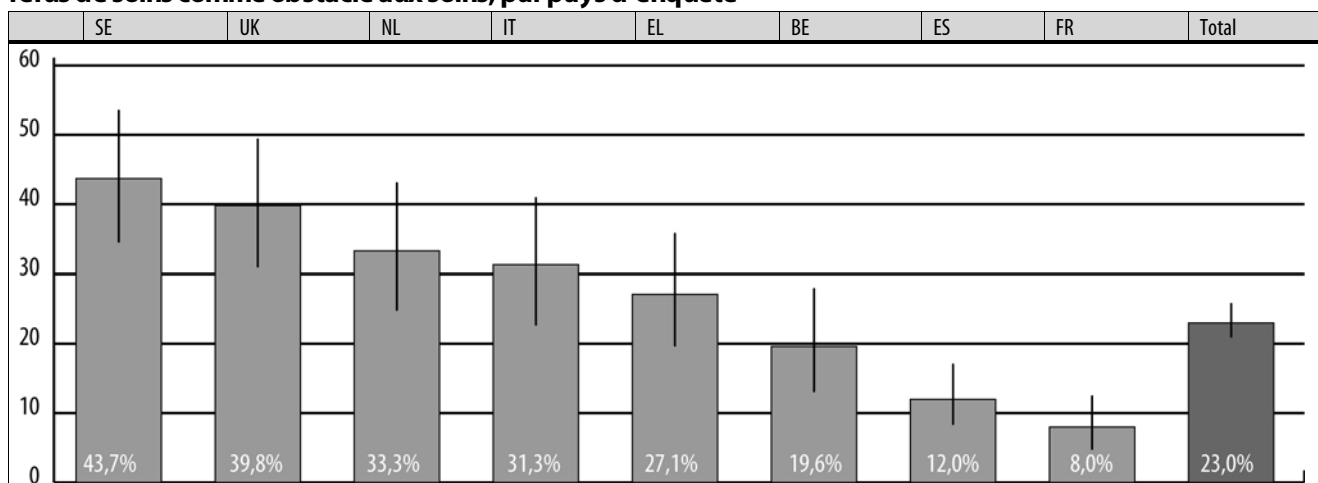
83- Proportion de personnes interrogées citant le coût des consultations ou des traitements comme obstacle aux soins, par pays d'enquête



> « C'est la gynécologue qui a dit que les femmes enceintes en urgence il faut les aider. Mais j'avais un visa et donc ça n'a pas marché. Mon père a été obligé d'emprunter à des gens pour payer tous les frais – presque 800 euros (visites, échographies, que je devais faire tous les quinze jours à cause de ma maladie) et l'accouchement aussi (1 145 euros). J'ai accouché à 3h du matin, je suis sortie à 10h : je ne voulais pas rester parce que je pensais que j'allais devoir payer plus (ils m'ont dit que je pouvais rester jusqu'à minuit sans payer plus mais j'étais inquiète). Ils m'ont prescrit des médicaments (des piqûres à faire pendant quinze jours) que je n'ai pas pu acheter. » Mme B., Algérienne, 36 ans, en France depuis quatre mois.

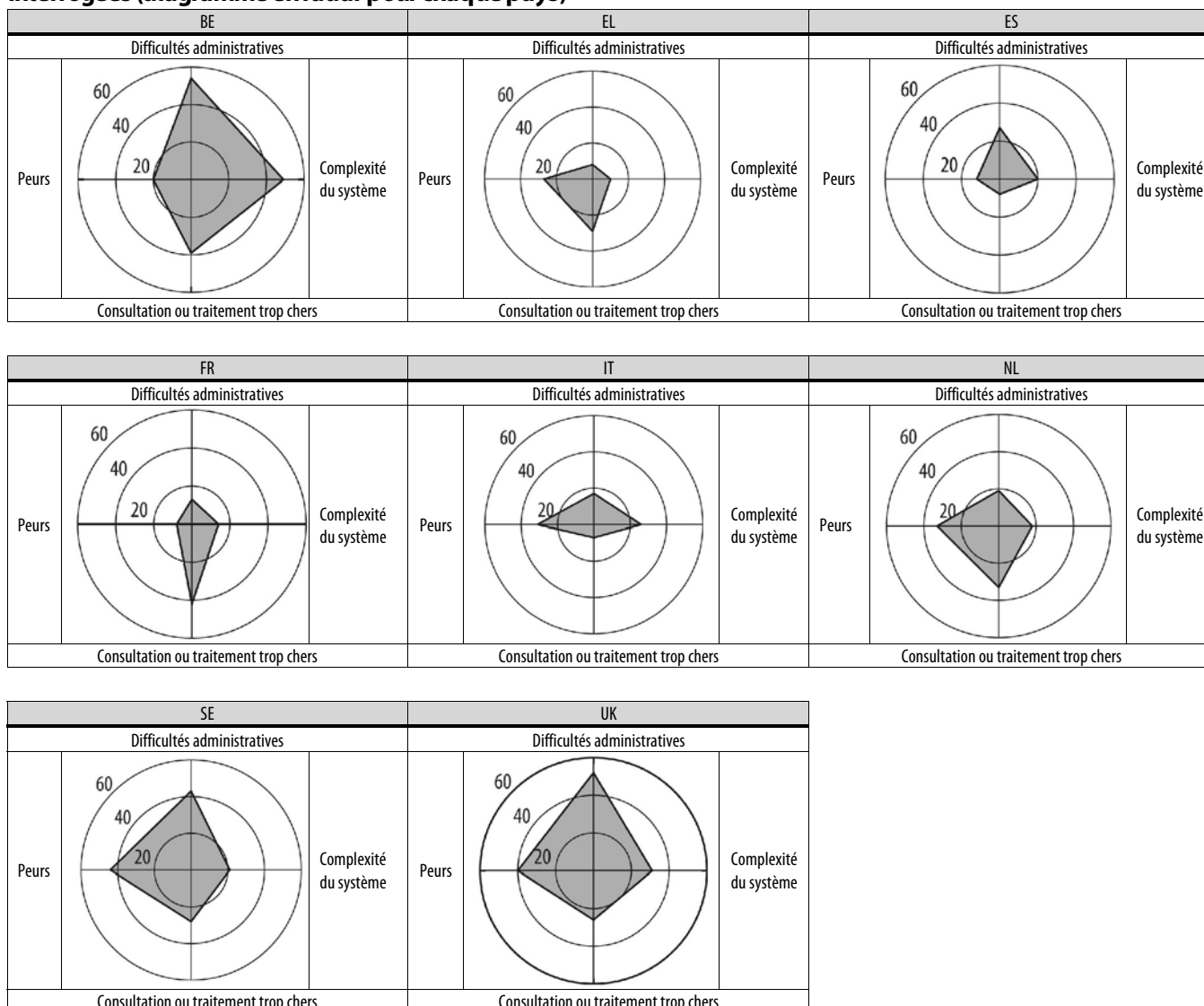
Assez logiquement, la distribution de la fréquence des craintes de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins dans les différents pays est assez proche de celle observée concernant les expériences vécues de racisme ou de discrimination dans les lieux de soins. La Suède, le Royaume-Uni et les Pays-Bas sont les trois pays où cette catégorie d'obstacles est la plus souvent citée ; ce sont également les mêmes pays dans lesquels les personnes interrogées rapportaient le plus souvent de telles expériences, tandis que l'Espagne, la Belgique et la France sont les pays dans lesquels la fréquence de ces deux indicateurs est la plus faible.

84- Proportion de personnes interrogées citant la crainte de dénonciation, d'arrestation, de discrimination ou de refus de soins comme obstacle aux soins, par pays d'enquête



La situation des différents pays peut également être résumée et comparée par le jeu de figures suivant.

85- Fréquence des quatre principales catégories d'obstacles à l'accès aux soins citées par les personnes interrogées (diagramme en radar pour chaque pays)



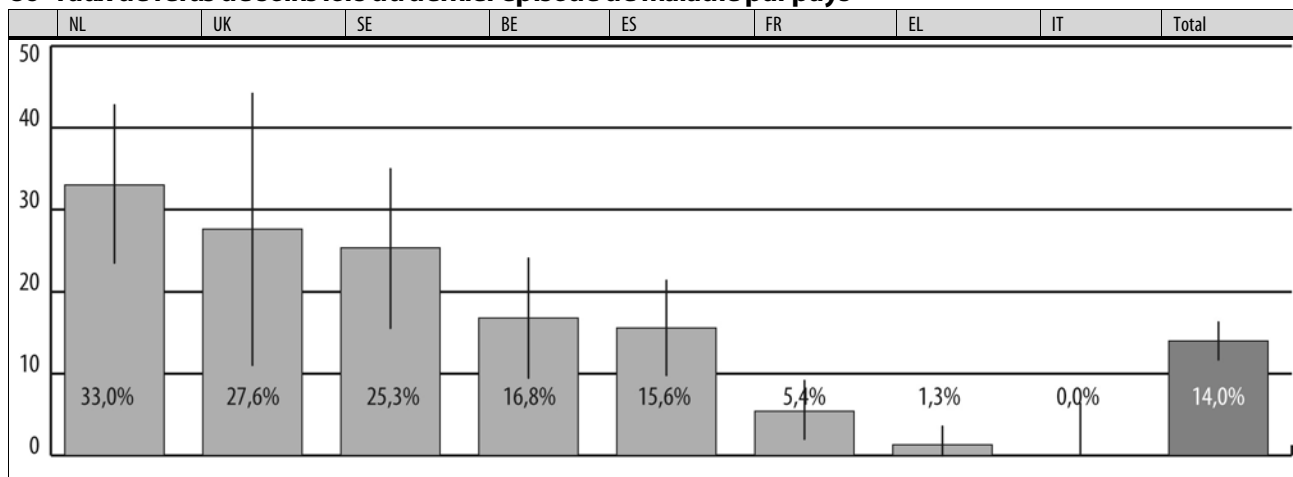
Note de lecture : les surfaces colorées sont proportionnelles à la fréquence des obstacles cités dans chaque pays concernant les quatre dimensions mises en exergue dans les figures. L'étendue et la forme de ces surfaces permet de visualiser et de comparer directement la situation décrite par les enquêtés dans chaque pays.

• Le refus de soins lors du dernier épisode de maladie

La question du refus de soins a été abordée par rapport au dernier épisode de maladie. A cette occasion, **14 % des personnes concernées déclarent avoir essuyé un refus de soins⁹⁹**. Ce taux, identique chez les hommes et chez les femmes, est significativement différent selon le pays d'enquête : c'est aux Pays-Bas – où il n'existe pas de structures spécifiques pour les personnes sans papiers – qu'il est le plus élevé (un tiers des répondants) ainsi qu'au Royaume-Uni et en Suède (un quart des répondants). Il est autour de 15 % en Espagne et en Belgique. Il est plus faible ou nul dans les autres pays. Les équipes grecques indiquent que les personnes ne se présentent même pas dans les structures publiques, sachant qu'elles ne seront pas acceptées, ce qui expliquerait le faible taux de refus de soins en Grèce.

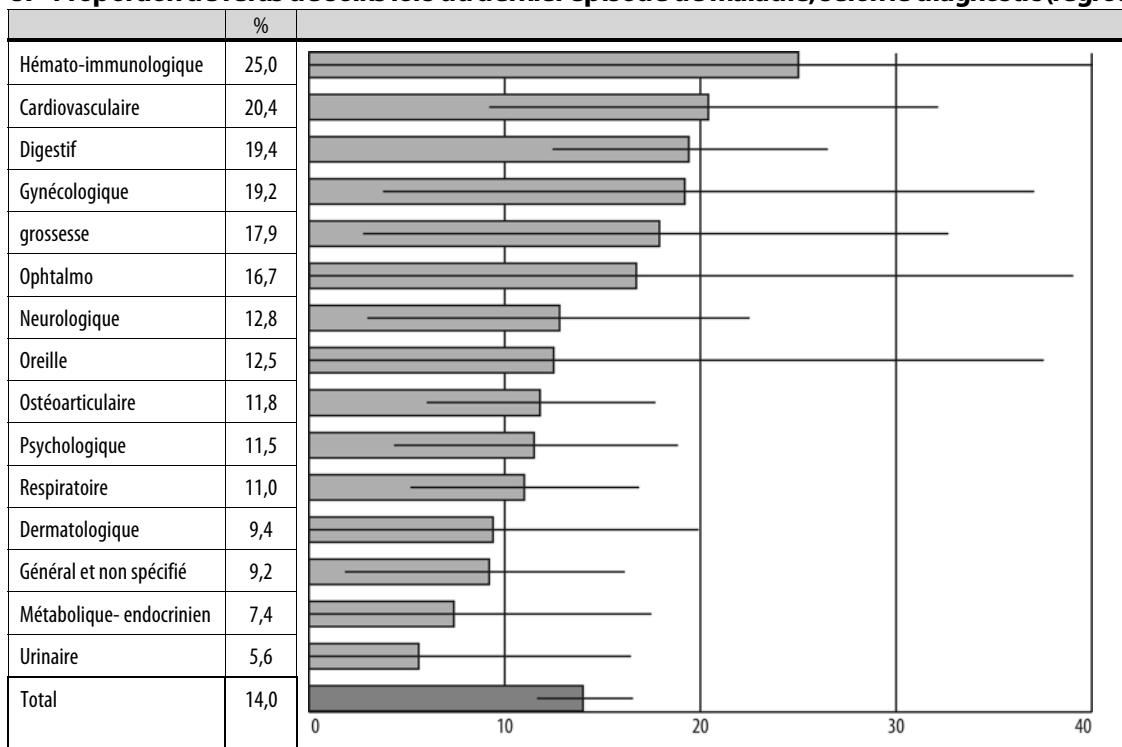
99.Ce taux qui concerne le dernier épisode de maladie est à rapprocher de la proportion des personnes (8%) qui citent les refus de soins comme obstacles à l'accès aux soins de façon générale (voir plus bas).

86- Taux de refus de soins lors du dernier épisode de maladie par pays



Les refus de soins sont particulièrement fréquents pour les symptômes ou les maladies se rapportant aux sphères cardiovasculaires, digestives ou gynécologiques. On constate qu'ils ne sont malheureusement pas exceptionnels en ce qui concerne la grossesse (18 % des femmes ayant eu des problèmes de santé liés à leur grossesse se sont vu refuser des soins. Les effectifs étant faibles, cette proportion est entachée d'une grande incertitude statistique). Il est tout aussi grave de voir que les refus de soins ne concernent pas préférentiellement les maladies ou les symptômes les plus banals, c'est même le contraire qui s'observe, non seulement par appareil mais dans le détail des diagnostics : plus l'appareil touché est lié à des fonctions vitales (cardiologie, hématologie...) ou plus le diagnostic est grave, plus le taux de refus de soins est important.

87- Proportion de refus de soins lors du dernier épisode de maladie, selon le diagnostic (regroupés par appareils)



Note de lecture : parmi les personnes venues pour un problème psychologique à leur dernier épisode de maladie, 11,8% ont essayé un refus de soins mais cela concerne un nombre restreint de personnes, ainsi cela renverrait à un taux de refus de soins pouvant varier de 4% à 18% (voir la ligne signalant l'intervalle de confiance).

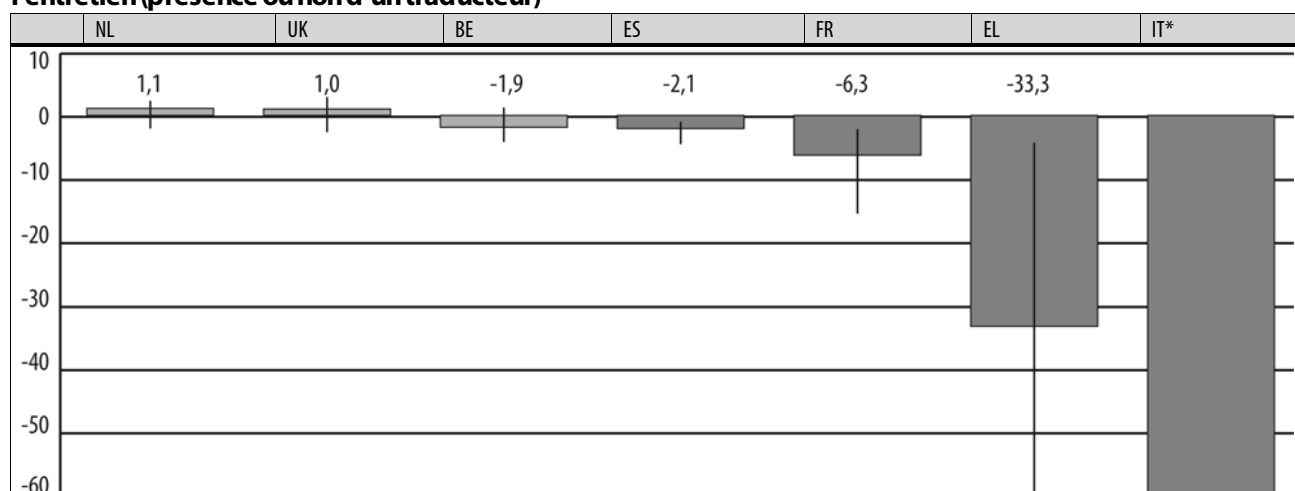
- > « Je suis allée dans un centre médical de ma ville. J'ai dit que j'avais déjà fait des démarches pour obtenir la carte de soins et que j'avais une attestation qui me permettait de venir aux urgences. J'avais de la fièvre et ça semblait être une grippe mais je n'avais pas de médicaments ni d'informations pour savoir ce que je pouvais prendre. Je vais donc dans ce centre et la dame à l'accueil me demande d'où je viens, elle regarde mon attestation (F6) et elle me dit qu'ils ne peuvent pas me soigner, que mon cas n'est pas une urgence et que pour cela il y a Médecins du monde. Je lui ai répondu que lorsque j'ai fait les papiers on m'avait dit que je pouvais

venir aux urgences et que comme je ne me sentais pas bien, j'avais décidé de me présenter. A part Médecins du monde, je suis très isolée et je ne saurais pas à qui adresser mes filles. Je lui ai demandé pourquoi on ne pouvait pas s'occuper de moi et elle m'a répondu "ce n'est pas gratuit, c'est nous qui le payons en travaillant". Je lui ai dit que ce service était public et que c'était indispensable pour les gens et elle m'a répondu qu'il ne fallait pas que je croie qu'ils allaient payer tout ce que voulaient les immigrés. Je suis restée choquée par ce qu'elle m'a dit. C'était la première fois que je me sentais rejetée.» Femme, Argentine, 23 ans, en Espagne depuis dix mois.

En fait, ce n'est pas tant le diagnostic (ni même sa gravité) qui détermine le refus de soins que le type de structure fréquentée. Même si la possibilité de réponses multiples quant au(x) lieu(x) fréquenté(s) empêche toute imputabilité directe, on observe **que les personnes ayant fréquenté (au moins) une structure de soins de droit commun ou des urgences hospitalières déclarent deux fois plus souvent avoir essuyé un refus de soins que celles ayant (au moins) fréquenté un centre de soins spécifique** : les taux de refus sont respectivement de 20,9 %, 20,5 % et 11,5 %.

En ajustant sur le type de structures de soins fréquentées l'ancienneté d'immigration dans le pays d'accueil et la présence ou non d'un traducteur lors de la passation du questionnaire¹⁰⁰, on observe toujours le même classement des pays de l'enquête en termes de fréquence de refus de soins.

88- Estimation du risque de refus de soins lors du dernier épisode de maladie selon le pays d'enquête, après ajustement sur les types de structures de soins fréquentées, l'ancienneté d'immigration et les circonstances de l'entretien (présence ou non d'un traducteur)



(OR estimés par régression logistique, référence = Suède)

* Le risque est, d'un point de vue statistique, « infiniment » faible pour l'Italie et son intervalle de confiance inestimable puisque aucun cas de refus de soins n'y a été signalé.

Note de lecture : par comparaison avec la Suède, les personnes interrogées en Espagne ont 2,1 fois moins de chances d'avoir essuyé un refus de soins (en gris, les rapports non significatifs d'un point de vue statistique).

Il reste néanmoins difficile d'interpréter les différences entre pays d'enquête. Il est en effet très probable que de nombreux étrangers sans papiers anticipent les refus de soins et, de ce fait, ne tentent même pas de consulter les services de soins, notamment de droit commun. Les taux de refus de soins reflètent donc aussi l'intériorisation de la discrimination par les personnes elles-mêmes, notamment peut-être dans les pays où ce taux est très faible. **A l'inverse, le principe d'universalité de l'accès aux soins des systèmes de santé d'inspiration beveridgienne¹⁰¹ dissuade peut-être moins les personnes sans papiers de consulter dans des structures de droit commun mais il semble mis à mal par la fréquence des refus de soins qu'elles y essuient.**

100. La présence d'un traducteur s'accompagne d'une proportion significativement plus élevée de refus de soins rapporté : 20,5 % contre 12,7 %, p = 0,02.

101. Dans un système dit beveridgien (du nom de Lord Beveridge, 1879-1963), la protection sociale est universelle, basée sur la solidarité, elle s'applique à toute la population « du berceau à la tombe » (par exemple au Royaume-Uni, en Suède, et dans certains pays méditerranéens qui se sont inspirés du système beveridgien dans les années 70 (Espagne, Italie, Grèce, Portugal).

- > *Il a été pratiquement impossible de recevoir des soins pendant ma grossesse. Les gens que je connaissais m'effrayaient "Si tu vas à l'hôpital, ils vont t'expulser!" Un jour je me sentais vraiment mal et je suis allée dans un dispensaire d'accès libre (Walk-in Center) pour un contrôle. Ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider et que si ça empirait, je devrais aller aux urgences. J'ai ensuite essayé d'aller dans le cabinet d'un médecin généraliste – j'étais alors déjà enceinte de cinq mois – où on a refusé de m'enregistrer à cause de mon statut de sans-papiers. Une femme a même laissé un mot indiquant que si je revenais, ils ne devraient pas me prendre en charge parce que je n'y avais pas droit. Elle m'a dit: "Vous devez payer 2800 euros et nous vous trouverons une sage-femme." Je suis allée directement à l'hôpital. Malheureusement, ce n'était pas mieux. Ils m'ont dit des choses comme "Pourquoi tu as un bébé dans ce pays?" et la personne chargée du recouvrement des coûts auprès des étrangers m'a menacée de me mettre dans un avion pour l'Ouganda. Elle m'a dit de payer les 2800 euros sinon je serais expulsée. Elle m'a dit que quand je perdrais les eaux, je ne pourrais pas appeler d'ambulance ou ça me coûterait 340 euros. Quand j'essayais d'expliquer que je n'avais pas autant d'argent, ils me répondaient juste "Eh bien, tu n'as plus qu'à accoucher chez toi." C'est pour cela que je n'ai eu aucun suivi de grossesse.» F. Ougandaise, au Royaume-Uni depuis deux ans (venue pour voir sa sœur mourante).*
- > *En septembre 2006, Mme O. a un accident. Elle souffre depuis lors de douleurs dans le bas du dos. Son médecin traitant la renvoie à l'hôpital pour des radiographies. A son arrivée à l'hôpital, on lui refuse cet examen parce qu'elle n'est pas assurée et qu'elle n'a pas assez d'argent pour payer le coût intégral. Quelques semaines plus tard, le médecin traitant envoie à nouveau sa patiente à l'hôpital, cette fois pour des examens de sang. Une fois encore, Mme O. ne peut réaliser cet examen pour les mêmes raisons que la première fois. Bien qu'il y ait eu précédemment un compromis financier négocié par une association avec l'administration des finances de l'hôpital suite à une visite de Mme O. aux urgences, l'hôpital refuse finalement d'effectuer l'examen sanguin. Quelques mois plus tard, Mme O. souffre de palpitations: le médecin traitant voudrait bien qu'elle fasse des examens pour préciser le diagnostic. Mais elle n'ose plus se présenter à l'hôpital après avoir été refusée deux fois. Elle et le médecin traitant ne savent plus quoi faire. Finalement, ce dernier contacte un collègue cardiologue qui est d'accord pour la recevoir gratuitement. Mme O., Ghanéenne, 48 ans, aux Pays-Bas depuis cinq ans.*
- > *En octobre 2007, Mme Z. souffre de violentes douleurs à l'estomac. Le médecin traitant pense à des calculs rénaux et l'envoie faire des examens à l'hôpital. Elle s'y rend mais on refuse de réaliser les examens parce qu'elle n'est pas assurée et qu'elle ne peut en payer le prix. Le médecin traitant lui prescrit alors des médicaments antidouleurs puissants, mais les douleurs persistent. Un mois et demi plus tard, le médecin renvoie Mme Z. à l'hôpital après avoir appelé le personnel en urologie. A la réception en urologie, Mme Z. s'entend dire à nouveau qu'on ne peut lui faire ces examens si elle ne les paie pas. Dix mois plus tard, elle souffre toujours et n'a pas accès aux soins. Mme Z., Arménienne, 32 ans, aux Pays-Bas depuis quatre ans.*

● Le racisme subi en général et dans les structures de soins

Depuis quinze ans¹⁰², il existe en santé publique un nombre croissant de travaux épidémiologiques portant sur le racisme et ses impacts sur la santé qui posent la question, notamment, du racisme dans sa dimension subjective d'expérience vécue. Si cet axe de réflexion n'appréhende qu'une des facettes d'un phénomène beaucoup plus complexe et si les résultats de ces travaux ne sont pas tous concordants, la grande majorité d'entre eux concluent à ses effets délétères sur la santé (sur la santé mentale bien sûr mais également sur certains comportements en lien avec la santé ainsi que sur la santé cardio-vasculaire, par exemple)¹⁰³.

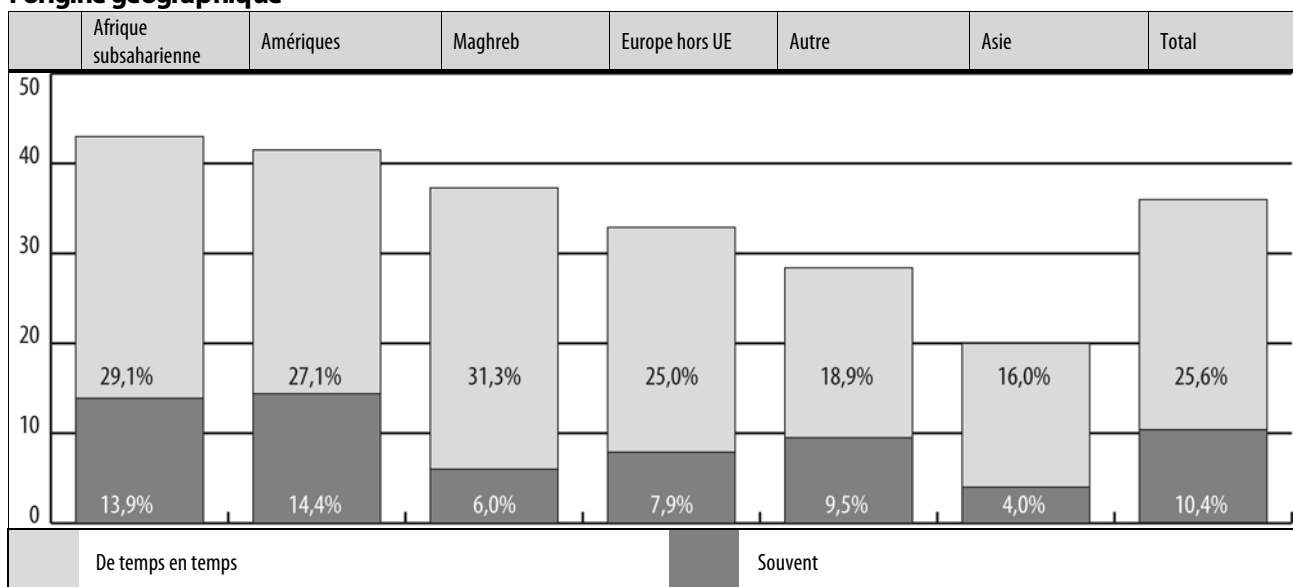
102. Le premier article à traiter de l'impact sanitaire du racisme dans le champ de la santé publique a été publié par Krieger et coll. en 1993 (Krieger N., Rowley D., Hermann A.A., Avery B., Phillips M.T., « Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease, and well-being », *Am J Prev Med*, 1993 ; 9 : 82–122).

103. En 2006, 138 articles ont été retrouvés dans la littérature, dont seulement 12 européens... (Paradies Y., « A systematic review of empirical research on self-reported racism and health », *Int J Epidemiol*, 2006, 35 : 888-901.)

Une question sur le racisme a été posée à l'ensemble de la population enquêtée¹⁰⁴. **Un tiers des personnes interrogées ont été personnellement victimes de racisme au cours de l'année écoulée** (36 %, IC95 % = [33,1 %-38,9 %]) : 10 % estiment l'avoir été « souvent » et 26 % « de temps en temps », sans différence significative selon le sexe.

Parmi l'ensemble des répondants, ce sont les **Africains, les personnes originaires d'Amérique latine et des Caraïbes et les Maghrébins qui déclarent le plus souvent avoir été victimes de racisme**, les Européens et les Asiatiques apparaissant moins exposés.

89- Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de racisme au cours de l'année écoulée en fonction de l'origine géographique



> *« Je me sens exclue tous les jours. Aujourd'hui par exemple, comme chaque jour au marché, ils ne veulent pas que je sois servie en premier parce que je suis noire. Ça arrive aussi tous les jours dans le bus. Je crois que ça arrive parce que comme il y a la crise, ils pensent que c'est de la faute des immigrés qui sont ici. » Femme, Nigériane, 24 ans, vit en Espagne à Palma de Majorque depuis trois ans.*

En analyse multivariée, prenant en compte simultanément le sexe, l'âge, l'origine géographique et l'ancienneté de séjour dans le pays d'enquête, on observe que :

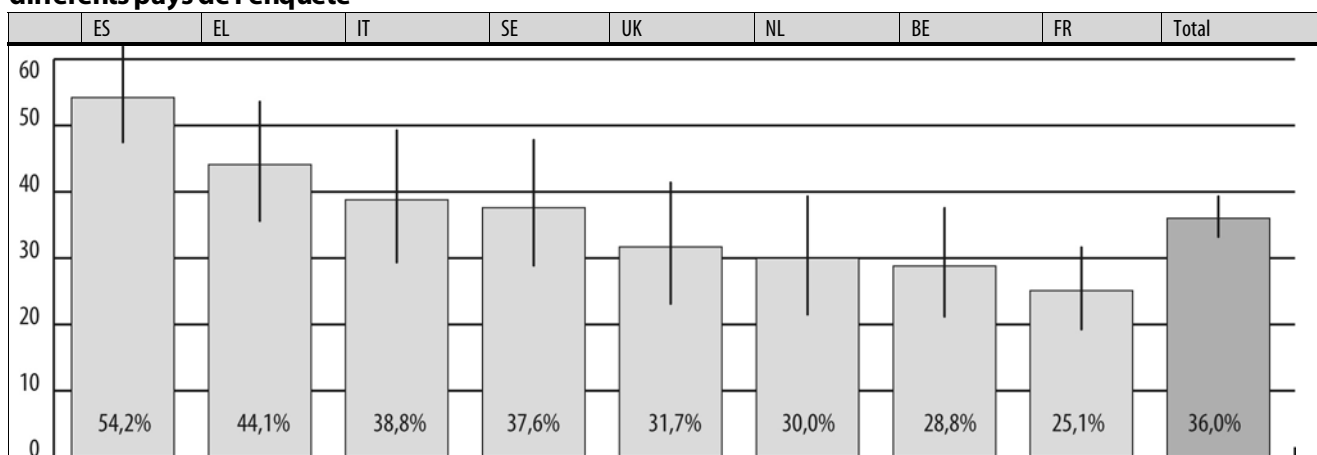
- Les hommes et les femmes sont concernés dans les mêmes proportions ;
- Les personnes âgées de 25 à 54 ans sont deux fois plus concernées que les plus jeunes ou les plus âgés ;
- **Le risque d'être victime de racisme est associé à la durée de séjour selon une « courbe en U »** : il est maximal au cours de la première année de séjour, minimal entre une et deux années de séjour puis augmente à nouveau, de façon régulière, pour être de nouveau maximal au-delà de six ans. Cela pourrait s'expliquer par la somme de deux phénomènes qui évoluent en sens contraire : une diminution des situations où la personne est confrontée à des personnes racistes et/ou suscite des manifestations hostiles avec la durée de séjour (par l'apprentissage de stratégies d'évitement et/ou l'intégration de normes culturelles du pays d'accueil) et une susceptibilité aux manifestations racistes (et donc le fait de s'estimer victime de racisme) qui, elle, augmente avec la durée de séjour dans le pays d'accueil ;
- **Le risque est deux fois plus élevé chez les Africains subsahariens (OR = 1,88, IC95 % = [1,22-2,90]) et est également plus élevé chez les Maghrébins (OR = 1,40, même si la différence n'est pas significative : IC95 % = [0,84-2,34]).** En revanche, le risque est deux fois plus faible pour les Latino-Américains (OR = 0,51, IC95 % = [0,28-0,91]).

104. « Au cours de l'année écoulée (ou depuis que vous êtes arrivé ici), dans les différents domaines de votre vie personnelle et sociale, avez-vous été personnellement victime de racisme (discrimination liée à votre couleur, origine géographique, etc.) ? »

Ces proportions sont significativement différentes selon les pays d'enquête. C'est en France qu'elle est la plus faible. Les fortes proportions observées en Espagne, en Grèce et en Italie peuvent être sans doute corrélées au fait qu'il s'agit de trois pays d'immigration récente, après des décennies d'émigration. Par ailleurs, il semble qu'en Espagne la question ait été élargie par les enquêteurs aux discriminations au lieu de ne renseigner que le racisme.

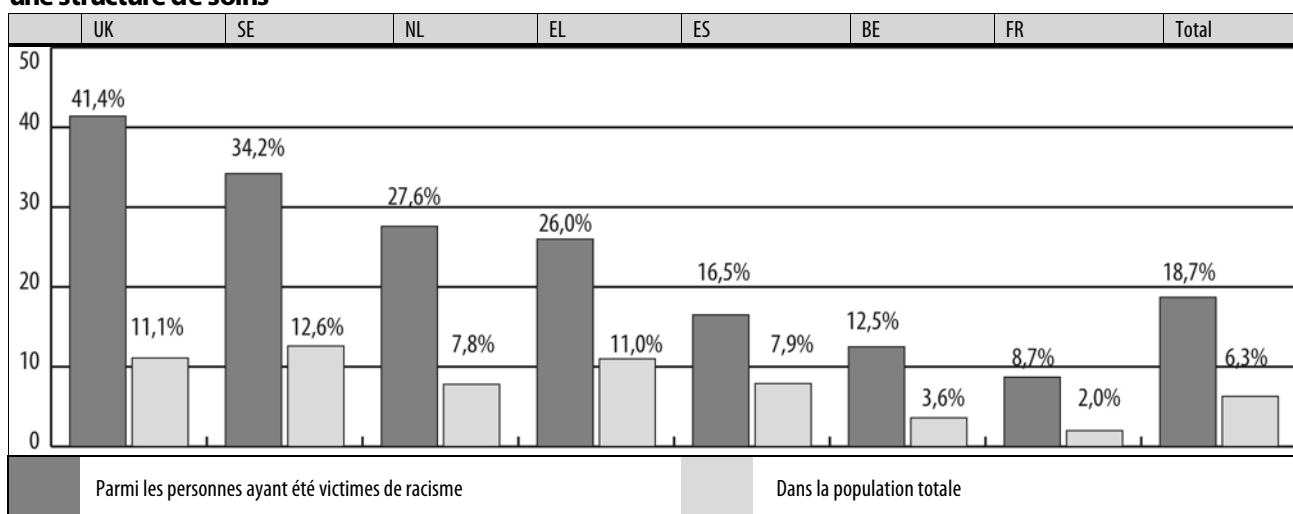
A titre de comparaison, notons, par exemple, que 7 % de la population suédoise âgée de 18 à 84 ans (5 % des hommes et 8 % des femmes) déclaraient, en 2006, avoir été victimes de discrimination (tous motifs confondus) au cours des trois derniers mois¹⁰⁵ et une proportion équivalente avoir été victime de discrimination dans le secteur médical. En France, une enquête conduite auprès d'un échantillon représentatif de la population de 18 ans et plus en agglomération parisienne (qui compte 14 % d'immigrés) en 2005 montrait que 3 % des personnes déclaraient avoir été victimes de racisme souvent, et 11 % de temps en temps, au cours de l'année écoulée¹⁰⁶.

90- Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de racisme au cours de l'année écoulée dans les différents pays de l'enquête



Pour 19 % des personnes estimant avoir été victimes de racisme, cela s'est produit au moins une fois en consultant une structure de soins ou un professionnel de santé.

91- Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de racisme au cours de l'année écoulée en consultant une structure de soins



105. Health and Discrimination Project, « Discrimination, a threat to public health », Stockholm, National Institute of Public Health, 2007.

106. Chauvin P., Parizot I., « Les inégalités territoriales de santé dans l'agglomération parisienne », Paris, Editions de la DIV (coll. Etudes et recherches), 2008.

C'est en Suède (13 % des personnes interrogées), au Royaume-Uni et en Grèce (11 %) que les enquêtés sont les plus nombreux à avoir ressenti du racisme au sein du système médical; c'est en France (2 %) et en Belgique (4 %), qu'ils sont les moins nombreux, les personnes enquêtées aux Pays-Bas¹⁰⁷ et en Espagne se situant en position intermédiaire¹⁰⁸. Ces chiffres pourraient être mis en relation avec les législations respectives des pays concernant le droit à l'accès aux soins des étrangers sans autorisation de séjour. On constate en effet que c'est dans les pays où cette législation est la plus restrictive que les enquêtés sont les plus nombreux à se sentir victimes de racisme à l'occasion de consultations de santé. Bien entendu, ces résultats et ces différences doivent être interprétés avec prudence, étant donné la manière dont notre échantillon a été constitué (dans des dispositifs et programmes de soins spécifiques). En outre, l'enquête ne permet pas de savoir dans quels types de structures ou avec quels types de professionnels les personnes ont été confrontées à des réactions de racisme. Pour autant, on observe **qu'il y a une forte corrélation entre le fait d'avoir été victime de racisme dans une structure de soins au cours de l'année écoulée et le fait d'avoir subi un refus de soins lors du dernier épisode de maladie** (43,4 % versus 7,7 % de refus de soins pour ceux ne rapportant pas avoir été victimes de racisme, OR = 5,67, IC95 % = [3,30-9,72]).

• La limitation des déplacements et des activités par peur des arrestations

Plus de la moitié des personnes interrogées (60%) disent qu'il leur arrive de limiter leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtées¹⁰⁹. C'est le cas « très souvent » pour 26 %, « souvent » pour 17 % et « parfois » pour 17 % d'entre elles. On ne note pas sur ce point de différences significatives selon le sexe et selon l'âge (même si la limitation d'activité semble d'autant moins fréquente que l'âge augmente). Cette restriction peut concerner des domaines très variés. Divers témoignages évoquent ainsi la peur de se déplacer en transports en commun, d'aller chez le médecin, d'aller chercher ses enfants à l'école...

- > *Elle attend, cachée dans l'ombre au coin de la rue, et il faut la convaincre qu'il n'y a pas de danger pour qu'elle trouve le courage d'entrer dans notre local... Elle a une cystite, besoin de lunettes, une tension oculaire importante. Elle a un fort taux de sucre dans le sang, une hypertension artérielle et a besoin d'un contrôle gynéco. Quand nous lui demandons comment elle a fait jusqu'à maintenant avec ses problèmes de santé, elle répond: «Je me suis aidée toute seule.» Elle vit cachée en changeant de domicile constamment. Elle n'ose pas aller au centre-ville par peur des policiers. M., Péruvienne, 44 ans, vit en Allemagne depuis treize ans.*
- > *Quand R. est venue la première fois à Médecins du monde Allemagne, son inquiétude nous a frappés, il a fallu du temps pour qu'elle soit moins effrayée. Il y a un an, elle est allée dans un hôpital catholique où on lui a donné des médicaments pour son diabète et son hypertension. Elle les a pris pendant deux mois mais elle n'a pas eu l'argent nécessaire pour en racheter et n'a pas osé retourner à l'hôpital. Elle est dans un très mauvais état général et doit être traitée sans attendre. R., Croatie, vit en Allemagne depuis quatorze ans.*
- > *«Aujourd'hui, je souffre tellement. Si je suis malade, je ne peux pas travailler. J'ai peur, je ne sors pas souvent, juste deux rues aux alentours de là où je vis. Ma famille me manque mais je veux vivre, je suis quelqu'un qui aime la vie, je veux vivre.» Indien, 31 ans, en Belgique depuis un an.*
- > *Trois mois après son arrivée aux Pays-Bas, B. se trouve dans une station de métro. Il voit deux policiers qui se dirigent vers lui. A cause de son expérience négative avec la police à Malte (il a été battu à coups de massue et garde des séquelles aux épaules et aux genoux), il est effrayé et prend ses jambes à son cou. Dans sa*

107. Aux Pays-Bas, seul un petit nombre de professionnels de santé acceptent de soigner les personnes sans papiers puisque leur prise en charge se fait au cas par cas, soins par soins, à l'initiative et à la demande du professionnel (Oort M. van, et al., «Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen», Utrecht, NIVEL, 2001).

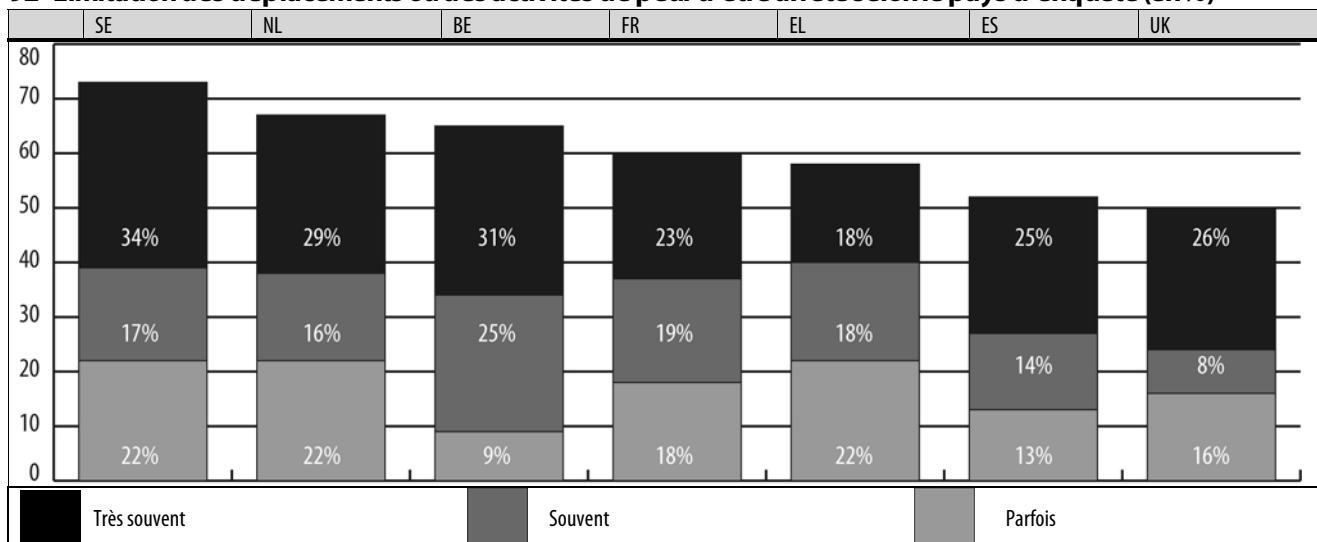
108. En Italie, la question du racisme lors de la fréquentation des structures de soins n'est pas exploitable.

109. Ces chiffres concernent l'ensemble de l'échantillon sauf les personnes enquêtées en Italie, où la question n'a pas été posée.

précipitation, il fait une chute dans les escaliers et se casse les deux chevilles. La police appelle une ambulance qui le conduit aux urgences de l'hôpital le plus proche. B., Ivoirien, 35 ans, vit aux Pays-Bas.

Des différences importantes existent selon le pays d'enquête. En Belgique et en Suède, c'est plus de la moitié (respectivement 56 % et 51 %) des enquêtés qui limitent souvent ou très souvent leurs activités de peur d'être arrêtés.

92- Limitation des déplacements ou des activités de peur d'être arrêté selon le pays d'enquête (en%)



En ajustant sur le pays d'enquête, les différents groupes de nationalités ne se différencient pas les uns des autres de façon significative quant au fait de limiter (parfois ou souvent) leurs activités de peur d'être arrêtés – excepté les enquêtés de nationalité sud-américaine : leur risque de limiter leurs activités est en effet deux fois moindre que celui des autres groupes.

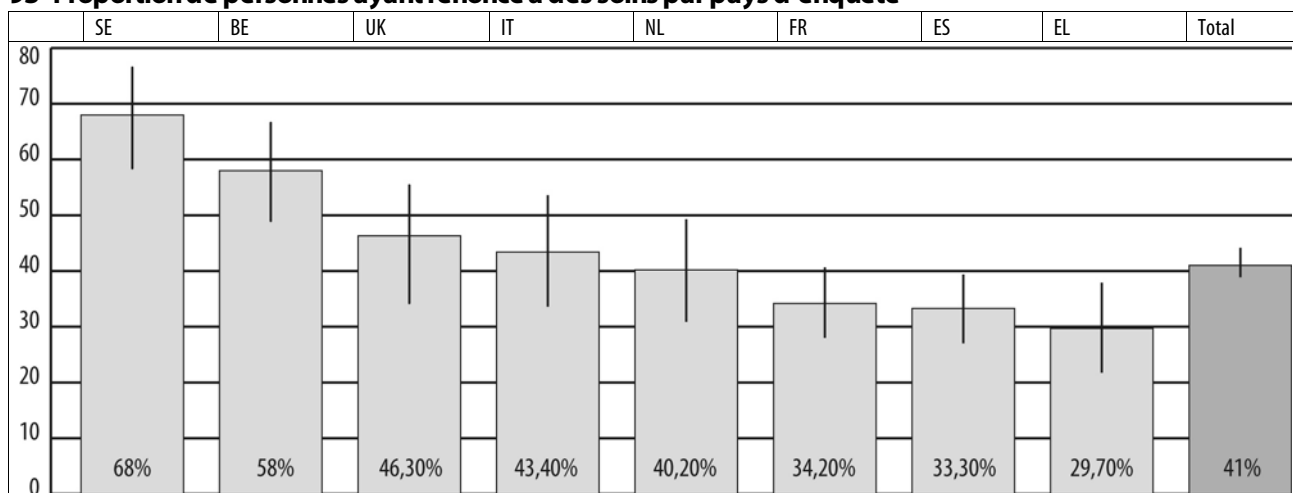
• Le renoncement aux soins

Dans la population d'enquête, 41 % des personnes ont renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (53 % parmi celles rapportant au moins un obstacle dans l'accès aux soins), sans différence significative selon le sexe ou l'âge.

La part des personnes ayant renoncé à des soins au cours des douze derniers mois dépasse les deux tiers en Suède et la moitié en Belgique. Elle concerne un tiers des personnes interrogées en France¹¹⁰ et en Espagne.

110. C'est-à-dire une proportion identique à celle observée dans la population générale française sans assurance complémentaire (32% en 2006, source : Irdes, 2008) mais avec des renoncements bien différents (ce sont, dans la population française, les soins dentaires et la lunetterie qui viennent en premier alors que, chez les sans-papiers, ce sont les consultations de médecine générale).

93- Proportion de personnes ayant renoncé à des soins par pays d'enquête



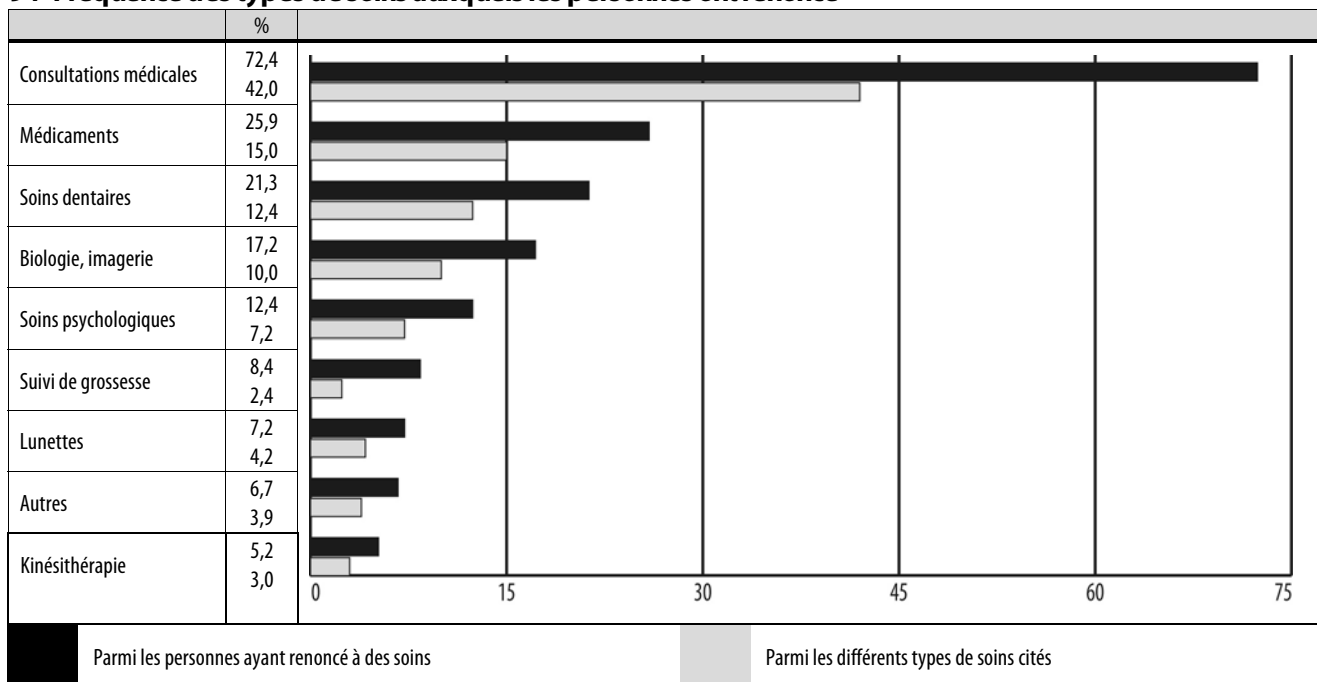
Le fait d'avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois est significativement dépendant du fait de bénéficier ou non, dans la pratique, d'une prise en charge des soins au jour de l'enquête. **Les personnes sans prise en charge ont renoncé à des soins trois fois plus souvent que celles prises en charge** (OR = 3,07, IC95 % = [1,83 – 5,13]). Une association identique est observée si on prend en compte le statut de prise en charge non plus au jour de l'enquête mais lors du dernier épisode de maladie (OR = 3,00, IC95 % = [1,91 – 4,65]) ; ce qui confirme ce résultat. Cette absence de prise en charge explique une bonne partie des différences internationales observées mais pas toutes : après ajustement sur le statut individuel de prise en charge, on observe que les personnes interrogées en Espagne et en France ont quatre à cinq fois moins souvent renoncé à des soins que celles interrogées en Belgique ou au Royaume-Uni (mais les différences ne sont plus significatives car les effectifs deviennent faibles).

- > « J'avais 16 ans à l'époque et je suis venue toute seule du Nigeria. Quand je suis arrivée à Londres, j'ai demandé l'asile. Six mois plus tard, j'ai reçu une lettre du gouvernement m'annonçant le refus. J'ai alors changé constamment de place, chez des gens que je connaissais. Je n'ai eu aucun suivi médical pendant tout ce temps. Si j'étais malade et que j'avais un peu d'argent, j'allais au magasin du coin acheter des médicaments. Mais la plupart du temps je n'avais pas d'argent, alors je restais à la maison, je serrais les dents et je supportais. Aucun médecin généraliste ne m'enregistrait puisqu'ils demandent toujours un passeport et je n'en ai pas à montrer. Si vous n'avez pas de passeport dans ce pays, on ne vous parle pas de la même façon. » T., Nigériane, 22 ans, vit au Royaume-Uni depuis six ans.

Les soins auxquels les enquêtés ont le plus souvent renoncé sont les consultations médicales (citées par 30 % des personnes interrogées), les médicaments (10 % des personnes interrogées) et les soins dentaires (9 % des personnes interrogées). Le renoncement à un suivi de grossesse est cité par 8 % des femmes ayant renoncé à des soins (soit 4 % des femmes interrogées)¹¹¹.

111. Pour mémoire, une étude suisse récente, conduite à l'hôpital universitaire de Genève, a observé que les immigrées sans autorisation de séjour consultaient en moyenne quatre semaines plus tard que les autres pour leur visite initiale de grossesse et que seules 63% ont cette première visite au cours du premier trimestre de grossesse (Wolff H., Epiney M., Lourenco A.P. et al., « Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention », *BMC Public Health* 2008, 8 : 93).

94- Fréquence des types de soins auxquels les personnes ont renoncé



* Fréquence chez les femmes ayant renoncé aux soins

Note de lecture : 25,9% des personnes ayant renoncé à des soins ont renoncé à acheter des médicaments; les médicaments représentent 15% des types de soins auxquels les personnes ont renoncé.

Par ailleurs, **29 % des parents ont dû renoncer à des soins pour leurs enfants au cours des douze derniers mois**. Les soins auxquels ils renoncent concernent le plus souvent les consultations, visites ou soins de médecin, ainsi que les vaccinations : **14 % des personnes vivant avec leurs enfants mineurs disent avoir renoncé à des vaccinations pour leurs enfants au cours des douze derniers mois**. La faiblesse des effectifs ne permet pas d'analyser de façon plus précise ces données¹¹².

95- Fréquence des types de soins auxquels les personnes ont renoncé pour leurs enfants (en %)

	% de ceux qui ont renoncé	% sur l'ensemble des parents
Consultations, visites ou soins de médecin	45	18
Vaccinations	35	14
Soins dentaires	23	10
Biologie, imagerie	22	9
Pharmacie, médicaments	15	6
Lunettes	12	5
Séances de kinésithérapie	10	5
Soins de santé mentale ou psychologiques	7	3
Autres soins ou inconnus	5	2

La somme des pourcentages est supérieure à 100 : les personnes ont pu renoncer à plusieurs types de soins.

112. Rappelons les résultats de la première enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de MDM publiée en 2007. Sur l'ensemble de la population concernée par la vaccination de leur enfant (et ayant répondu aux questions qui y sont relatives), une petite majorité seulement (53,5%) savaient que leur enfant pouvait bénéficier gratuitement de la vaccination et/ou là où il était possible de s'adresser pour cela (51,5%). Parmi les obstacles à la vaccination venaient la méconnaissance des lieux où elle est disponible (56%) puis la peur d'une dénonciation (24%).

Deuxième partie :
Enquête qualitative auprès de
parents sans autorisation de séjour
sur l'accès aux soins de leurs enfants

1. INTRODUCTION ET METHODOLOGIE

L'enquête statistique conduite en 2008 par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde portait principalement sur les conditions de vie, la santé et le recours aux soins des étrangers adultes vivant sans autorisation de séjour en Europe, c'est pourquoi il semblait important de compléter les résultats et analyses par des informations sur l'accès aux soins des enfants dont les parents sont sans papiers. Ainsi, et parallèlement à l'enquête quantitative, des entretiens et témoignages ont été recueillis auprès de personnes sans autorisation de séjour vivant en Europe avec un ou plusieurs enfants. L'objectif était de mieux comprendre l'accès aux soins de ces enfants, en interrogeant les parents sur la manière dont ils s'arrangent pour les faire soigner et sur la manière dont ils vivent les choses.

Il ne s'agissait pas de faire un diagnostic quantifiable de l'application réelle des législations concernant l'accès aux soins des enfants d'étrangers sans papiers dans les différents pays, mais de recueillir le point de vue de quelques parents sur la manière dont ils gèrent et appréhendent le recours aux soins pour leurs enfants.

Les personnes ont été interrogées dans des programmes de Médecins du monde, que leurs enfants y consultent ou non. Il s'agissait en effet de diversifier l'échantillon afin de recueillir aussi des témoignages sur des enfants pour lesquels les parents sont parvenus à faire valoir leurs droits à consulter dans le système de droit commun.

Les thèmes abordés portaient sur la situation et les conditions de vie de la famille, sur l'état de santé des enfants et sur les recours aux soins. Les entretiens ont été d'une durée très variable, approfondissant plus ou moins les thèmes selon la situation et les envies des personnes interrogées.

Au total, 32 témoignages ou entretiens ont été recueillis dans 8 pays¹¹³ pour ce rapport :

- **France**, 8 entretiens (7 à Saint-Denis et 1 à Paris),
- **Grèce**, 8 entretiens (4 à Athènes et 4 à Thessalonique),
- **Suède**, 5 entretiens à Stockholm,
- **Belgique**, 3 entretiens à Bruxelles,
- **Pays-Bas**, 3 entretiens à Amsterdam,
- **Royaume-Uni**, 2 entretiens à Londres,
- **Suisse**, 2 entretiens à Fribourg,
- **Espagne**, 1 entretien aux Canaries.

Comme pour l'enquête quantitative, on ne retrouve pas dans l'échantillon d'entretiens recueillis dans les programmes de Médecins du monde les personnes les plus exclues des soins (qui ne consultent même pas dans ce type de structures) ni celles les mieux intégrées au système de soins de droit commun (et qui n'ont donc pas recours à ce type de programmes).

¹¹³ La liste des entretiens et des caractéristiques des personnes enquêtées figure en annexe

2. DES CONDITIONS DE VIE POUVANT AFFECTER LA SANTE DES ENFANTS

Le droit à la santé ne passe pas seulement par un droit à l'accès aux soins. Il passe aussi par la possibilité de vivre dans des conditions qui ne sont pas délétères. Or, les situations rencontrées par les immigrés sans autorisation de séjour et leurs enfants sont souvent critiques. Nombre de parents interrogés constatent et déplorent que leurs conditions de vie affectent la santé de leurs enfants. Leur santé mentale comme leur santé physique risquent ainsi d'être perturbées.

• **Des conditions de logement souvent délétères**

Les **difficultés économiques**, liées notamment à l'interdiction légale de travailler, sont évoquées par la plupart des personnes interrogées. De cette pauvreté économique découlent bien souvent des difficultés en matière de logement. Même lorsqu'elles peuvent compter sur un soutien familial, amical ou communautaire important, l'hébergement chez des proches n'est pas nécessairement possible ni stable. L'accès à un logement est d'autant plus difficile que l'absence de titre de séjour ou de fiches de paie vient s'ajouter à la précarité des personnes. Aussi, nombre d'entre elles se retrouvent dans des logements particulièrement insalubres, vétustes et surpeuplés.

Divers parents avouent ne pas pouvoir habiter ailleurs que dans des **logements insalubres**. Les problèmes d'humidité et de moisissures sont évoqués, tout comme les difficultés à chauffer le logement. Mais on pense aussi à l'exposition à des produits toxiques (comme par exemple les peintures au plomb qui sont à l'origine de cas de saturnisme), ou encore à des problèmes d'équipement des logements tels que des chauffages ou des installations sanitaires défectueuses.

On peut citer l'exemple d'une femme de 30 ans qui vit en Grèce avec son fils de 15 mois, les trois enfants de sa sœur, ainsi qu'avec sa mère de 65 ans. Tous les six résident dans un appartement de deux pièces qu'elle décrit comme très vieux, sombre, humide et très froid en hiver. Elle estime que l'état de ce logement nuit à la santé des enfants dont elle a la charge mais elle doit y vivre depuis sept ans car le loyer est très faible :

- > *«Les enfants tombent malades tout le temps, même en été. L'humidité et la moisissure sont comme un cancer pour les enfants, ça les mange tout doucement... Mais je n'ai pas les moyens d'avoir quelque chose de mieux...» Mme S., Albanaise, en Grèce depuis douze ans, vit avec son fils de 1 an, trois neveux et sa mère.*

Une autre femme évoque ses conditions de logement lorsque son fils était petit :

- > *Elle vivait alors avec ses deux enfants et leur père dans un «tout petit studio» : «les toilettes c'était dans la pièce, les enfants restaient tout le temps dans le lit car y avait pas d'autre place dans le studio. [...] Il y avait beaucoup de poussière.» Elle pense que ces conditions sont à l'origine des allergies dont souffre son fils, qui était très jeune à l'époque. Mme A., Albanaise, en Belgique depuis huit ans, vit avec son conjoint et leurs deux enfants de 7 et 5 ans.*

Le **surpeuplement des logements** semble en outre très fréquent¹¹⁴. Cela peut avoir des conséquences néfastes sur la santé et sur le développement des enfants et des adolescents du fait, entre autres, du manque d'intimité, des difficultés à préserver un espace au calme pour effectuer le travail scolaire, ou du manque de place pour inviter des amis.

Un témoignage rapporté par les enquêteurs en Suède évoque des parents qui suralimentent leur bébé afin que celui-ci ne réveille pas les autres habitants du logement partagé – car cela aurait pour conséquence leur expulsion du logement.

114. D'après l'enquête par questionnaire, le surpeuplement concerne 86 % des adultes interrogés qui vivent avec un ou plusieurs de leurs enfants (et ne sont pas sans domicile).

On peut évoquer aussi la situation d'une femme de 29 ans et ses deux enfants aux Pays-Bas.

- > *Après avoir été hébergée avec ses enfants pour de courtes périodes durant des années, elle réside pour la première fois dans un lieu stable depuis six mois, qu'elle paie elle-même avec ses propres ressources financières: une chambre sous-louée dans une maison. L'étroitesse du lieu et le manque d'intimité apparaissent néanmoins problématiques pour des conditions de vie salubres, étant donné qu'elle vit avec un garçon autiste de 9 ans et une fille de 7 ans. Mme V., Nigériane, aux Pays-Bas depuis onze ans, vit avec ses deux enfants de 9 et 7 ans.*

Le surpeuplement du logement ne permet pas non plus la mise en œuvre de traitements nécessitant des aménagements du lieu de résidence ou de trouver le calme et l'intimité nécessaires à une convalescence.

La situation est pire encore lorsque les personnes n'ont pas de domicile.

- > *C'est le cas de Mme C., arrivée il y a peu à Bruxelles avec son conjoint et ses six enfants. Ils ont passé vingt jours sous une tente à l'automne, alors qu'«il faisait très froid». Elle souligne également n'avoir pu donner à ses enfants, durant trois jours, que du pain jeté par d'autres. Mme C., Roumaine, en Belgique depuis quelques mois, vit avec ses six enfants.*

● L'instabilité résidentielle, facteur de fragilisation des enfants

L'instabilité résidentielle peut, elle aussi, perturber les enfants. Un certain nombre de personnes sans papiers doivent changer régulièrement de logement, au fil des expulsions, des hébergements temporaires chez des proches ou en institution, ou des opportunités d'emploi qui demandent de se déplacer. Plusieurs ont été hébergées tour à tour par des amis, des membres de la famille ou des connaissances, des foyers, des églises ou des associations. **L'instabilité résidentielle peut générer du stress chez les enfants ainsi qu'une difficulté à trouver des repères ou à s'adapter.** Elle risque également d'affecter leur santé.

Une femme de 22 ans évoque son inquiétude de n'avoir pas de domicile fixe, alors qu'elle vit avec sa fille de 3 mois.

- > *Elle réside pour l'instant chez des amis qui souhaitent arrêter de l'héberger. «Avec ce froid, j'ai tellement peur, là le froid ça rend malade les bébés.» Elle doit quitter le domicile de ses amis prochainement mais ne sait pas où aller. Elle se renseigne actuellement sur les foyers d'hébergement pour jeunes mamans, mais souhaite surtout trouver un logement stable et cesser son nomadisme résidentiel. «Au moins il faut trouver un coin stable, trouver un coin pour juste poser la tête. Poser la tête ici aujourd'hui, là demain: avec un bébé, ça me fait peur... » Mme G., Ivoirienne, en France depuis deux ans, vit avec fille de 3 mois.*

Les déménagements incessants peuvent perturber, voire remettre en question le suivi médical des enfants. C'est ce qu'explique une femme érythréenne rencontrée à Londres, à propos de son fils de 4 ans.

- > *Après avoir subi des violences verbales et physiques de la part de son conjoint, Mme S.F. l'a quitté en emmenant avec elle son fils de 2 ans. Ils ont alors vécu dans des centres d'hébergement pour demandeurs d'asile, où ils n'étaient jamais autorisés à rester plus de quelques mois. Ces changements d'hébergement les contraignaient à se réinscrire régulièrement auprès d'un nouveau médecin généraliste. Son fils a dû changer de garderie, rencontrer de nouveaux éducateurs, se faire de nouveaux amis. Elle estime que cette absence de stabilité a été très perturbante pour le développement de son fils et s'indigne de la façon dont sont traitées les personnes déboutées du droit d'asile au sein des institutions, qui les renvoient d'un centre à un autre sans leur permettre de se préparer au changement: «Ils disent que quand on est "section IV" on n'a pas le choix, on doit bouger, c'est tout. Moi je dis que nous sommes des êtres humains! Nous avons beaucoup de liens ici, nous avons des amis, nous avons des visiteurs de santé, nous avons des médecins. Ils connaissent notre*

situation, nous nous sommes côtoyés depuis longtemps. Alors, on nous déplace en nous prévenant deux ou trois jours avant... Nous sommes des êtres humains pas des animaux! ... Ils disent qu'on devrait être contents de ne pas être jetés en dehors du pays, contents de ne pas être expulsés et que déjà on a de la chance.» Mme S.F., Erythréenne, vit au Royaume-Uni avec son fils de 4 ans né au Royaume-Uni.

On peut également évoquer le cas du fils de Mme I., un jeune homme de 18 ans dont le traitement médical a dû être interrompu à la suite d'un déménagement.

- > *Né en Roumanie, il vit en France depuis ses 15 ans. Il y a deux ans, du fait d'un retard pubertaire, sa mère l'accompagne chez un médecin qui lui prescrit un traitement hormonal au rythme de trois injections par semaine pendant deux ans. Il n'a finalement pris ce traitement que durant six mois, la famille étant rentrée en Roumanie avant que la mère n'ait retrouvé l'adresse du médecin pour faire renouveler l'ordonnance. Aujourd'hui à nouveau en France, elle souhaite que son fils reprenne son traitement mais ils doivent pour cela attendre de bénéficier à nouveau de l'aide médicale d'Etat (AME) – qu'ils ont perdue en partant en Roumanie. Les difficultés d'organisation de Mme I. concernant le suivi médical de son fils semblent en partie liées à la précarité de ses conditions de vie, notamment à l'obligation de déménager fréquemment et dans l'urgence au gré des expulsions des camps de Roms. Sa difficile maîtrise du français, qu'elle comprend assez bien mais ne parle que très peu, accentue encore ses difficultés à gérer leur situation. Mme I., Rrom roumaine, en France depuis trois ans, vit avec ses trois enfants âgés de 20 à 14 ans.*

• Les problèmes de santé liés à l'anxiété

Au-delà des difficultés économiques et de logement, **la situation d'irrégularité conduit à devoir « se cacher », à vivre avec la menace latente d'une arrestation ou la crainte d'une séparation familiale, ce qui constitue un contexte problématique pour le développement des enfants.** Certains considèrent que cela se répercute sur la santé mentale ou physique de leurs enfants.

C'est le cas d'une femme qui vit en Suisse depuis neuf ans avec son fils de 15 ans. Elle estime que les troubles gastriques et les problèmes de surpoids dont il souffre, ainsi que ses propres problèmes cardiaques, sont liés au stress généré par l'irrégularité

- > *« Mon fils a été arrêté par trois policiers en civil, lors d'une précédente expulsion. Alors je l'oblige à ne rien dire au cas où cela arriverait de nouveau... Il ne doit pas dire où nous habitons afin de protéger aussi les personnes qui nous sous-louent l'appartement. [...] Mon fils aussi est stressé et pour compenser, il mange [...] Je suis toujours sur le qui-vive. A chaque fois que j'entends claquer une portière de voiture, je me précipite à la fenêtre pour voir qui c'est. Je suis très nerveuse, ce qui m'a provoqué un malaise cardiaque.» Mme S-D., en Suisse depuis neuf ans, vit avec son fils de 15 ans.*

De même, la confiance et l'estime de soi des enfants peuvent être perturbées par la précarité des conditions de vie de la famille, par le manque de droits et de considération et par les discriminations dont elle fait l'objet. Même des parents qui ont construit un cadre de vie relativement stable ne parviennent pas à préserver leurs enfants du stress, de troubles psychologiques ou de problèmes de santé mentale.

C'est le cas d'une famille bolivienne qui vit en Suède depuis deux ans mais qui a perdu son titre de séjour il y a un peu plus de six mois.

- > *Les parents et quatre de leurs enfants résident dans un appartement avec un autre couple. Le père travaille et la mère estime qu'ils sont chanceux de pouvoir rester dans cet appartement pour une longue période. Les deux filles adolescentes vont à l'école mais, d'après leur mère, elles ont peur et se sentent parfois déprimées. Mme X., Bolivienne, en Suède depuis deux ans, vit avec son conjoint, cinq de leurs enfants âgés de 3 à 16 ans et des proches.*

Une femme regrette que ses enfants soient confrontés au racisme et à la discrimination.

- > *Le fils de Mme B., de 7 ans, s'est bagarqué deux fois avec un autre écolier qui le traitait de «clandestin». Mme B., Algérienne, en Belgique depuis quatre ans, vit avec son conjoint et leurs deux enfants de 7 et 4 ans.*

• Une relation parents-enfants spécifique sans autorisation de séjour

L'état de santé des adultes et celui des enfants sont souvent liés. Quels que soient les efforts déployés par les parents pour préserver leurs enfants, leurs difficultés respectives s'entremêlent. Leur inquiétude et leur désarroi sont parfois tels qu'ils affectent leur propre santé mentale, ce que ressentent les enfants qui sont affectés à leur tour.

- > *Un garçon de neuf ans, né en Arménie et venu en Suède à l'âge de 3 ans, souffre de sérieux problèmes de santé liés à la situation incertaine de sa famille et à leurs constants déménagements. Ils ont vécu dans plusieurs villes en Suède puis en Finlande, avant de revenir en Suède du fait de la convention de Dublin. Durant plusieurs années, le garçon n'a pas parlé et il montre des signes de dépression. Ses problèmes peuvent renvoyer à de multiples facteurs mais on peut penser que la grave dépression dont souffre sa mère (qui a fait plusieurs tentatives de suicide) ne contribue pas à améliorer sa santé. Actuellement, il va à l'école et est suivi en counseling avec ses parents. Sa sœur a un problème chronique aux reins. Leur père est très inquiet de la santé de ses enfants et pense que la dépression de sa femme complique encore sa recherche d'emploi et aggrave de la sorte leurs difficultés financières. En dépit de leur situation très difficile, il garde une attitude positive et est reconnaissant de l'aide qu'il a trouvée en Suède notamment auprès de Médecins du monde et du Comité Asile. Mme S.B., Arménienne, en Suède pendant six ans, vit avec son conjoint, leurs 2 enfants de 9 et 6 ans et des proches, expulsée quelques mois après l'enquête.*

De surcroît, les difficultés sociales et économiques, la faible maîtrise de la langue du pays d'installation ou l'isolement des parents peuvent placer les enfants dans une situation délicate, notamment lorsqu'ils sont amenés à jouer un **rôle d'intermédiaire** entre leurs parents et la société dans laquelle ils vivent. Il n'est pas rare que des enfants, scolarisés et maîtrisant bien mieux la langue du pays d'accueil que leurs parents, jouent un **rôle de traducteur** ou d'interprète. Certains sont en outre de véritables soutiens pour leurs parents – et assument de ce fait des **responsabilités d'adultes...**

- > *Mme U. a laissé sa fille, M., au Maroc lorsqu'elle s'est rendue en Europe, en lui promettant qu'elles seraient à nouveau réunies. Après quatre années de tentatives, elle est parvenue à la faire venir aux Pays-Bas il y a deux ans. Sa mère dit qu'à partir de ce moment, sa fille, aujourd'hui âgée de 14 ans, est devenue son «véritable bras-droit», l'aidant à gérer les difficultés liées à la vie en situation irrégulière d'autant qu'un de ses fils souffre de retard mental et l'autre de troubles de l'attention et d'hyperactivité. Mme U. s'inquiète beaucoup pour l'avenir de sa fille, à qui elle voudrait offrir la possibilité de poursuivre des études au-delà de l'enseignement secondaire – ce qui n'est pas possible en étant sans papiers aux Pays-Bas. Elle s'inquiète aussi de la souffrance silencieuse de sa fille et des blessures de son passé, dont elle se sent responsable. Mme U., Marocaine, aux Pays-Bas depuis six ans, vit avec ses trois enfants âgés de 14 à 3 ans.*

Plusieurs parents expriment un certain malaise du fait ne pas pouvoir offrir ce qu'ils souhaiteraient à leurs enfants, malgré les efforts qu'ils déploient pour faire de leur mieux. Ils s'inquiètent du présent mais aussi de l'avenir de leurs enfants.

- > *M. R. vit en Grèce avec ses quatre filles et regrette de «n'avoir pas les moyens de leur acheter des vêtements et les autres choses dont elles auraient besoin pour l'école ou pour leurs loisirs...» Il est heureux qu'elles soient en bonne santé, mais souligne néanmoins que «le seul problème [de santé] avec les filles est qu'elles sont vraiment minces. Toutes les quatre sont plutôt maigres parce que je n'ai pas beaucoup de moyens pour notre alimentation [...] En Grèce, notre vie est difficile mais nous sommes en sécurité. Nous n'avons pas peur pour notre vie, mais on s'inquiète de savoir si l'on aura à manger.» M. R., Yéménite, en Grèce depuis deux ans, vit avec sa conjointe et leurs quatre enfants âgés de 9 à 1 ans.*

Lorsque leurs conditions de vie sont particulièrement difficiles, des parents sont partagés entre l'inquiétude, voire un sentiment de culpabilité à l'égard de leurs enfants, et la peur d'un retour dans leur pays d'origine. En dépit des difficultés rencontrées, nombre de personnes soulignent en effet l'importance de rester dans le pays d'installation. Les motivations sont bien sûr toujours complexes et propres à chacun, mais on y repère deux grands types d'arguments selon qu'ils renvoient à des problèmes dans le pays d'origine ou à des éléments positifs du pays d'accueil. Une partie des motivations pour rester dans le pays d'accueil concernent spécifiquement l'avenir de leurs enfants. Il s'agit de leur offrir un meilleur avenir que celui qu'ils pourraient avoir dans leur pays d'origine. Quelques-uns évoquent des problèmes de santé qui, s'ils n'étaient pas traités en Europe, menaceraient la vie même de leurs enfants. Beaucoup font référence à de meilleures conditions de vie, à un meilleur accès à l'éducation ou aux libertés accordées dans le pays d'accueil, ou encore à la possibilité d'échapper à la guerre ou à la violence qui existent dans leur pays d'origine :

- > *Mme S.-C. est originaire de Mongolie et vit depuis six ans en Suisse où elle était initialement venue pour ses études. Elle insiste sur la liberté qu'ont les femmes en Suisse, contrairement à leur situation dans sa culture d'origine. Elle souhaite que ses filles puissent vivre dans un pays où le statut de la femme n'est pas dégradé: «J'aimerais qu'elles restent ici, c'est la liberté. [...] Même si je dois quitter la Suisse, je voudrais que mes enfants restent ici.» Mme S.-C., Mongole, en Suisse depuis six ans, vit avec son conjoint, leurs filles de 10 et 2 ans et d'autres parents.*
- > *Mme S.-D. vit en Suisse depuis neuf ans avec son fils. Elle regrette le stress qu'il subit du fait de leur irrégularité mais souligne que sa situation serait bien pire dans leur pays d'origine. La guerre a éparpillé sa famille et leurs conditions de vie y étaient dangereuses: elle y louait un coin d'appartement avec des personnes alcooliques et souffrant de maladies psychiatriques. Son fils se droguerait probablement et courrait des risques d'agression «juste pour lui prendre sa veste qui ne serait même pas neuve». Mme S.-D., en Suisse depuis neuf ans avec son fils de 15 ans.*

• Les répercussions de l'état de santé sur la situation sociale

Si plusieurs personnes évoquent une influence de leurs conditions de vie sur l'état de santé des enfants et la leur, certaines constatent, réciproquement, **qu'un mauvais état de santé peut aussi contribuer à empirer la situation sociale de la famille**. Ce risque existe pour toute personne, qu'elle soit ou non immigrée et quel que soit son milieu social, mais il est particulièrement important pour les étrangers sans autorisation de séjour dont la situation est précaire, le soutien social souvent fragile, et les aides institutionnelles plus réduites que pour les autres citoyens.

Quand ce sont les adultes qui sont malades, cela peut conduire à une incapacité à travailler et, donc, à assurer des revenus. Quand ce sont les enfants, cela peut distendre le soutien social ou compliquer l'hébergement chez des proches, par exemple. Les répercussions peuvent en fait concerner tous les domaines de la vie sociale.

Dans l'exemple suivant, les problèmes de santé du fils de Mme V. contribuent à empirer leur situation sociale, déjà problématique du fait de l'absence d'accès aux soins et au travail légal.

- > *Mme V. rencontre des difficultés à se loger du fait de sa situation irrégulière et de son manque de moyens financiers. Ces difficultés sont encore accrues du fait du comportement de son fils de 9 ans, autiste: ces problèmes ont en effet épuisé plus d'une fois les personnes qui les hébergeaient, les contraignant à quitter les lieux et à trouver un nouvel hébergement. D'une façon générale, le fait même d'être sans papiers affecte considérablement sa santé et celle de ses enfants. Si elle avait une assurance pour les soins de santé, sa famille aurait accès à de meilleurs traitements, notamment sa fille dont le problème à la hanche nécessiterait un traitement non couvert par le système hollandais de prise en charge des personnes sans papiers. De même, si elle avait un permis de travail, elle pourrait gagner de l'argent et offrir à ses enfants un lieu de vie stable, spacieux, digne, salubre pour son fils autiste. Elle résume: «Quand tous tes droits te sont niés, que tu vis dans des conditions misérables, que tu mendies argent et nourriture... comment cela n'affecterait-il pas ta santé?» Mme V., Nigériane, aux Pays-Bas depuis onze ans, vit avec ses deux enfants de 9 et 7 ans.*

3. LE PARCOURS DES PARENTS DANS LE SYSTEME DE SANTE

- **Différents profils du rapport parents / système de prise en charge**

L'analyse des témoignages et entretiens amène à distinguer trois idéaux-types de rapport à la prise en charge de la santé des enfants¹¹⁵.

- **La désorientation** : ce type de rapport concerne des personnes qui se sentent « perdues » dans le système sanitaire et/ou administratif du pays. Elles ne connaissent ni leurs droits ni ceux de leurs enfants en matière d'accès aux soins. Pour leurs enfants, ils consultent très rarement des professionnels de santé – et généralement en urgence.
- **L'adaptation** : ce type de rapport concerne des personnes qui parviennent à soigner leurs enfants en recourant à la médecine à peu près aussi souvent qu'elles le jugent nécessaire, mais qui ressentent pour cela des difficultés (obstacles, réticences, etc.) d'ordre divers.
- **L'intégration** : ce troisième type de rapport concerne des personnes ne ressentant pas de problèmes particuliers pour la prise en charge de la santé de leurs enfants. Il est sous-tendu par une bonne connaissance et une bonne maîtrise du système de santé du pays et du système de couverture maladie pour les enfants d'étrangers sans autorisation de séjour.

Cette typologie n'a pas pour objectif de classer de façon catégorique les personnes sans papiers. Mais elle permet de comprendre comment elles vivent la prise en charge médicale de leurs enfants, en repérant des grands types d'attitude – en sachant qu'elles diffèrent parfois selon le problème de santé rencontré et, surtout, qu'elles évoluent, en fonction notamment de la durée passée dans le pays et des expériences successives de recours au système de soins. **Plusieurs personnes interrogées témoignent être passées par les trois types de rapport au système de soins depuis leur arrivée dans le pays** : d'abord désorientées et ne sachant que faire, elles ont progressivement appris à se repérer et à faire valoir le droit de leurs enfants à accéder aux soins, si bien que certaines ne ressentent plus de difficultés particulières pour les consultations et traitements (du moins ordinaires) de leurs enfants.

- > *Le fils de Mme U. est né au Maroc, où on lui a diagnostiqué un syndrome néphrotique lorsqu'il avait 2 ans. Il y est sous traitement mais Mme U. ressent cruellement les limites des soins de santé prodigués au Maroc et décide de venir en France avec lui. Suite à une obligation de quitter le territoire, elle s'installe aux Pays-Bas chez sa belle-famille. Lors de ses premiers mois à Amsterdam, elle ne consulte aucun médecin pour son fils. Sa belle-famille lui explique qu'il ne peut pas accéder aux soins de santé car il n'a pas de papiers. Elle-même ne connaît pas le système sanitaire hollandais, ne parle pas néerlandais et n'a pas d'autres soutien que sa famille ; elle continue donc à donner à son fils les médicaments prescrits au Maroc qu'elle fait rapporter par des compatriotes. Sept mois après leur arrivée, il fait une « crise ». Inquiète, Mme U. se rend dans une structure de soins pour personnes défavorisées, qui l'oriente vers l'hôpital. Avec de grandes difficultés, elle parvient à y rencontrer un médecin qui ausculte l'enfant puis lui remet une lettre de recommandations médicales à transmettre à un médecin au Maroc : « On va vous aider, mais dans votre pays ! » Son fils fait ensuite des « crises à répétition », aussi ils se rendent fréquemment à l'hôpital et y voient ce médecin « toujours aussi antipathique ».*

N'ayant pas d'assurance maladie, elle paie chacune des consultations en liquide, sans qu'on lui propose de prise en charge financière en lien avec la législation existante pour les étrangers pauvres en situation irrégulière. C'est dans un autre hôpital où elle s'est rendue lors d'une urgence, et après y avoir rencontré un premier puis un deuxième travailleur social, qu'elle est enfin informée de son droit à une prise en charge médicale gratuite, étant donné sa situation financière et sociale.

115. Les idéaux-types doivent être compris non pas comme le reflet exact de la situation des personnes mais comme de grandes tendances caractéristiques – cette distinction offrant un instrument d'intelligibilité des expériences vécues par les migrants sans papiers quant à la prise en charge médicale de leurs enfants.

Les enfants de Mme U. bénéficient aujourd'hui d'un accès aux soins satisfaisant, après une longue période de recherche de soins parsemée de difficultés, qui aura coûté à la famille beaucoup d'énergie, de temps, d'inquiétude, voire de coût en termes de santé. Ils jouissent désormais des soins médicaux de base, nécessaires et adaptés à la situation de chacun: médecin de famille, pédiatre, orthopédiste. Mme U., Marocaine, aux Pays-Bas depuis six ans, vit avec ses trois enfants de 14 à 3 ans.

• **Le rôle essentiel de l'information**

Les difficultés d'accès aux soins évoquées sont nombreuses et diverses. **L'un des enseignements principaux de l'analyse des témoignages renvoie à l'importance capitale de l'information concernant la santé, le système de santé et les droits des immigrés.**

Le recueil d'information sur le système de soins et de protection sociale s'effectue par des sources très diverses: proches, compatriotes, personnes « rencontrées au hasard »... mais aussi par des personnes rencontrées dans des institutions, des lieux de demande d'asile, des associations pour migrants ou personnes en difficulté. Certains s'adressent directement à un hôpital pour se renseigner. Mais même lorsqu'ils détiennent certaines informations, **l'incomplète maîtrise du système et la complexité des démarches** à mettre en œuvre pour faire valoir leurs droits peuvent impliquer des difficultés d'accès aux soins ou à la santé.

La dépendance à l'égard d'informations puisées ponctuellement au fil de discussions avec l'entourage entraîne, de surcroît, différents problèmes. **Les informations sont parfois erronées, contradictoires, incomplètes** ou ne correspondent pas à la situation spécifique de la personne ou de l'enfant. Par ailleurs, comme on l'a vu précédemment, **même dans des institutions publiques ou des associations, les professionnels ou les bénévoles ne sont pas toujours (ou parfois rarement) informés des droits à l'accès aux soins des étrangers sans autorisation de séjour**, tout comme de leurs possibilités concrètes de se faire soigner. Certains s'avèrent en outre peu enclins à aider ou soutenir ces étrangers qui s'adressent à eux.

Le fait que les droits des enfants ne soient pas toujours respectés vient de surcroît brouiller les connaissances des parents sur la manière de prendre en charge leur santé. Après s'être vu opposer des refus de soins dans des lieux qui, théoriquement, auraient dû accueillir leurs enfants, certains en viennent à douter qu'ils ont des droits.

Les difficultés liées au manque d'information conduisent parfois à un **renoncement ou à un retard dans les soins**. C'est tout particulièrement le cas, mais pas uniquement, pendant les premiers temps de l'installation dans le pays. Les personnes immigrées n'ont en effet pas encore eu le temps de connaître et de comprendre le système de santé en vigueur; et le fait qu'elles ne parlent souvent pas la langue du pays complique encore non seulement l'accès à l'information mais aussi les contacts avec les professionnels de santé. Or ces retards peuvent avoir des conséquences évidentes en termes de détérioration de l'état de santé.

Parfois également, les conséquences sont administratives et sociales. Ce fut le cas pour un jeune homme handicapé de 18 ans qui est passé à côté de possibilités de soins accordées aux mineurs :

- > *Souffrant d'une maladie musculaire, le fils de Mme S.-A. a 18 ans. Il est handicapé et en fauteuil roulant, lequel est désormais trop petit car il date du temps où il était enfant. Ses parents n'ont pas osé demander d'aide par crainte et manque d'information. Ce n'est que récemment qu'une personne les a informés des opportunités existantes. Mais le jeune homme est à présent âgé de plus de 18 ans et ne bénéficie donc plus des droits qu'ont les mineurs, qui lui auraient permis d'avoir un fauteuil adapté à sa situation. L'une de ses sœurs, âgée de 8 ans, souffre de sérieux problèmes de vue longtemps restés sans prise en charge, faute également d'information. Le médecin de Médecins du monde l'a orientée vers un centre d'ophtalmologie pour enfants. En dépit de la lettre de recommandation du médecin, et en dépit de l'obligation de soins, la jeune enfant n'a dans un premier temps pas pu être examinée au prétexte qu'elle n'avait pas de titre de séjour. Après plusieurs contacts avec Médecins du monde, elle a finalement été prise en consultation dans ce centre spécialisé où on lui a diagnostiqué trois problèmes très sérieux qui, sans traitement, risqueraient de mener à*

la cécité. Mme S.-A., Salvadorienne, en Suède depuis trois ans, vit avec son conjoint et leurs huit enfants, dont cinq âgés de 18 à 2 ans.

L'exemple de ces deux frère et sœur souligne combien un retard dans la prise en charge de problèmes de santé peut avoir des répercussions délétères sur la santé ou le handicap. Egalement, le manque de connaissances sur le droit à l'accès aux soins, mêlé à la crainte ou à la gêne de demander de l'aide, risque de détériorer la situation sanitaire et sociale des familles.

En l'absence d'informations sur leurs droits à l'accès aux soins, **l'automédication** est une solution adoptée par certains. Les parents donnent alors à leurs enfants, sans consultation médicale, des médicaments restant d'épisodes de maladie antérieurs, ou donnés par des amis dont les enfants auraient eu les mêmes symptômes.

Certains parents qui tiennent à ce que leurs enfants voient un médecin paient consultations et traitements et **financent ainsi eux-mêmes des soins auxquels elles auraient pourtant droit gratuitement**. Cela ne permet pas forcément d'assurer tout le traitement de l'enfant; de plus, ces dépenses peuvent être importantes et menacer la situation financière déjà fragile de la famille.

- > *M. F. vit en France depuis onze ans sans autorisation de séjour, avec sa femme et leurs cinq enfants nés en France. Bien qu'il ait théoriquement accès à l'aide médicale d'Etat (AME), il ne connaît pas réellement ses droits à une couverture maladie. Lorsqu'une institutrice l'a alerté sur les troubles visuels de sa fille âgée de 9 ans, il l'a emmenée consulter un ophtalmologue en ville, qu'il a payé lui-même. Il a également payé avec ses propres ressources les lunettes prescrites, pour un montant de 300 euros. Peu après, sa fille a cassé ses lunettes et son père n'avait plus les moyens de payer une nouvelle paire. L'école l'a alors orienté vers Médecins du monde où il a obtenu une nouvelle paire de lunettes. M. F., Guinéen, en France depuis onze ans, avec sa conjointe et leurs cinq enfants âgés de 11 ans à 8 mois.*

Parfois, **les réseaux d'entraide et de solidarité sont mobilisés pour faire face à ces frais**: des proches, des compatriotes, des membres d'une communauté religieuse, peuvent être sollicités pour financer ponctuellement un soin. En cas de problème de santé à plus long terme, le risque est que ces demandes épuisent ou affaiblissent les relations amicales ou familiales en question.

- > *Mme V. est nigériane. Elle est arrivée aux Pays-Bas à l'âge de 18 ans. Durant sa première grossesse, il y a neuf ans, elle a été suivie par une obstétricienne et a accouché à l'hôpital. Tous les frais médicaux ont été payés par son Eglise malgré la possibilité légale d'une compensation financière octroyée par le gouvernement aux professionnels de santé pour couvrir les frais d'un suivi de grossesse d'une femme sans papiers dans l'impossibilité de payer. Mme V., Nigériane, aux Pays-Bas depuis onze ans, vit avec ses deux enfants de 9 et 7 ans.*

• **Les difficultés ressenties pour la prise en charge médicale des enfants**

Nombre de personnes ressentent diverses difficultés dans l'accès aux soins de leurs enfants. Il est impossible d'aborder ici tous ces obstacles de façon exhaustive. En outre, les situations sont toujours particulières en fonction des personnes concernées, du problème de santé, de la législation du pays, du type de structure de soins fréquentée, etc. On évoquera néanmoins quelques points importants pour comprendre **comment le rapport au système de santé et la prise en charge des enfants sont peu à peu construits, encadrés par des contraintes que les parents parviennent plus ou moins (au fil du temps) à négocier ou à contourner**.

Quelle que soit la nature des droits à l'accès aux soins, dans chacun des pays, **la mise en œuvre des droits n'est pas, c'est le moins qu'on puisse dire, systématique**. Plusieurs personnes témoignent ainsi d'expériences de **refus de prise en charge ou de refus de soins** ou rapportent que leur enfant a pu consulter un médecin, mais **au prix de discriminations, d'humiliations voire de consultations qu'ils considèrent comme « bâclées »** :

- > « Dans le système Ika¹¹⁶, ils ne nous conseillent pas sur les choses à faire pour nos enfants ni sur comment les faire. Les médecins semblent ennuyés par nos problèmes... La vérité c'est que je ne souhaite pas aller dans le système Ika, même si j'en avais la possibilité, parce que je suis inquiet concernant les traitements... La pédiatre ne semblait pas apprécier mes filles, elle ne nous a même pas regardés du tout! Heureusement, les filles n'ont pas été malades très souvent donc on n'avait pas à consulter à Ika tout le temps... A la polyclinique de Médecins du monde, l'ambiance est chaude et accueillante, mes enfants sourient et semblent se sentir bien. Les pédiatres apprécient vraiment ce qu'ils font. Je pense qu'ils avaient envie de faire du bénévolat et qu'ils aiment les enfants... » M. R., Yéménite, vit en Grèce, à Thessalonique, depuis deux ans, avec sa conjointe et leurs quatre filles de 9 à 1 ans.

Les parents soulignent qu'au-delà d'un système de soins plus ou moins hospitalier selon les pays, **l'accueil qui leur est réservé, tout comme la prise en charge médicale et financière des soins, dépendent largement de leur interlocuteur** (qu'il s'agisse d'un médecin, d'un réceptionniste, d'un travailleur social...). Ces différences sont liées en partie à la connaissance qu'ont ces professionnels des droits en vigueur, mais également à leur sensibilité et à leur attitude à l'égard des étrangers sans autorisation de séjour. Dans ce contexte, ce n'est parfois qu'avec le soutien important d'une personne ou d'une association que les sans-papiers parviennent à faire valoir leurs droits.

- > En Suède, un jeune garçon de 14 ans n'a pu être soigné d'un début de tuberculose que grâce à l'implication et à la ténacité du médecin scolaire. Il avait été vu par l'infirmière scolaire (peu de temps après que sa famille avait perdu son droit de résidence), qui a suspecté une tuberculose. Le médecin scolaire a orienté le garçon vers un grand hôpital pour enfants afin de passer une radio des poumons. Mais, là, on leur a refusé les soins. Le médecin scolaire a alors téléphoné à l'hôpital mais le garçon y a été une seconde fois confronté à un refus. Il a fallu que le directeur de l'école téléphone au médecin à l'hôpital et lui précise le droit suédois relatif à l'accès aux soins pour les enfants – à condition qu'ils soient anciens demandeurs d'asile – pour que le garçon puisse enfin passer une radio. Mme Z., Bolivienne, vit en Suède avec son conjoint et leur fils de 14 ans.
- > Mme U. a connu les deux visages de l'accès aux soins aux Pays-Bas en tant que sans-papiers : d'une part le rejet, le refus, l'humiliation du fait de ne pas avoir de couverture maladie et de ne pas pouvoir payer; d'autre part l'adéquation de la prise en charge, le soutien et la confiance, lorsqu'elle parvient à faire valoir ses droits. Elle estime que les choses peuvent se dérouler « plus ou moins bien, plus ou moins facilement », en fonction de la personne à laquelle elle a affaire. Elle conclut qu'il existe aux Pays-Bas beaucoup de possibilités pour les personnes sans papiers en termes de soins de santé mais, malgré ces droits, il faut « se battre » pour y accéder. Son fils de 9 ans est suivi et soigné dans un hôpital depuis cinq ans, de façon mensuelle ou hebdomadaire selon les besoins. Il souffre d'un syndrome néphrotique et d'un retard mental important. En dépit de l'ancienneté du suivi, l'hôpital continue d'envoyer des factures réclamant les règlements des soins prodigués. Mme U. est aujourd'hui soutenue par une association qui répond systématiquement à l'hôpital par un courrier rappelant la situation et le droit du garçon à bénéficier d'une prise en charge financière du traitement. Malgré cette démarche, l'hôpital poursuit la facturation et la dette de Mme U. à l'hôpital ne cesse d'augmenter. Mme U., Marocaine, aux Pays-Bas depuis six ans, vit avec ses trois enfants âgés de 14 à 3 ans.

Le non-respect du droit des enfants à être soignés affecte la confiance dans le système de santé en général et dans les soins qui sont prodigués. Certains remettent même en question le diagnostic porté ou doutent des prescriptions qui leur sont faites :

- > Mme A. et son mari ont attendu deux heures aux urgences d'un hôpital bruxellois pour que leur fils voie un médecin, mais celui-ci leur a signifié qu'il n'allait pas le soigner parce qu'ils étaient sans papiers. Son mari s'est alors énervé en lui disant qu'il fallait le soigner. Le médecin a finalement effectué la consultation, a diagnostiqué une infection et a prescrit des médicaments. Mais Mme A. n'a pas eu confiance et n'a pas voulu donner à son fils les médicaments prescrits; elle l'a accompagné chez un autre médecin dès le lendemain. Mme A., Albanaise, en Belgique depuis huit ans, vit avec son conjoint et leurs 2 enfants de 7 et 5 ans.

116. Assurance sociale des travailleurs en Grèce.

Face au constat que leurs droits sont bafoués, certaines personnes préfèrent ne pas prendre le risque d'essayer un autre refus de soins ou d'être à nouveau confrontées à des discriminations ou à des propos stigmatisants et se détournent alors du système de soins de droit commun. **La peur d'être contrôlé et arrêté par la police ou celle d'être dénoncé contraint également le recours aux soins.** Les structures associatives comme Médecins du monde présentent alors l'avantage d'être perçues comme plus accueillantes, non discriminatoires et sécurisées, contrairement aux structures publiques :

- > *« Pour les vaccinations ou les autres problèmes de santé des enfants, on vient à la polyclinique de Médecins du monde... Je suis allée quelquefois à l'hôpital mais ils nous traitent avec indifférence. Les hôpitaux sont froids et c'est difficile là-bas. Je ne comprends pas comment ils travaillent et honnêtement, j'ai peur d'être dénoncée. A Médecins du monde, je me sens particulière et respectée... En plus, je ne fais pas confiance aux médecins des hôpitaux. L'année dernière, j'ai dû aller aux urgences d'un hôpital parce que mon fils était très malade et qu'il était tard dans la nuit. Il toussait et criait depuis deux jours, il ne mangeait rien et avait beaucoup de fièvre. J'étais vraiment très inquiète, je l'ai amené au centre de pédiatrie qui était ouvert cette nuit-là. Le pédiatre ne nous a pas du tout aidés. Il a dit que le garçon n'avait rien qui puisse inquiéter, que j'exagérais, et il m'a renvoyée. Le garçon n'a pas dormi de la nuit et a pleuré jusqu'au lendemain, il était violet. Heureusement, je l'ai amené à Médecins du monde le lendemain de bonne heure et on a diagnostiqué une bronchite. » Mme S., Albanaise, en Grèce depuis douze ans, vit avec son fils de 1 an, quatre neveux âgés de 17 à 6 ans et sa mère.*

Les différentes qualités attribuées aux centres de soins de Médecins du monde soulignent en creux les difficultés ou les gênes que certains parents rencontrent dans le système de soins de droit commun, notamment leur manque de confiance dans ce système, l'inadaptation des horaires à leurs contraintes, le manque d'écoute et/ou de respect qu'ils y ont rencontré. A l'inverse, ils apprécient particulièrement dans les centres de soins associatifs les relations personnalisées, une prise en charge multiple et intégrée (médicale, sociale, psychologique, sous forme d'un soutien moral).

- > *Une femme de 29 ans, originaire de Mongolie, amène ses deux filles à FriSanté¹¹⁷ « si c'est pas très grave » et « chez le médecin » si leur état de santé est plus préoccupant. Elle a noué des relations personnalisées avec un intervenant de FriSanté : « A l'école, ma fille sait les réponses mais elle est très timide, car à la maison elle ne peut pas trop parler... Elle n'a pas trop d'amis... C'est Mme X. de FriSanté qui prend parfois ma fille avec la sienne. L'autre jour, elle est allée voir la montagne. C'était comme un rêve. » Mme A., Albanaise, en Suisse depuis six ans, vit avec son conjoint et ses deux filles âgées de 10 et 2 ans.*

La question linguistique a déjà été évoquée. **Le fait de mal maîtriser la langue du pays de résidence complique l'accès à l'information mais également le parcours au sein du système de soins.** Certaines personnes en charge de la santé des enfants demandent ainsi à des proches – parfois à leurs propres enfants – de les accompagner chez le médecin pour assurer un rôle d'interprète. Cela demande une organisation spécifique. Cette solution peut de surcroît poser problème, notamment lorsque les parents souhaitent garder sous silence leurs soucis de santé (qu'il s'agisse ou non de maladies stigmatisées). Dans certains cas, le réseau associatif est mobilisé pour bénéficier de traducteurs.

- > *M. R. explique qu'il lui incombe d'accompagner ses filles chez le médecin, mais que ses horaires de travail sont difficilement compatibles avec ceux des structures de soins : « Dans le système Ika, les rendez-vous avec les pédiatres n'ont lieu que le matin, ce qui est très difficile pour nous parce que je travaille tous les matins. Et je suis le seul à accompagner les filles chez le médecin parce que ma femme ne parle pas grec. » M. R., Yéménite, vit en Grèce, à Thessalonique, depuis deux ans, père de quatre filles âgées de 9 à 1 ans.*
- > *La famille d'O. est arrivée en Grèce il y a deux mois et aucun de ses membres ne parle grec. Lorsque le fils est tombé malade, sa mère l'a accompagné dans un organisme pour demandeurs d'asile et réfugiés, qui les a adressés à un centre de soins avec un interprète. O., Afghan, 12 ans, en Grèce depuis 2 mois, vit avec ses parents et ses cinq frères et sœurs.*

117. FriSanté a des consultations infirmières (voir explications sur la Suisse en début de rapport).

- **L'autonomie de certains parents dans le système de soins**

Toutes les personnes ne se sentent pas démunies et perdues face au système de santé. La capacité à se repérer et à évoluer sans problème dans le système de soins dépend en partie des droits accordés dans les différents pays. Elle dépend également de l'ancienneté du séjour dans le pays, du soutien social dont les personnes peuvent bénéficier mais aussi de leurs capacités et de leur force individuelles. Le fait d'avoir vécu plusieurs années en situation régulière peut aussi être un atout : elles connaissent alors déjà le système de santé et le fait d'avoir déjà été en contact avec des médecins du pays les rassure quant à la possibilité de faire soigner leurs enfants.

Plusieurs des parents interrogés disent ainsi ne pas rencontrer de difficultés particulières pour consulter un médecin. Ils estiment que leur situation administrative et les difficultés qui lui sont liées n'affectent aucunement la manière dont la santé de leurs enfants est prise en charge. **Informés de leurs droits, se repérant plus ou moins dans le système administratif, ils connaissent parfois relativement bien le système sanitaire du pays; ou bien connaissent une structure de soins ou un médecin qui leur sert de référence.**

Bénéficiant d'une couverture maladie, ils conduisent leurs enfants chez le médecin chaque fois que cela leur semble nécessaire. Une mère considère n'avoir aucun problème et ajoute même en plaisantant :

- > *«D'ailleurs, je suis plutôt du genre à y aller trop souvent! Dès que ma fille commence à se sentir mal, je consulte.» Mme L., Philippine, en France depuis trois ans, vit avec son conjoint et leur fille de 6 ans.*

Arrêtons-nous sur le témoignage d'une autre femme, qui se repère bien dans le système de santé français. Sa couverture maladie par l'aide médicale d'Etat (AME), une bonne information, le fait qu'elle maîtrise très bien le français et l'existence d'un médecin généraliste de référence contribuent à une bonne prise en charge de ses enfants.

- > *Les enfants de Mme K, couverts par l'AME, sont suivis par un médecin généraliste ainsi que dans le centre de protection maternelle et infantile (PMI) de leur commune. Elle est tout à fait satisfaite de son médecin traitant, «un docteur près de chez nous qui prend l'AME» et qui veille à ne pas prescrire de médicaments non remboursés. «Toujours il choisit les médicaments que je prends avec l'AME». Pour les soins les plus chers et les moins couverts par l'AME, Mme K. a su mobiliser le réseau associatif: son fils est suivi à Médecins du monde pour ses problèmes de vue. Elle dit n'avoir jamais ressenti de discrimination de la part du personnel soignant ou médical ni à son égard ni à l'égard de ses enfants. Mme K., Algérienne, en France depuis huit ans, vit avec son conjoint et leurs trois enfants âgés de 7 à 4 ans.*

Comme cette femme, certains parents font appel ponctuellement à des centres de soins spécifiques aux personnes en situation de précarité ou sans papiers. Cela peut représenter l'une des options pour assurer une bonne prise en charge de la santé de leurs enfants. Certains s'adressent ainsi à Médecins du monde pour assurer les soins coûteux mal pris en charge par le système de couverture maladie. D'autres y demandent des informations sur la santé ou le système de soins, pour mieux s'y repérer ou y être orientés. Il s'agit parfois de compléter une information reçue de professionnels de santé mais mal comprise ou pas suffisamment explicitée.

La belle-fille de M. H. est suivie régulièrement en PMI. Sa compagne venant d'être hospitalisée pour tuberculose pleuro-pulmonaire, il s'est adressé à Médecins du monde pour un conseil sur les examens de dépistage que lui et sa belle-fille devaient réaliser. M. H., Camerounais, en France depuis six mois, vit avec sa conjointe et sa belle-fille de 3 ans.

Le bénéfice d'une couverture maladie et la connaissance du système de soins permettent aux parents de préserver un **espace d'autonomie dans la gestion de la santé de leurs enfants**. En développant un regard distancié, voire critique, sur le système de soins, certains peuvent comparer les avantages et les inconvénients associés aux différentes possibilités de soins pour leurs enfants. Plusieurs personnes évaluent ainsi les différentes structures à l'aune de leurs propres critères et priorités, et choisissent de recourir à telle structure de soins en fonction du problème rencontré ou de leur ressenti :

- > *Mme A. connaît bien le système de santé et le système de couverture maladie à Bruxelles. Elle explique que l'avantage de consulter aux urgences hospitalières est qu'il n'est pas nécessaire pour cela d'avoir un papier indiquant un besoin de soins urgents. Elle-même fait attention à toujours disposer de ce papier et préfère alors consulter en dehors des urgences – excepté éventuellement le week-end lorsque son médecin généraliste n'est pas disponible. Mme A., Albanaise, en Belgique depuis huit ans, vit avec son conjoint et leurs deux enfants de 7 et 5 ans.*
- > *«Je choisis le pédiatre en fait et ça dépend de la première impression que j'ai. J'ai vu trois pédiatres pour trouver celui qui me convenait et me rassurait le mieux. [...] Un exemple, ma fille a été mordue par un petit chien et je suis allée voir le pédiatre qui ne m'a rien dit et donc j'en ai changé.» Mme D., Argentine, en Espagne depuis dix mois, vit avec son conjoint et leurs enfants de 5 et 2 ans.*

Mais le fait de ne déclarer aucun problème pour accéder aux soins ne signifie pas nécessairement qu'aucune difficulté ne ponctue les parcours. **Il est en effet probable que certains parents aient intériorisé le fait qu'en tant qu'étrangers sans autorisation de séjour, ils doivent affronter certains obstacles ou soucis administratifs**. Quelques-uns semblent tellement soulagés de pouvoir faire soigner leurs enfants qu'ils en « oublient » (ou qu'ils ne savent pas) que cela est plus compliqué pour eux que pour d'autres.

- > *Mme A., par exemple, bénéficie pour elle et ses enfants de l'aide médicale urgente (AMU). La carte santé lui offre « sans difficulté » un accès gratuit aux soins et aux traitements. Elle considère que le parcours pour bénéficier de l'AMU est complexe et pesant, notamment la pléthore de démarches administratives telles que la justification trimestrielle de soins urgents et le renouvellement annuel de la couverture maladie: « C'est fatigant... Mais sans ce papier, où je trouve l'argent pour payer les soins ? » Mme A., Albanaise, en Belgique depuis huit ans, vit avec son conjoint et leurs deux enfants de 7 et 5 ans.*

En outre, même lorsque les enfants ont une prise en charge médicale, des difficultés peuvent survenir lorsque des problèmes de santé complexes apparaissent. Les soins de base pour des problèmes de santé aigus sont en effet plus facilement accessibles que les traitements spécialisés. Les professionnels et les structures ne savent souvent pas si ces derniers sont remboursables ou non ; en outre, dans certains pays, ils ne sont pas pris en charge. C'est ce à quoi est confrontée Mme V. aux Pays-Bas.

- > *Les enfants de Mme V. souffrent de problèmes de santé importants. Son fil est atteint d'autisme et d'eczéma, tandis que sa fille a un problème à la hanche. Ils sont tous deux scolarisés: lui fréquente l'enseignement spécial et elle l'enseignement général. Après de longues années parsemées de difficultés d'accès, voire de renoncements, à des soins médicaux, l'accès gratuit aux soins de santé de base leur est désormais assuré. La famille consulte depuis un an un médecin généraliste qui (ayant recours aux fonds prévus pour cela par le système néerlandais) ne fait payer ni les consultations ni les traitements. Elle rencontre néanmoins des obstacles pour la mise en œuvre de soins spécialisés, en particulier pour un traitement physio-thérapeutique qui est prescrit à la fille pour son problème à la hanche. En effet, les fonds destinés à couvrir les frais médicaux des étrangers sans papiers ne remboursent pas ce type de traitement – en tout cas pas plus de quelques séances. Mme V., Nigériane, aux Pays-Bas depuis onze ans, vit avec ses deux enfants de 9 et 7 ans.*

- **Des « moments clés » dans les parcours d'accès aux soins**

Dans plusieurs entretiens, les personnes interrogées évoquent des « moments clés » qui sont des étapes vers une amélioration de leur accès aux soins et à la santé. Il s'agit souvent de la rencontre avec une personne qui délivre une information capitale sur les droits en termes de couverture maladie ou en indiquant une structure de soins accueillant des immigrés sans autorisation de séjour. Il s'agit souvent aussi de la rencontre avec un professionnel ou une structure qui oriente dans le système de santé ou fournit des conseils adéquats ou les aide dans des démarches pour améliorer leur situation administrative et sociale.

- > *La grossesse de Mme G. constitue l'un de ces moments clé. Elle vivait en France depuis deux ans mais n'avait jamais consulté de médecins, ne sachant ni où aller ni comment faire lorsqu'elle était malade. « Quand je suis malade, je me couche et j'attends de guérir. » Lorsqu'elle est tombée enceinte, son compagnon a refusé d'accepter l'enfant, et ils se sont séparés. Elle a souhaité mener à terme sa grossesse mais n'a pas eu de suivi médical. « Je ne savais pas où aller, j'avais beaucoup de soucis. » Ce n'est qu'au huitième mois de grossesse qu'une de ses amies l'a emmenée consulter un médecin parce qu'elle était malade. Celui-ci a voulu l'adresser à l'hôpital mais elle a refusé puis a finalement été admise en urgence dans un hôpital parisien. Ce n'est qu'à partir de ce moment que la prise en charge de sa grossesse a commencé et que, à son accouchement, un travailleur social a engagé les démarches pour qu'elle obtienne l'aide médicale d'Etat. On lui a également dit qu'elle pouvait faire suivre gratuitement sa fille dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI). Depuis, sa fille est suivie à la PMI à proximité de son domicile. « Quand mon bébé est malade, je l'emmène ici. » En ce qui concerne sa propre santé, la PMI l'a informée du fait que le centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde pouvait la soigner gratuitement en attendant que sa demande d'AME aboutisse. Mme G., Ivoirienne, en France depuis deux ans, vit avec sa fille de 3 mois.*

Les associations comme Médecins du monde jouent un rôle fort en matière d'information et d'orientation, grâce auquel les personnes deviennent plus autonomes face au système de santé.

- > *M. E. vit en France depuis huit mois sans autorisation de séjour. Bien que souffrant de problèmes de peau, il n'avait jusqu'à ce jour consulté aucun médecin en France. « Je ne savais pas où aller, où je pouvais m'adresser. » C'est un compatriote qui lui a parlé de Médecins du monde, où on l'avait aidé à obtenir l'AME. Cette information semble être le point de départ d'une amélioration de l'accès aux soins de M.E. et de sa famille. Il s'est en effet rendu à l'association où on lui a expliqué le fonctionnement du Caso et où ont été amorcées des démarches pour l'obtention de l'AME. Il se dit également très reconnaissant pour les informations délivrées concernant son fils de 2 ans: celui-ci était suivi régulièrement en Moldavie par le « médecin de famille » mais n'avait pas été vu par un médecin depuis son arrivée en France il y a huit mois, car ses parents ne savaient pas où s'adresser. Le personnel de Médecins du monde l'a informé sur les possibilités de suivi en PMI. M. E., Moldave, en France depuis huit mois, avec sa conjointe et leur fils de 2 ans.*

Ces exemples soulignent combien l'information et le soutien sont décisifs pour améliorer les conditions de vie et la santé des enfants et de leur famille. A contrario, ils amènent à déplorer un nombre très important d'« occasions manquées », c'est-à-dire de moments où les parents ont été en contact avec des personnes qui auraient pu les informer mais qui n'ont pas pensé, pas souhaité ou pas eu le temps de leur communiquer l'information appropriée. « Occasions perdues » également lorsqu'elles entrent en contact avec des institutions ou des associations qui ne disposent pas des informations qui seraient utiles... Par exemple, la plupart des personnes interrogées ont leurs enfants scolarisés dans le pays de résidence, mais elles semblent peu nombreuses à avoir reçu du personnel socio-éducatif des conseils et des informations sur l'accès aux soins des immigrés sans autorisation de séjour.

Conclusion

Cette nouvelle enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde est d'abord une fantastique aventure collective.

Une quarantaine de personnes, acteurs de terrain dans leur immense majorité, se sont réunis pour travailler ensemble, avec l'aide de deux chercheurs reconnus pour leurs travaux et investis depuis 2007. Ensemble, ils ont transformé leur expérience en questionnement, leur questionnement en outils d'enquête, repéré ce qui devait absolument être documenté. Puis, ils ont mis en regard les résultats bruts avec la réalité des terrains d'enquête afin d'affiner leur analyse.

Ni connaissance académique ni idéologie ni a priori ni prétention. L'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde se nourrit du quotidien des actions menées sur le terrain par les équipes des 11 associations en Europe, avec leurs révoltes individuelles et collectives devant les souffrances de ceux à qui on voudrait enlever leur légitimité d'être humains en les prétendant illégaux.

Ce deuxième rapport est à nouveau consacré aux seules personnes sans papiers vivant dans des conditions de vie précaires, afin d'éclairer les pistes de la première enquête. Il met en lumière la cascade d'obstacles à la protection de leur santé que connaissent les sans-papiers rencontrés dans différents programmes.

Tous les voyants des déterminants de la santé sont au rouge, logement, travail, isolement, violences, pauvreté, manque d'information. Les conditions de vie en Europe des personnes sans autorisation de séjour sont pathogènes, alors même que leur parcours antérieur a, pour beaucoup, présenté des risques non négligeables pour leur santé (privations, conflits armés, violences physiques et psychologiques, dangers du trajet migratoire...). Nos chiffres et les témoignages le montrent : non, les sans-papiers rencontrés ne sont pas des malades qui viennent en Europe pour se faire soigner ; ce sont des gens globalement jeunes qui viennent en Europe y construire un avenir et que l'accueil et les conditions de vie qu'on leur réserve rendent malades !

Pour une population si peu nombreuse (les estimations les plus hautes des pays donnent des chiffres de l'ordre de 1,5% de leur population), on pourrait attendre des pays des réponses de santé publique plus cohérentes et des systèmes de santé qui soient plus ouverts et plus performants pour soutenir ces personnes tant malmenées.

Bien au contraire, aujourd'hui, nous constatons une multitude d'obstacles dans l'accès aux soins préventifs et curatifs. Les personnes sans papiers que les équipes de Médecins du monde rencontrent n'ont pas souvent recours aux soins. Quand ils le font, c'est souvent pour des pathologies importantes et après avoir déjà attendu avant de consulter. De plus, près de la moitié d'entre eux n'arrivent pas à être suivis correctement. Des études plus spécifiques sur les conséquences en matière de santé de ces pathologies non suivies seraient utiles.

Ce qui s'est révélé particulièrement choquant lors de ces enquêtes qualitatives et quantitatives, c'est que, souvent, les enfants ne sont pas pris en charge non plus. Et ce, alors même qu'ils sont protégés normalement par la Convention internationale des droits de l'enfant (1989)¹¹⁸ qui énonce clairement dans son article 24 que « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ».

L'autre très mauvaise surprise fut celle des 48% de femmes enceintes sans suivi de grossesse et les témoignages effrayants recueillis auprès d'elles. Elles sont normalement tout autant protégées par cette même Convention internationale des droits de l'enfant dont le même article stipule que « *les Etats prennent des mesures pour assurer les soins pré et postnataux des mères* » (paragraphe 2, alinéa D).

118.http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm

Nous attendons des gouvernements européens des mesures concrètes pour assurer le respect de ces droits.

Tant la fréquence des violences que les femmes vivent que leurs difficultés spécifiques dans l'accès aux soins rendraient nécessaires de plus amples investigations sur la protection de la santé des femmes les plus vulnérables, notamment les femmes rroms, victimes de discriminations spécifiques, mais aussi celles sans domicile fixe ou encore les demandeuses d'asile...

Ce rapport lève le voile qui est constamment posé sur la réalité de la vie des personnes sans papiers que nous rencontrons au quotidien. Ces personnes démontrent, par leur courage, leur opiniâtreté et les stratégies de survie qu'elles ont su développer, que nous avons – collectivement et individuellement – plus intérêt à apprendre d'elles qu'à les rejeter ou à les maintenir dans l'ombre et le non-droit qu'entraîne leur statut administratif.

Ce ne sont pas, nous l'avons vu, les problèmes de santé qui entraînent l'émigration vers l'Europe. En revanche les conditions de vie ainsi que les obstacles dans l'accès aux soins que les personnes sans autorisation de séjour rencontrent sont délétères pour leur santé et vont à l'encontre des droits humains et de la déontologie médicale.

Nous attendons que dans tous les Etats européens, l'accès à la prévention et aux soins soit également accessible à toutes les populations, aux personnes sans papiers comme aux autres, sans discrimination ni de statut ni de capacité financière.

Pour ce faire, nous demandons aux gouvernements européens de cesser d'assujettir les politiques de santé à l'influence des politiques d'immigration. En particulier il faut qu'ils protègent le secret médical, indispensable à la confiance entre un malade et un soignant. Nous n'acceptons donc aucune possibilité de dénonciation dans un acte de soins, quel qu'il soit.

Nos demandes impliquent que les gouvernements européens mettent en place ou renforcent leurs dispositifs de couverture santé et d'accès aux soins pour les personnes vivant dans la précarité y compris les sans papiers.

Ce n'est qu'ainsi que nous construirons un accès équitable à la santé et au système de soins.

Bibliographie

- Badie B, Tolotti S, L'Etat du monde 2009, Paris, La Découverte, 2008, 324 p.
- Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battégay E, «Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study», *Eur J Public Health*, 2009, 19: 59-64.
- Borrell C, Muntaner C, Solè J, et al., «Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household Labour». *J Epidemiol Community Health* 2008, 62: e7.
- Carballo M, Mboup M., «International migration and health, a paper prepared for the Policy analysis and research programme of the GCIM», Geneva, Global Commission on International Migration, 2005.
- Carlson P., «Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide», *Soc Sci Med* 1998, 46: 1355-66.
- Cattacin S, Chimienti M., «Difference sensitivity in the field of migration and health: national policies compared», Geneva: Research report of the Department of Sociology of the University of Geneva, 2006.
- Chauvin P., Parizot I., «Les inégalités territoriales de santé dans l'agglomération parisienne», Paris, Editions de la DIV (coll. Etudes et recherches), 2008.
- Chauvin P., the Europromed Working Group eds, «Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe», Amsterdam, IOS Press, 2002.
- Collectif, «La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant», Paris, Observatoire du droit à la santé des étrangers, 2008.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P, «Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis», *J Gen Internal Med* 2005, 21: 267-75.
- Devillanova C., «Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan», *J Health Econ* 2008, 27: 265-86
- Dourgnon P., Jusot F, Sermet C., Silva J., «La Santé perçue des immigrés en France», Paris, Irdes, Questions d'économie de la santé, 2008, n°133.
- Editorial. «Access to health care for undocumented migrants in Europe». *The Lancet*, 2007, 370: 2070.
- EuroHIV, «HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006», Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007, No. 75.
- European observatory on access to health care. «European survey on undocumented migrants' access to health care». Paris, Médecins du Monde, 2007.
- Fakoya I., Reynolds R., Caswell G., Shiripinda I., «Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe», *HIV Med*, 2008, 9(S2): 23-5.
- Gerritsen A.A., Bramsen I., Devillé W., van Willigen L.H., Hovens J.E., van der Ploeg H.M., «Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41: 18-26.
- Gissler E. (ss la dir.), «Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat», Paris, IGF et Igas, 2007.
- Health and Discrimination Project, «Discrimination, a threat to public health», Stockholm, National Institute of Public Health, 2007.
- Huber M., Stanciole A., Bremner J., Wahlbeck K. eds, «Quality in and equality of access to healthcare services», Brussels, European Commission, DG Employment, Social Affairs & Equal Opportunities, March 2008, pp. 196-201.
- James R., «L'harmonisation des politiques d'asile en Europe», Paris, ENA, Mémoire de Master, février 2004
- Junyent M., Nunez S., Miro O., «Medical emergencies in the adult immigrants», *An Sist Sanit Navar* 2006, 29 (S1): 27-34.
- Kaplan G.A., Goldberg D.E., Everson S.A. et al., «Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study», *Int J Epidemiology* 1996, 25: 259-65.
- Keygnaert I., Wildon R., Dedoncker K. et al., «Hidden violence is a silent rape: prevention of sexual and gender-based violence against refugees and asylum seekers in Europe, a participatory approach report», Ghent, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, 2008.
- Krieger N., Rowley D., Hermann A.A., Avery B., Phillips M.T., «Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease, and well-being», *Am J Prev Med*, 1993; 9: 82-122.
- Lindert J., Brähler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S., «Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview [in German]», *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2008, 58: 109-22.
- Loutan L., Biersens de Haan D., Subilia L., «La santé des demandeurs d'asile: des maladies transmissibles aux syndromes post-traumatiques». *Bull Soc Pathol Exot* 1997, 90: 233-7.
- Mehta C., Theodore N., Mora I., Wade J., «Chicago's undocumented immigrants: an analysis of wages, working conditions, and economic contributions», Chicago, University of Illinois, Center for Urban Economic Development, 2002).
- National AIDS Trust. «The myth of HIV health tourism», NAT, October 2008.
- Norredam M., Mygind A., Krasnik A., «Access to health care for asylum seekers in the European Union: a comparative study of country policies», *Eur J Public Health*, 2005, 16: 285-89.
- Oort M. van, et al., «Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen», Utrecht, NIVEL, 2001.
- Organisation mondiale de la santé. «Migrations internationales, Santé et Droits humains», Genève, OMS, 2005.
- Source: Rapport du Sénat français sur l'immigration irrégulière.
- Paradies Y., «A systematic review of empirical research on self-reported racism and health», *Int J Epidemiol*, 2006, 35: 888-901.
- Perronnin M., Rochaix L., Tubeuf S., «Construction d'un indicateur continu d'état de santé agrégeant risque vital et incapacité», *Questions d'économie de la santé*, Paris, Irdes, 2006, n°107).
- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. «Access to health care for undocumented migrants in Europe», PICUM, Brussels, 2007.
- Rodriguez E., Lanborena N., «Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco», Université du Pays-Basque et Médicos del Mundo-Munduko Medikak, Espagne, 2006.
- Smeets R.M.W., de Beaufort I.D., Entzinger H., «Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid», Nijmegen: Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, 2004.
- Taloyan M., Johansson L.M., Johansson S.E., Sundquist J., Koctürk T.O., «Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden», *Transcult Psychiatry* 2006, 43: 445-61.
- Terrence Higgins Trust & National Aids Trust, «Note on access to HIV treatment for undocumented migrants and those refused leave to remain», THT, February 2006.
- Verbruggen N. ed., «Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom», Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.
- Virgilio A., Defilippi L., Moschochoritis K., Ravinetto R., «Right to health care for vulnerable migrants», *The Lancet*, 2007; 370: 827-28.
- WHO. «International migration, health and human rights». Geneva, WHO (Health and human rights publication series), 2008, no. 4.
- Wolff H., Epiney M., Lourenco A.P. et al., «Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention», *BMC Public Health* 2008, 8: 93).



Table des tableaux et graphiques

1- Répartition par sexe selon le pays d'enquête (en %)	41
2- Age des enquêtés selon le pays d'enquête*	42
3- Répartition par groupes de nationalités	42
4- Distribution des régions d'origine par sexe	43
5- Groupes de nationalités selon le pays d'enquête (en %)	43
6- Part dans l'échantillon des 15 nationalités les plus représentées (en %)	44
7- Part dans l'échantillon des 15 nationalités les plus représentées selon le sexe (en %)	44
8- Nationalités les plus représentées selon le pays d'enquête (en effectif) et rappel des principales nationalités des immigrants par pays*	45
9- Répartition selon l'ancienneté de la migration (en %)	46
10- Ancienneté de la migration selon le pays d'enquête	46
11- Ancienneté de la migration selon le sexe	46
12- Ancienneté de la migration selon l'âge	47
13- Ancienneté de la migration selon le groupe de nationalités	47
14- Durée de séjour sans papiers selon le sexe	48
15- Répartition des durées de séjour sans papiers selon le groupe de nationalités	48
16- Répartition des durées de séjour sans papiers selon le pays d'enquête	49
17- Motifs évoqués pour expliquer le départ de son pays d'origine* selon le sexe (en %)	50
18- Motifs évoqués pour expliquer le départ du pays d'origine selon le pays d'enquête* (en %)	51
19- Motifs évoqués pour expliquer le départ de son pays d'origine selon le groupe de nationalités* (en %)	51
20- Intention de quitter le pays d'enquête selon le sexe (en %)	52
21- Intention de quitter le pays d'enquête selon la situation parentale (en %)	53
22- Intention de quitter le pays selon le pays d'enquête (en %)	53
23- Intention de quitter le pays d'enquête selon le groupe de nationalités (en %)	53
24- Proportion de personnes ayant émigré il y a moins d'un an (en %)	54
25- Situation familiale selon le sexe (en %)	55
26- Situation familiale selon le pays de résidence (en %)	55
27- Taille des ménages (en %)	56
28- Sentiment de solitude selon le sexe (en %)	56
29- Risque de sentiment de solitude (analyse multivariée) ajusté sur le sexe, la situation parentale et la durée passée dans le pays	57
30- Sentiment de solitude selon la fréquence du soutien moral potentiel (en %)	57
31- Répartition des enquêtés selon leur soutien moral potentiel (en %)	58
32- Proportion de personnes pouvant compter sur un soutien moral selon le type de personnes prodiguant ce soutien	58
33- Situation au regard du logement par sexe (en %)	60
34- Situation au regard du logement selon l'âge (en %)	60
35- Situation au regard du logement selon la durée passée dans le pays d'enquête (en %)	60
36- Situation au regard du logement selon le pays de résidence (en %)	61
37- Situation au regard du logement selon le groupe de nationalités (en %)	61
38- Proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé selon la situation au regard du logement (en %)	62
39- Proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé selon le pays d'enquête (en %)	62
40- Conditions de logement selon la situation au regard du logement (en %)*	63
41- Proportion de personnes jugeant que leurs conditions de logement sont dangereuses ou néfastes pour leur santé (ou celle de leurs enfants) selon différentes caractéristiques (en %)	63
42- Exercice d'une activité pour gagner sa vie selon le sexe (en %)	64
43- Exercice d'une activité pour gagner sa vie selon l'âge (en %)	64
44- Exercice d'une activité pour gagner sa vie selon le temps passé dans le pays d'enquête (en %)	65
45- Secteur d'activité des enquêtés qui travaillent (de façon régulière ou épisodique) (en %)	65
46- Fréquence du travail de nuit selon le sexe parmi les personnes exerçant une activité (en %)	66
47- Proportion de personnes ayant été victime d'un accident du travail depuis leur arrivée dans le pays d'enquête (en %)	67
48- Accès théorique à la prise en charge des soins (en %)	68
49- Connaissance des droits à la prise en charge des soins parmi les personnes pouvant en bénéficier théoriquement (en %)	68

50- Connaissance des procédures à mettre en œuvre pour faire valoir ses droits à la prise en charge des soins de santé parmi les personnes connaissant leurs droits théoriques (en %)	68
51- Proportion des personnes engagées dans les démarches pour faire valoir leurs droits à la prise en charge des soins parmi les personnes connaissant leurs droits théoriques (en %)	69
52- Prise en charge effective des soins de santé au jour de l'enquête parmi les personnes engagées dans les procédures (en %).....	69
53- Proportion de personnes bénéficiant d'une prise en charge effective des soins pour l'ensemble de l'échantillon et parmi les personnes ayant des droits théoriques, selon le pays d'enquête (en %)	70
54- Des droits théoriques au bénéfice réel de la prise en charge des soins de santé : une synthèse des résultats (en % des personnes interrogées)	71
55- Comparaison des distributions de l'état de santé ressenti en population générale dans les 11 pays d'enquête et dans l'Union Européenne au total** avec celle observée dans l'échantillon des sans papiers interrogés (en %).....	73
56- Etat de santé ressenti par classes d'âge chez les hommes	74
57- Etat de santé ressenti par classes d'âge chez les femmes	74
58- Fréquence des maladies et problèmes de santé par appareil ou catégorie dans la population d'enquête (%).....	75
59- Répartition de la population en fonction du nombre de maladies dont le traitement est jugé au moins souhaitable	76
60- Distribution du risque vital par classes d'âge	77
61- Proportion de la population avec au moins une maladie chronique actuelle déjà connue dans le pays d'origine, en fonction de l'origine géographique.....	77
62- Distribution des troubles et maladies déjà connus dans le pays d'origine les plus fréquents (cités au moins 2 fois*, soit par au moins 2 individus pour 1000)	78
63- Distribution des troubles et maladies déjà connus dans le pays d'origine, par appareil.....	78
64- Répartition de la population interrogée en fonction du nombre de types de violences subies.....	80
65- Proportion de personnes ayant été victimes de violences sur l'ensemble de leur vie, avant, pendant et depuis la migration (en %)	81
66- Distribution des types de suivis (en % des problèmes de santé rencontrés)	83
67- Fréquence des types de suivis au jour de l'enquête en fonction de la nécessité de traitement (en % des problèmes de santé rencontrés)	83
68- Fréquence du nombre de maladies actuelles prises en charge trop tardivement au moins une fois dans le pays d'accueil.....	84
69- Proportion de personnes sans prise en charge effective des soins la dernière fois qu'elles se sont senties malades, selon le pays d'enquête.....	86
70- Actions entreprises lors du dernier épisode de maladie	87
71- Actions entreprises lors du dernier épisode de maladie en fonction du statut effectif de prise en charge	87
72- Type de structure consultée lors du dernier épisode de maladie, par pays d'enquête.....	88
73- Connaissances du droit au dépistage VIH selon le pays d'enquête.....	89
74- Souhait de dépistage VIH par sexe et par classes d'âge	90
75- Souhait de dépistage VIH par origine géographique	90
76- Probabilité estimée d'avoir souhaité faire un test de dépistage VIH selon le pays d'enquête, après ajustement sur l'âge, le sexe, l'origine géographique et l'ancienneté de séjour	91
77- Proportion de personnes ayant souhaité réaliser un test de dépistage VIH et l'ayant effectivement effectué, selon le pays d'enquête.....	92
78- Fréquence des raisons évoquées pour l'absence de souhait d'un test de dépistage VIH	92
79- Connaissances du droit aux traitements antiviraux selon l'origine géographique (en %).....	93
80- Fréquence des obstacles aux soins.....	94
81- Proportion de personnes interrogées citant les difficultés administratives comme obstacle aux soins.....	95
82- Proportion de personnes interrogées citant la complexité du système comme obstacle aux soins	95
83- Proportion de personnes interrogées citant le coût des consultations ou des traitements comme obstacle aux soins, par pays d'enquête.....	96
84- Proportion de personnes interrogées citant la crainte de dénonciation, d'arrestation, de discrimination ou de refus de soins comme obstacle aux soins, par pays d'enquête	96
85- Fréquence des quatre principales catégories d'obstacles à l'accès aux soins citées par les personnes interrogées (diagramme en radar pour chaque pays).....	97
86- Taux de refus de soins lors du dernier épisode de maladie par pays	98
87- Proportion de refus de soins lors du dernier épisode de maladie, selon le diagnostic (regroupés par appareils)	98
88- Estimation du risque de refus de soins lors du dernier épisode de maladie selon le pays d'enquête, après ajustement sur les types de structures de soins fréquentées, l'ancienneté d'immigration et les circonstances de l'entretien (présence ou non d'un traducteur)	99
89- Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de racisme au cours de l'année écoulée en fonction de l'origine géographique.....	101
90- Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de racisme au cours de l'année écoulée dans les différents pays de l'enquête	102
91- Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de racisme au cours de l'année écoulée en consultant une structure de soins.....	102
92- Limitation des déplacements ou des activités de peur d'être arrêté selon le pays d'enquête (en %)	104
93- Proportion de personnes ayant renoncé à des soins par pays d'enquête	105
94- Fréquence des types de soins auxquels les personnes ont renoncé.....	106
95- Fréquence des types de soins auxquels les personnes ont renoncé pour leurs enfants (en %).....	106
96- Nationalité des personnes interrogées (effectifs, par ordre décroissant)	151
97- Liste des troubles et diagnostics chroniques.....	152
98- Liste des troubles et diagnostics ayant le plus souvent fait l'objet d'un retard dans l'accès aux soins dans le pays d'accueil, par ordre décroissant (cités au moins 2 fois)	153

Annexes

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE 2008



Enquête 2008 de l'Observatoire européen de l'accès aux soins

Numéro de questionnaire _____

PRESENTATION DE L'ENQUETE :

Nous vous proposons de participer à une enquête, vous n'êtes pas obligé d'y participer. Votre participation n'a aucune influence sur la prise en charge de Médecins du monde, vous êtes libre de répondre ou de ne pas répondre aux questions. C'est une enquête entièrement anonyme et confidentielle. Nous voulons utiliser les résultats de cette enquête pour améliorer l'accès aux soins des sans-papiers en Europe. Nous allons aborder ensemble différents thèmes : la santé, les conditions de vie, les revenus, l'immigration, les violences subies... Nous vous rappelons que vous êtes libre de ne pas répondre aux questions ou que vous pouvez arrêter le questionnaire à tout moment si vous le souhaitez.

CONSIGNES :

en gras italique : à remplir directement par l'enquêteur

QS : Questions spécifiques : chaque pays (ou ville) doit décider de poser ou non ces questions
 choix unique choix multiple

Pays : Ville :

Programme :

Nom de(s) enquêteur(s) :

Nom du médecin :

Présence d'un traducteur

1 Oui

2 Non

1. N° d'enregistrement (logiciel) : __/__/__/_

Le numéro d'enregistrement sera attribué par le logiciel de saisie, la personne en charge de la saisie doit l'écrire sur le questionnaire (utile pour retrouver le questionnaire a posteriori)

2. Date d'entretien : __/__/____ (jj/mm/aaaa)

3. Heure de début d'entretien : __ h __

(en format 24 heures, ex : 20.30 et non pas 08.30 pm)

DONNEES GENERALES

4. Sexe :

1 M

2 F

3 Transgenre

(consigne : si la personne est transgenre, 2 réponses sont obligatoires : la modalité transgenre et le sexe apparent, masculin ou féminin)

5. Date de naissance

(consigne : noter uniquement le mois et l'année) :

__/____ mm/aaaa ou âge : __ ans (ou âge estimé)

6. Quelle est votre nationalité ? (y compris apatride) _____

QS : 7. Si vous voulez préciser votre groupe ethnique, lequel est-ce ? _____

SITUATION SOCIALE ET CONDITIONS DE VIE

8. Vivez-vous :

1 Seul (avec ou sans enfants)

2 En couple

3 Avec famille ou amis

9. Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?

1 Oui

2 Non

Si oui

10. Vivez-vous avec eux (ou au moins certains d'entre eux) ?

1 Oui

2 Non

11. Concernant votre logement, quelle est votre situation actuellement ? (1 seule réponse possible)

1 Sans domicile fixe (à la rue ou en hébergement d'urgence pour une nuit)

2 En foyer d'hébergement à court terme (hôtels, foyers pour personnes SDF, pour femmes, pour immigrés, etc. ; pour une durée inférieure à un mois)

3 En foyer d'hébergement à moyen terme (idem, pour une durée d'un mois ou plus)

4 En logement précaire

4.1 Provisoirement hébergé par de la famille ou chez des amis

4.2 Occupant un logement sans bail (sans contrat légal)

4.3 Occupant un terrain sans droit (campement illégal)

4.4 Sous la menace d'une décision d'expulsion ou de saisie du logement

5 En logement stable (logement personnel ou durablement hébergé par de la famille ou des amis)

6 Autre : préciser _____

Si la personne n'est pas à la rue

12. Avez-vous accès à l'intérieur de votre logement à :

(consigne : si les toilettes sont dans le couloir, elles sont considérées être à l'extérieur du logement : répondre non)

12.1. Un point d'eau 1 Oui 2 Non

12.2. Des toilettes 1 Oui 2 Non

12.3. Un réchaud ou une cuisinière .. 1 Oui 2 Non

QS : 12.4. Un chauffage 1 Oui 2 Non

QS : 12.5. L'électricité 1 Oui 2 Non

13. Combien de pièces y a-t-il dans votre logement ? (sans compter la cuisine, la salle d'eau ni l'entrée)

(consigne : si l'enquêté vit en foyer, ne compter que la chambre de l'enquêté)

_____ pièces

14. Au total, combien de personnes habitent dans ce logement ? (en vous comptant vous-même)

(consigne : si l'enquêté vit en foyer, ne compter que les personnes qui vivent dans la même pièce - remarque : au minimum 1 personne, puisqu'on compte l'enquêté)

_____ personnes

15. A votre avis, vos conditions de logement sont-elles dangereuses ou néfastes pour votre santé et celle de vos enfants ? (humidité, moisissures, peinture écaillée...)

1 Oui

2 Non

16. Exercer-vous vous-même une activité, ou un travail, pour gagner votre vie (même ponctuelle ou non déclarée) ?

1 Oui de façon régulière

2 Oui de façon épisodique

3 Non

4 (ne veut pas répondre)

Si vous avez une activité :

17. Quelle activité faites-vous ? (consigne : la plus fréquente)

A remplir directement par l'enquêteur

18. Dans quel secteur ?

(ne pas poser la question telle quelle ; faire préciser la Q17 et coder par l'enquêteur ou préciser en « autre »)

01 Agriculture, sylviculture, pêche

02 Industries agricoles et alimentaires

03 Industrie des biens de consommation (y compris textile)

04 Autres industries : _____

06 Commerce

07 Hôtellerie / Restauration

08 Nettoyage

09 Transports

10 Services aux particuliers

11 Autre : _____

Chaque pays (ou ville) doit décider de poser ou non les questions 19, 20, 21, 22

Concernant cette principale activité...

QS : 19. Exercez-vous cette activité de nuit ? (entre minuit et 5 h du matin) ?

1 Presque tous les jours

2 Plusieurs fois par semaine

3 Plusieurs fois par mois

4 Plus rarement ou jamais

QS : 20. Exercez-vous cette activité plus de 10 heures par jour ?

1 Presque tous les jours

2 Plusieurs fois par semaine

3 Plusieurs fois par mois

4 Plus rarement ou jamais

A tous :

QS : 21. Depuis votre première arrivée en [pays], avez-vous été victime d'un accident du travail ?

(consigne : accident survenu dans le cadre du travail ou sur le trajet, pour toute sorte d'activité, déclarée ou non)

1 Oui

2 Non

Si oui

QS : 22. Combien depuis votre arrivée ? _____

23. Avez-vous, vous-même, d'autres sources de revenus ? (aide de proches, d'associations, aides sociales,...)

1 Oui

2 Non

3 (ne veut pas répondre)

24. Votre foyer a-t-il d'autres sources de revenus (provenant d'autres membres du foyer) ?

1 Oui

2 Non

3 Ne sait pas

4 (ne veut pas répondre)

QS : 25. Le mois dernier, quels ont été approximativement les revenus mensuels de votre foyer ?

En comptant toutes les ressources de tous les membres du foyer (y compris aides de la famille, de services sociaux, etc.).

ou : Environ _____ [monnaie locale] / mois

ou : Ne sait pas

ou : (ne veut pas répondre)

QS : 26. Combien de personnes vivent ici de ces revenus de façon régulière (vous y compris) ?

(remarque : au minimum 1 personne, puisque l'enquêté est compté)

(consigne : comptez toutes les personnes qui vivent avec ce revenu)

_____ personnes

QS : 27. Parmi ces personnes, combien y a-t-il d'enfants de moins de 14 ans ?

(consigne : vérifier que toutes les personnes citées ont été prises en compte dans le calcul des revenus du foyer)

_____ enfants de moins de 14 ans

SOUTIEN SOCIAL

28. D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez...

1 Très seul

2 Plutôt seul

3 Plutôt pas seul

4 Pas seul du tout

29. Ici en [pays], pouvez-vous compter sur quelqu'un pour vous soutenir moralement et vous reconforter en cas de besoin ?

1 Très souvent

2 Souvent

3 Parfois

4 Jamais

Si oui :

30. De qui s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles)

1 Famille

2 Amis, compatriotes, membres de la communauté, voisins

3 Intervenants du secteur public, privé ou associatif

4 Autre, préciser : _____

31. A quelle date avez-vous quitté votre pays d'origine pour émigrer ?

(consigne : noter uniquement le mois et l'année)

____/____ mm/aaaa

32. Au total (tous séjours confondus), combien de temps avez-vous séjourné en [pays de l'enquête] ?

_____ mois ou _____ ans

33. Et combien de temps au total sans autorisation de séjour ?

_____ mois ou _____ ans

34. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous quitté votre pays ? (plusieurs réponses possibles)

1 Pour des raisons économiques, pour gagner votre vie

2 Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...

3 A cause de conflits familiaux

4 Pour l'avenir de vos enfants

5 Pour des raisons de santé

7 Pour retrouver ou suivre quelqu'un

8 Pour faire des études

9 Autre, en clair : _____

35. Dans les mois qui viennent, avez-vous l'intention de quitter [le pays d'enquête] pour vous installer dans un autre pays ? (de façon volontaire)

1 Oui 2 Non

36. Si oui, où voulez-vous aller ?

37. En ce moment, vous arrive-t-il de limiter vos déplacements ou vos activités de peur d'être arrêté ?

1 Très souvent

2 Souvent

3 Parfois

4 Jamais

DROITS THEORIQUES, CONNAISSANCES ET PRATIQUES RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE

38. Question à adapter aux législations nationales : l'objectif est de récapituler les conditions demandées pour une prise en charge des soins (dans le périmètre prévu par la loi).

39. Récapitulatif droit théorique : à adapter aux législations nationales (étant donné les réponses à la question précédente, la personne rempli-elle aujourd'hui les conditions théoriques pour accéder à la prise en charge prévue par la loi ?) :

40. Connaissance du droit théorique : Question à adapter aux législations nationales

ALLEMAGNE-

Ne pas poser de question

BELGIQUE

39. La personne remplit-elle les conditions théoriques pour bénéficier de l'AMU ?

1 Oui

2 Non

3 Ne sait pas

40. Savez-vous qu'il existe pour les personnes dans votre situation (« sans papiers ») la possibilité d'obtenir l'AMU ?

1 Oui

2 Non ou ne sait pas de quoi il s'agit

ESPAGNE

40. Savez-vous qu'il existe pour les personnes dans votre situation (« sans papiers ») la possibilité d'obtenir la « carte de santé » ?

- 1 Oui
2 Non ou ne sait pas de quoi il s'agit

38. Etes-vous inscrit au registre civil local ?

- 1 Oui → question 44
2 Non → question 43
3 Ne sait pas

39. Etant données les réponses à la question précédente, la personne remplit-elle les conditions théoriques pour bénéficier de la « carte de santé » ?

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

FRANCE

38. Quelle est la date de votre dernière arrivée en France ?

____/____mm/aaaa

38bis. Séjour en France > 3 mois

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

38ter. Revenus < 600 € par mois (pour 1 personne seule)

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

39. Etant données les réponses aux questions précédentes, la personne remplit-elle les conditions théoriques pour bénéficier de l'AME ?

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

40. Savez-vous qu'il existe pour les personnes dans votre situation (« sans papier ») la possibilité d'obtenir l'AME ?

- 1 Oui
2 Non ou ne sait pas de quoi il s'agit

GRECE

Ne pas poser de question

ITALIE

40. Savez-vous que les personnes dans votre situation (« sans papier ») peuvent aller se faire soigner gratuitement à l'hôpital pour les soins essentiels et urgents ?

- 1 Oui
2 Non ou ne sait pas de quoi il s'agit

PAYS-BAS

Ne pas poser de question

PORTUGAL

38. Quelle est la date de votre dernière arrivée au Portugal ?

____/____mm/aaaa

38bis. Séjour au Portugal > 3 mois

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

39. Etant données les réponses à la question précédente, la personne remplit-elle les conditions théoriques pour bénéficier de la « carte d'usager du service national de santé » ?

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

40. Savez-vous qu'il existe pour les personnes dans votre situation (« sans papier ») la possibilité d'obtenir la « carte d'usager du service national de santé » ?

- 1 Oui
2 Non ou ne sait pas de quoi il s'agit

Royaume-Uni

38. Etes-vous inscrit chez un médecin généraliste ?

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sait pas

39. Ne pas poser de question

40. Savez-vous qu'il existe pour les personnes dans votre situation (« sans papier ») la possibilité de s'inscrire chez un médecin généraliste ?

- 1 Oui
2 Non ou ne sait pas de quoi il s'agit

SUEDE

Ne pas poser de question

SUISSE

Ne pas poser de question

Si oui en 40 (pour les pays concernés) :

41. Connaissez-vous les démarches nécessaires pour l'obtenir ?

- 1 Oui, je suis sûr(e)
2 Oui, je crois, mais je ne suis pas sûr(e)
3 Non

42. Des démarches ont-elles été entreprises pour vous (par vous ou par quelqu'un d'autre) ?

- 1 Oui : aller à la question 44
2 Non
3 Ne sait pas, n'est pas sûr

Si non en 42

43. Si les démarches n'ont pas été entreprises, pourquoi ?

(Consigne : ne rien citer, mais relancer « avez-vous rencontré d'autres difficultés » deux fois)

- 01 Aucune difficulté, n'en ressentait pas le besoin
02 Ne sait pas
03 Complexité administrative, ne sait pas à qui s'adresser, horaires inadaptés, difficultés à rassembler les justificatifs, demandes abusives...
04 Méconnaissance des droits, ne savait pas que ça existait
05 Coût des démarches (traduction, intermédiaires...)
06 Barrière de la langue
07 Refus d'aide de la part des services sociaux
08 Refus d'aide de la part des professionnels de santé
09 Peur de la discrimination ou d'être mal accueilli
10 Peur d'une dénonciation ou d'une arrestation
11 Autre raison exprimée : _____

Si oui en 42 :

44. Ces démarches ont-elles abouti ?

1 <input type="radio"/> Oui	Si 1 : A partir du moment où vous avez commencé les démarches (remplir les papiers, rassembler les pièces), combien de temps s'est-il écoulé pour qu'elles aboutissent ? <input type="radio"/> ____ mois (si moins d'un mois, coder 00) <input type="radio"/> Ne sait pas
2 <input type="radio"/> Non, on me l'a refusé	Si 2 : A partir du moment où vous avez commencé les démarches (remplir les papiers, rassembler les pièces), combien de temps s'est-il écoulé avant que vous soyez informé du refus ? <input type="radio"/> ____ mois (si moins d'un mois, coder 00) <input type="radio"/> Ne sait pas
3 <input type="radio"/> Non, j'attends toujours	Si 3 : A partir du moment où vous avez commencé les démarches (remplir les papiers, rassembler les pièces), depuis combien de temps attendez-vous ? <input type="radio"/> ____ mois (si moins d'un mois, coder 00) <input type="radio"/> Ne sait pas
4 <input type="radio"/> Je ne sais pas	Si 4 : Depuis combien de temps avez-vous commencé les démarches (remplir les papiers, rassembler les pièces) ? <input type="radio"/> ____ mois (si moins d'un mois, coder 00) <input type="radio"/> Ne sait pas

Si oui en 42 :

45. Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées pour mettre en œuvre ces démarches ou au cours de la procédure ?

(consigne : ne rien citer, mais relancer « avez-vous rencontré d'autres difficultés » deux fois)

- 01 Aucune difficulté
02 Ne sait pas
03 Complexité administrative, ne sait pas à qui s'adresser, horaires inadaptés, difficultés à rassembler les justificatifs, demandes abusives...
04 Méconnaissance des droits
05 Coût des démarches (traduction, intermédiaires...)
06 Barrière de la langue
07 Refus d'aide de la part des services sociaux

- 08 Refus d'aide de la part des professionnels de santé
 09 Peur de la discrimination ou d'être mal accueilli
 10 Peur d'une dénonciation ou d'une arrestation
 11 Autre raison exprimée : _____

ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS

46. La dernière fois que vous vous êtes senti malade en [pays], quel était votre problème de santé ?

- 1 Ne s'est jamais senti malade en [pays] → passer à la question 51

ou _____

code CISP _____

47. à l'époque de ce problème de santé, bénéficiaz-vous d'une couverture sante ? (à adapter selon les pays)

ALLEMAGNE

47. *Ne pas poser de question*

BELGIQUE

47. A l'époque de ce problème de santé, bénéficiaz-vous de l'AMU ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Ne sait pas

ESPAGNE

47. A l'époque de ce problème de santé, aviez-vous « la carte de santé » ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Ne sait pas

FRANCE

47. A l'époque de ce problème de santé, bénéficiaz-vous de l'AME ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Ne sait pas

GRECE

47. *Ne pas poser de question*

ITALIE

47. *Ne pas poser de question*

PAYS-BAS

47. *Ne pas poser de question*

PORTUGAL

47. A l'époque de ce problème de santé, aviez-vous « la carte d'usager du système national de santé » ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Ne sait pas

ROYAUME-UNI

47. A l'époque de ce problème de santé, étiez-vous inscrit chez un GP ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Ne sait pas

SUEDE

47. *Ne pas poser de question*

SUISSE

47. *Ne pas poser de question*

48. Pour ce dernier problème de santé, qu'avez-vous fait ou qui sont les personnes que vous avez vues ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 S'est soigné tout seul
 2 A consulté un médecin / dentiste / infirmier ou un autre professionnel de santé
 3 A pris des conseils auprès d'un pharmacien
 4 A consulté un praticien traditionnel
 5 S'est adressé à un voisin, ami, famille
 6 N'a rien fait du tout
 7 Autre, précisez : _____

Si a consulté un professionnel de santé (réponses 2 ou 3) :

49. Où avez-vous consulté (pour toutes les consultations relatives à ce problème de santé) ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Aux urgences de l'hôpital
 2 Dans une structure de soins de droit commun

3 Dans une structure de soins spécifique (seulement pour les personnes pauvres, précaires ou sans papiers, comme MDM)

50. Toujours pour ce dernier problème de santé, est-ce qu'un professionnel de santé ou une structure de soins (y compris les secrétaires...) a refusé de vous soigner ?

- 1 Oui
 2 Non

ACCES AU DEPISTAGE ET AUX TRAITEMENT LIES A L'INFECTION VIH/SIDA

Seulement dans les villes où le dépistage est gratuit

51. A votre connaissance, une personne sans papiers peut-elle bénéficier gratuitement d'un dépistage du VIH/sida ? (en [pays + ville])

- 1 Oui, elle peut bénéficier d'un dépistage gratuit
 2 Non, elle ne peut pas en bénéficier
 3 (ne pas citer) Cela dépend
 4 (ne pas citer) Ne sait pas

Dans toutes les villes :

52. Depuis que vous êtes en [pays], avez-vous déjà souhaité faire un test de dépistage du VIH/sida ?

- 1 Oui
 2 Non

Si non en 52 :

53. Pourquoi ? ne rien citer

- 01 Déjà fait le test et connaît les résultats
 02 N'en ressent pas le besoin
 03 Peur de la non-confidentialité des résultats
 04 Test trop cher ou pensait que c'était payant
 05 Peur des résultats, préfère ne pas savoir
 06 Ne saurait pas quoi faire en cas de résultat positif (méconnaissance ou réticence au traitement)
 07 Barrière de la langue
 08 Peur de la discrimination ou d'être mal accueilli
 09 Peur d'une dénonciation ou d'une arrestation
 10 Autre raison : _____

Si oui en 52 :

54. Avez-vous pu faire un test ?

- 1 Oui
 2 Non

Enquêteur : N'oubliez pas d'informer systématiquement la personne de son droit à un dépistage gratuit, et lui indiquer le(s) lieu(x) où le dépistage est possible.

Seulement dans les pays où les traitements sont gratuits :

55. Selon vous, une personne sans papiers peut-elle bénéficier gratuitement d'un traitement pour le VIH/sida ? (en [pays])

- 1 Oui, elle peut bénéficier d'un traitement gratuit
 2 Non, elle ne peut pas en bénéficier
 3 (ne pas citer) Cela dépend
 4 (ne pas citer) Ne sait pas

Enquêteur : N'oubliez pas d'informer systématiquement la personne si un tel traitement est accessible ou non, ainsi que les conditions pour y avoir accès

PROBLEMES DE SANTE / ACCES AUX SOINS ET AUX TRAITEMENTS

56. Comment est votre état de santé en général ? Diriez-vous qu'il est ...

- 1 Très bon
 2 Bon
 3 Moyen
 4 Mauvais
 5 Très mauvais
 6 (ne pas citer) Ne sait pas

Pour les femmes uniquement

57. Etes-vous actuellement enceinte ?

- 1 Oui (reporter dans le tableau suivant, même si ce n'est pas une grossesse pathologique)
 2 Non
 3 Ne sait pas

58. Si oui, êtes-vous suivie actuellement pour cette grossesse ?

- 1 Oui
 2 Non

A remplir directement par l'enquêteur

59. Informations obtenues par :

- 1 Médecin

- 2 **Dentiste**
 3 **Infirmier(e)**
 4 **Autre professionnel de santé**

Q 60 à 70 : à poser par un professionnel de santé si possible
 De quelles maladies ou problèmes de santé souffrez-vous actuellement ?
 (consigne : ne pas oublier d'interroger la personne sur d'éventuels autres problèmes de santé chroniques, même s'il ne s'agit pas aujourd'hui du motif de consultation).

	1er pb/diagnostic	2e pb/diagnostic	3e pb/diagnostic	4e pb/diagnostic
60. Diagnostic (renseigner le diagnostic s'il est connu ou sinon, les symptômes)				
60 bis. Code CISP				
61. Le problème est-il traité ou suivi actuellement ?	1 <input type="radio"/> Oui complètement 2 <input type="radio"/> Oui, en partie 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Oui complètement 2 <input type="radio"/> Oui, en partie 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Oui complètement 2 <input type="radio"/> Oui, en partie 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Oui complètement 2 <input type="radio"/> Oui, en partie 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> Ne sait pas
62. Depuis que vous êtes en [pays], vous est-il arrivé au moins une fois que ce problème soit pris en charge trop tard ?	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Ne sait pas
63. La pathologie est-elle aiguë ou chronique ?	1 <input type="radio"/> Aiguë 2 <input type="radio"/> Chronique 3 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Aiguë 2 <input type="radio"/> Chronique 3 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Aiguë 2 <input type="radio"/> Chronique 3 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Aiguë 2 <input type="radio"/> Chronique 3 <input type="radio"/> Ne sait pas
64. Un traitement ou un suivi serait-il... (Consigne : qu'il soit ou non mis en œuvre)	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Nécessaire 3 <input type="radio"/> Souhaitable 4 <input type="radio"/> Accessoire 5 <input type="radio"/> Inutile/inexistant 6 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Nécessaire 3 <input type="radio"/> Souhaitable 4 <input type="radio"/> Accessoire 5 <input type="radio"/> Inutile/inexistant 6 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Nécessaire 3 <input type="radio"/> Souhaitable 4 <input type="radio"/> Accessoire 5 <input type="radio"/> Inutile/inexistant 6 <input type="radio"/> Ne sait pas	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Nécessaire 3 <input type="radio"/> Souhaitable 4 <input type="radio"/> Accessoire 5 <input type="radio"/> Inutile/inexistant 6 <input type="radio"/> Ne sait pas
65. Aviez-vous connaissance de ce problème de santé avant votre départ pour l'Europe ? (était déjà atteint et le savait)	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Non concerné(e)	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Non concerné(e)	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Non concerné(e)	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Non concerné(e)

Si l'infection à VIH/Sida n'a pas été abordée, demander : Avez-vous déjà fait un dépistage du VIH ?
 Connaissez-vous le résultat ? Si les résultats sont positifs, remplir le tableau ci-dessus et renseigner les 3 questions suivantes

Si les résultats sont positifs :

66. Est-ce qu'un médecin vous a dit que vous aviez besoin d'un traitement antiviral ?

- 1 Oui
 2 Non (pas besoin)
 3 Ne sait pas

Si oui

67. Prenez-vous des traitements antiviraux ?

- 1 Oui
 2 Non

Si non

68. Si vous ne prenez pas de traitements antiviraux, pourquoi ?

- 1 Traitement non prescrit par le médecin
 2 Traitement trop cher
 3 Peur des effets secondaires
 4 Peur de la stigmatisation
 5 Difficultés à l'observance
 6 Refus de la thérapie
 7 Autre : _____

A remplir directement par le médecin

Consigne : cette question peut être codée sur dossier sans voir le patient

69. Au total : Classe de risque vital global (en l'absence de traitement)

- 0 **Aucun risque vital**
 1 **Pronostic vital très faiblement péjoratif**
 2 **Pronostic vital faiblement péjoratif**
 3 **Pronostic vital possiblement mauvais**
 4 **Pronostic vital probablement mauvais**
 5 **Pronostic vital sûrement mauvais (consigne : décès quasi certain dans les 5 ans)**

QS - Violences - (Chaque enquêteur doit décider de poser ou non ces questions)

Nous allons à présent aborder des questions sur différentes formes de violences, que certaines personnes ont pu subir avant ou depuis leur arrivée en Europe...

QS : 70. Vous-même, au cours de votre vie... (Entourer les numéros des réponses)

Type de violences	No n	Oui	Si oui, chronologie par rapport à l'arrivée en [Pays]		
			Avant	Pdt le trajet	Depuis l'arrivée
QS : 70.1. Avez-vous vécu dans un pays en guerre ?	1	2	3	4	5
QS : 70.2. Avez-vous été battu(e) ou blessé(e) lors de violences familiales ou lors d'une agression ?	1	2	3	4	5
QS : 70.3. Vous a-t-on empêché de gagner de l'argent ou avez-vous été privé de l'argent que vous aviez gagné ?	1	2	3	4	5
QS : 70.4. Avez-vous souffert de la famine ou de ne pas avoir suffisamment à manger ?	1	2	3	4	5
QS : 70.5. Avez-vous été menacé(e) physiquement ou emprisonné(e) pour vos idées ?	1	2	3	4	5
QS : 70.6. Vos actes ont-ils été surveillés ou interdits ? (y compris par un proche ou dans la sphère familiale)	1	2	3	4	5
QS : 70.7. Avez-vous été victime de violences de la part de forces de l'ordre (police, armée...)?	1	2	3	4	5
QS : 70.8. Avez-vous subi une agression sexuelle ?	1	2	3	4	5
QS : 70.9. Avez-vous été torturé(e) ?	1	2	3	4	5
QS : 70.10. Avez-vous été exposé(e) à un autre événement violent non évoqué dans les questions précédentes ?	1	2	3	4	5
QS : 70.11. Lequel ? Précisez éventuellement : _____					

71. Au cours de l'année écoulée (depuis que vous êtes en [Pays]), dans les différents domaines de votre vie personnelle et sociale, avez-vous été personnellement victime de racisme (discrimination liée à votre couleur, origine géographique, etc.) ?

- 1 Oui souvent
 2 Oui de temps en temps
 3 Non

Si oui en 71 :

72. Etait-ce au moins une fois en consultant pour votre santé (médecin, hôpital, système de santé...)?

- 1 Oui
2 Non

OBSTACLES A L'ACCES ET A LA CONTINUTE DES SOINS

73. De manière générale, quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez pour vous soigner (vous-même ou vos enfants) depuis que vous êtes en [Pays] ?

(Consigne : ne rien citer ; relancer 2 fois « Rencontrez-vous d'autres obstacles ? »)

- 01 Pas d'obstacles ressentis
02 Consultation trop chère
03 Traitement trop cher
04 Horaires des services de santé pas adaptés
05 N'a pas le temps, ou a d'autres soucis plus importants (logement, alimentation, etc.)
06 Difficultés administratives (toutes raisons confondues)
07 Complexité du système (méconnaissance des droits, ne sait pas où aller)
08 Barrière de la langue
09 A subi un refus de soins
10 Peur de la discrimination, d'être mal accueilli ou d'un refus de soins
11 Peur d'une dénonciation ou d'une arrestation
12 Appréhension des soins ou des examens, n'aime pas aller chez le médecin
13 Autre raison exprimée : _____
14 Ne sait pas

A remplir par l'enquêteur

73 bis. Synthèse de l'entretien : quels sont les principaux obstacles repérés au fur et à mesure de l'entretien ?

(non cités spontanément par la personne à la question précédente)

- 01 Pas d'obstacles ressentis
02 Consultation trop chère
03 Traitement trop cher
04 Horaires des services de santé pas adaptés
05 N'a pas le temps, ou a d'autres soucis plus importants (logement, alimentation, etc.)
06 Difficultés administratives (toutes raisons confondues)
07 Complexité du système (méconnaissance des droits, ne sait pas où aller)
08 Barrière de la langue
09 A subi un refus de soins
10 Peur de la discrimination, d'être mal accueilli ou d'un refus de soins
11 Peur d'une dénonciation ou d'une arrestation
12 Appréhension des soins ou des examens, n'aime pas aller chez le médecin
13 Autre raison exprimée : _____
14 Ne sait pas

Si au moins un obstacle :

74. Est-ce que cet (ces) obstacle(s) vous a/ont déjà conduit à renoncer à des soins pour vous-même au cours des 12 derniers mois ?

(Consigne : si la personne est en [Pays] depuis moins d'un an, interroger sur la période de séjour « depuis que vous êtes en [pays] » ; si la personne n'a pas eu besoin de soins, répondre « non »)

- 1 Oui
2 Non

Si oui :

75. A quels types de soins avez-vous renoncé au cours des 12 derniers mois ?

(Consigne : ne rien citer ; relancer 2 fois « Avez-vous renoncé à d'autres soins ? »)

- 1 Soins dentaires
2 Lunettes, lentilles
3 Séances de kinésithérapie
4 Consultations, visites ou soins de médecin
5 Suivi de grossesse
6 Analyses de laboratoire, prises de sang, imagerie ou radiologie
7 Pharmacie, médicaments
8 Soins de santé mentale ou psychologiques de tout type
9 Autres soins ou inconnus

76. Est-ce que cet (ces) obstacle(s) vous a (ont) déjà conduit à renoncer à des soins pour vos enfants au cours des 12 derniers mois ?

- 1 Oui
2 Non
3 Non concerné, pas d'enfants, pas besoin de soins

Si oui :

77. A quels types de soins pour vos enfants avez-vous renoncé au cours des 12 derniers mois ?

(Consigne : ne rien citer ; relancer 2 fois « Avez-vous renoncé à d'autres soins ? »)

- 1 Vaccinations
2 Soins dentaires
3 Lunettes, lentilles
4 Séances de kinésithérapie
5 Consultations, visites ou soins de médecin
6 Analyses de laboratoire, prises de sang, imagerie ou radiologie
7 Pharmacie, médicaments
8 Soins de santé mentale ou psychologiques de tout type
9 Autres soins ou inconnus _____

ANNEXE 2 : METHODOLOGIE ET FICHE SYNTHETIQUE DES DONNEES **PAR PAYS**

● **BE / BELGIQUE**

PROTOCOLES MDM BELGIQUE

Ville(s)	BRUXELLES
Programme(s)	Centre d'accueil de soins et d'orientation (Caso - Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	112
Dates de début et fin	Du 23/04/2008 au 04/08/2008
Jours sélectionnés	Les mardis et jeudis (matin et après-midi), soit 4 permanences sur 7 par semaine
Enquêteurs	En binôme Profil enquêteurs pour la partie sociale : infirmiers, médecins, accueillants, laborantin, gestionnaire de projet... Profil enquêteur pour la partie médicale : un médecin uniquement
Méthode de sélection	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Dans un premier temps, passation de la partie sociale par l'assistante sociale puis dans un second temps passation de la partie médicale lors de la consultation médicale

Chiffres clef des personnes interrogées en Belgique	%	n		%	n
Hommes	67,6	75	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	32,4	36	Très souvent	31,3	35
Age moyen (années)		36	Souvent	25	28
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	8,9	10
Maroc		38	Jamais	34,8	39
Brésil		12	Logement		
RDC		9	Sans domicile fixe	4,5	5
Algérie		7	Foyer héberg. court / moyen terme	4,5	5
Guinée		5	Logement précaire	49	55
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	42	47
Activité régulière	7,1	8	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité épisodique	40,2	45	Difficultés administratives		
Pas d'activité	52,7	59	Complexités du système		
Refus de répondre	0	0	Coût des consults ou traitements		
Fréquence du travail de nuit			Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	Nr	Nr	19,6		
Plusieurs fois par mois	Nr	Nr			
Plus rarement ou jamais	Nr	Nr			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	30,6				
2 à 5 ans	36,9				
6 ans ou plus	32,4				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	46,4	52			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	34,8	39			
A cause de conflits familiaux	11,6	13			
Pour l'avenir de ses enfants	6,3	7			
Pour des raisons de santé	6,3	7			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	12,5	14			
Pour faire des études	4,5	5			
Autre raison	18,8	21			

● **CH / SUISSE**

PROTOCOLES MDM SUISSE

Ville(s)	FRIBOURG
Programme(s)	Permanence FriSanté (structure partenaire)
Nb de questionnaires renseignés	11
Dates de début et fin	Du 15/06/2008 au 17/09/2008
Jours sélectionnés	Les lundis et jeudis (matin et après-midi), soit à chaque permanence
Enquêteurs	Un seul enquêteur a renseigné les questionnaires. Profil enquêteur : une infirmière
Méthode de sélection	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	A la suite de la consultation médicale

Chiffres clef des personnes interrogées en Suisse	%	n		%	n
Hommes	45,5	5	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	54,5	6	Très souvent	27,3	3
Age moyen (années)		35	Souvent	45,4	5
Les 8 nationalités les plus représentées			Parfois	27,3	3
Brésil		2	Jamais	0	0
Mongolie		2	Logement		
Cameroun		2	Sans domicile fixe		
Kosovo, Gabon, Maroc, Equateur, Algérie		1 par nat.	Foyer héberg. court / moyen terme	0	0
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement précaire	45,5	5
Activité régulière	18,2	2	Logement stable	54,5	6
Activité épisodique	36,3	4	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Pas d'activité	45,5	5	Difficultés administratives		
Refus de répondre	0	0	Complexités du système		
Fréquence du travail de nuit			Coût des consults ou traitements		
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	0	0	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		
Plusieurs fois par mois	20	1	Nr		
Plus rarement ou jamais	80	4	Nr		
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	18,2				
2 à 5 ans	54,5				
6 ans ou plus	27,3				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	90,9	10			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	18,2	2			
A cause de conflits familiaux	0	0			
Pour l'avenir de ses enfants	0	0			
Pour des raisons de santé	9,1	1			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	0	0			
Pour faire des études	0	0			
Autre raison	18,2	2			

● **DE / ALLEMAGNE**

PROTOCOLE Allemagne

Ville(s)	MUNICH
Programme(s)	Centre de soins pour les personnes sans assurance maladie (Open Med - Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	24
Dates de début et fin	Du 04/01/2008 au 08/08/2008
Jours sélectionnés	Le mardi (fin de journée) et vendredi (matin), soit à chaque permanence
Enquêteurs	En binôme Profil enquêteurs : pour la partie sociale – un étudiant en médecine, deux étudiantes assistantes sociales, une sociologue, une étudiante en ethnologie, une interprète ; pour la partie médicale : médecins
Méthode de sélection	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	De préférence à la suite de la consultation médicale

Chiffres clef des personnes interrogées en Allemagne	%	n		%	n
Hommes	16,7	4	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	83,3	20	Très souvent	29,2	7
Age moyen (années)		38	Souvent	25	6
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	20,8	5
Brésil		3	Jamais	25	6
Pérou		3	Logement		
Croatie		2	Sans domicile fixe	0	0
Kenya		2	Foyer héberg. court / moyen terme	8,3	2
Togo		2	Logement précaire	25	6
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	66,7	16
Activité régulière	25	6	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité épisodique	12,5	3	Difficultés administratives	Nr	
Pas d'activité	62,5	15	Complexités du système	Nr	
Refus de répondre	0	0	Coût des consults ou traitements	Nr	
Fréquence du travail de nuit			Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins	Nr	
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	0	0			
Plusieurs fois par mois	22,2	2			
Plus rarement ou jamais	77,8	7			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	45,8				
2 à 5 ans	25,0				
6 ans ou plus	29,2				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	54,2	13			
Pour raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	12,5	3			
A cause de conflits familiaux	12,5	3			
Pour l'avenir de ses enfants	0	0			
Pour des raisons de santé	16,7	4			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	12,5	3			
Pour faire des études	0	0			
Autre raison	33,3	8			

● **EL / GRECE**

PROTOCOLE GRECE

Ville(s)	THESSALONIQUE	ATHENES
Programme(s)	Polyclinique (Open Polyclinic – Médecins du monde)	Polyclinique (Open Polyclinic – Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	68	50
Dates de début et fin	Du 08/01/2008 au 24/07/2008	Du 01/03/2008 au 26/08/2008
Jours sélectionnés	Du lundi au vendredi (matin et après-midi), soit à chaque permanence	Du lundi au vendredi (matin et après-midi), soit à chaque permanence
Enquêteurs	En binôme Profil enquêteur pour la partie sociale : socio-anthropologue Profil enquêteur pour la partie médicale : médecin	En binôme Profil enquêteurs : Psychologues, médecins (validation de la partie médicale) et travailleur social
Méthode de sélection	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion (sans barrière linguistique)	Aléatoire (sans barrière linguistique)
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	A la suite de la consultation médicale	En salle d'attente

Chiffres clef des personnes interrogées en Grèce	%	n		%	n
Hommes	37,6	44	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	62,4	73	Très souvent	17,8	21
Age moyen (années)		39	Souvent	17,8	21
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	22	26
Albanie		30	Jamais	42,4	50
Bulgarie		20	Logement		
Géorgie		8	Sans domicile fixe	2,6	3
Nigéria		8	Foyer héberg. court / moyen terme	13,7	16
Afghanistan		7	Logement précaire	14,5	17
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	65,8	77
Activité régulière	16,1	19	Autre	3,4	4
Activité épisodique	32,2	38	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Pas d'activité	51,7	61	Difficultés administratives	7,6	
Fréquence du travail de nuit			Complexités du système	10,2	
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	27,3	15	Coût des consults ou traitements	28,8	
Plusieurs fois par mois	9,1	5	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		
Plus rarement ou jamais	63,6	35		27,1	
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	22,4				
2 à 5 ans	33,6				
6 ans ou plus	44,0				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	55,9	66			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	22	26			
A cause de conflits familiaux	5,1	6			
Pour l'avenir de ses enfants	11	13			
Pour des raisons de santé	8,5	10			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	11	13			
Pour faire des études	1,7	2			
Autre raison	3,4	4			

● **ES / ESPAGNE**

PROTOCOLES MDM ESPAGNE

Ville(s)	TENERIFE	VALENCE	TOLEDE
Programme(s)	Cassim	Cassim	Programme de médiation sanitaire interculturelle
Nb de questionnaires renseignés	39	36	30
Dates de début et fin	Début : 01/05/2008	Du 01/05/2008 au 15/06/2008	Début : 23/05/2008
Jours sélectionnés	Cassim Nord : les lundis et mercredis après-midi et mardis matin Cassim Sud : les lundis et jeudis matin A chaque permanence	- 11 jours au mois de mai et 5 jours au mois de juin (les lundis, mardis, mercredis matins ainsi que jeudis après midi) Activité : 5 permanences/semaine	- 1 jour par semaine (journée), soit 2 permanences sur 7/semaine
Enquêteurs	En binôme Profil enquêteur : 1 assistant social ou 1 infirmière ou membre volontaire de l'équipe et 1 médecin en charge de la consultation médicale	Un seul enquêteur renseigne les questionnaires. Profil enquêteurs : assistants sociaux, infirmiers, éducateurs, accueillants, étudiant stagiaire	Profil enquêteurs : 2 médiateurs interculturels, 1 assistant social
Méthode de sélection	Aléatoire Selon la disponibilité des interviewers	Chaque personne venant pour une consultation médicale et/ou sociale. Deux personnes interviewées par jour	Toutes personnes reçues
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Après ou avant l'accueil. Dans tous les cas avant la consultation médicale	A l'accueil	Après la consultation des personnes

Ville(s)	GALICE (Corrogne et Vigo)	BALEARES (Palma de Majorque)	ALICANTE
Programme(s)	Unité mobile auprès des personnes se prostituant	Casspep et « Dones del mon » (Médecins du monde)	Cassim et Casspep (Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	25	23 (15 Casspep et 8 Dones del mon)	21 (16 Cassim et 5 Casspep)
Dates de début et fin	Début : 5 mai 2008	Début : juin 2008	Mai et Juin 2008
Jours sélectionnés	Sur 10 jours (les lundis, mardis (+ soirée) et mercredis, jeudis en soirée) Activité : 3 permanences/semaine	Sur 15 jours en matinée Activité du Casspep et de Dones del Mon : 9 permanences/semaine	- 8 jours en mai (lundis et mercredis après-midi et jeudis et vendredis matin) - 7 jours en juin (mardis et jeudis matin ainsi que mercredis et jeudis en soirée) Activité : Cassim : 5 permanences/semaine Casspep : 6 permanences/semaine
Enquêteurs	Profil enquêteurs : un bénévole du secteur médical et un sociologue avec l'aide des assistants sociaux, infirmiers...	Un seul enquêteur a renseigné les questionnaires. Profil enquêteur : une infirmière	Profil enquêteurs : assistant social, étudiants travailleurs sociaux, anthropologiste, éducateur, infirmière...
Méthode de sélection	Toutes personnes suivies par le programme	Aléatoire Selon disponibilité de l'enquêteur et la mise à disposition d'un lieu	Chaque personne ayant une consultation médicale ou sociale et souhaitant participer à l'enquête Majoritairement des femmes pour le programme Casspep
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Durant les consultations de suivi	A l'accueil	A l'accueil

Ville(s)	BILBAO	MADRID
Programme(s)	Cassim (Médecins du monde)	Consultation médico-sociale pour personnes transsexuelles et unité mobile
Nb de questionnaires renseignés	21	21
Dates de début et fin	Début : 28/04/2008	Début : 27 mai 2008
Jours sélectionnés	Sur 16 demi-journées (les lundis et jeudis après-midi) Activité : 2 permanences/semaine	Sur 8 demi-journées planifiées par semaine (en journée et également le soir pour l'unité mobile) Activité : Unité mobile : 4 permanences/semaine Programme auprès des personnes transsexuelles : 1 permanence/semaine
Enquêteurs	Un seul enquêteur a renseigné les questionnaires. Profil enquêteurs : médecins	Un seul enquêteur renseigne les questionnaires. Profil enquêteur : assistant social ou éducateur
Méthode de sélection	Toutes personnes reçues	Toutes personnes reçues
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	A la suite de la consultation médicale	Durant l'accueil, la consultation médicale et l'entretien de prévention des risques

Chiffres clef des personnes interrogées en Espagne	%	n		%	n
Hommes	39,4	85	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	60,6	131	Très souvent	25,2	54
Age moyen (années)		33	Souvent	14	30
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	12,7	27
Brésil		28	Jamais	48,1	103
Bolivie		25	Logement		
Sénégal		21	Sans domicile fixe	3,2	7
Maroc		20	Foyer héberg. court / moyen terme	6	13
Nigéria		18	Logement précaire	12	26
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	73,1	158
Activité régulière	41,2	89	Autre	5,7	12
Activité épisodique	35,2	76	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Pas d'activité	22,7	49	Difficultés administratives	27,3	
Refus de répondre	0,9	02	Complexités du système	20,4	
Fréquence du travail de nuit			Coût des consults ou traitements	7,5	
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	38,8	57	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		
Plusieurs fois par mois	6,1	9			
Plus rarement ou jamais	55,1	81		12	
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	45,8				
2 à 5 ans	37,5				
6 ans ou plus	16,7				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	76,4	165			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	9,3	20			
A cause de conflits familiaux	5,6	12			
Pour l'avenir de ses enfants	11,6	25			
Pour des raisons de santé	4,2	9			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	4,6	10			
Pour faire des études	6	13			
Autre raison	8,3	18			

● **FR / FRANCE**

PROTOCOLE FRANCE

Ville(s)	SAINT-DENIS	PARIS	LYON
Programme(s)	Caso : Centre d'accueil de soins et d'orientation (Médecins du monde)	Caso : Centre d'accueil de soins et d'orientation (Médecins du monde)	Caso : Centre d'accueil de soins et d'orientation (Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	72	71	56
Dates de début et fin	Du 10/12/07 au 08/08/08	Du 10/12/07 au 08/08/08	Du 12/02/08 au 08/08/08
Jours sélectionnés	Les jeudis matin et mardis (matin et après-midi), soit 3 permanences sur 8/semaine	Les lundis, mercredis et jeudis matin, soit 3 permanences sur 8/semaine	3 à 4 demi-journées/semaine, soit 3/4 permanences sur 5/semaine
Enquêteurs	En binôme ou enquêteur seul. Profil enquêteurs : pour la partie sociale, accueillants, infirmiers stagiaires et médecin ; Pour la partie médicale : médecins	En binôme ou enquêteur seul. Profil enquêteurs pour la partie sociale : une assistante sociale, un médecin et des accueillants Pour la partie médicale : médecins	En binôme Profil enquêteurs pour la partie sociale : accueillantes, infirmières Pour la partie médicale : médecins
Méthode de sélection	Aléatoire : 1 personne sur 3 et 1 personne sur 5 (en fonction de l'activité et des personnes reçues)	Aléatoire : 1 personne sur 2 par ordre inverse d'arrivée au centre	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Dans un premier temps, passation de la partie sociale du questionnaire lors de l'arrivée de la personne au centre puis dans un second temps, passation de la partie médicale lors de la consultation médicale		

Chiffres clef des personnes interrogées en France	%	n		%	n
Hommes	43,9	86	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	56,1	110	Très souvent	22,8	45
Age moyen (années)		37	Souvent	19,3	38
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	17,8	35
Cameroun		34	Jamais	40,1	79
Roumanie		26	Logement		
Algérie		16	Sans domicile fixe	8	16
Côte d'Ivoire		14	Foyer héberg. court / moyen terme	8,5	17
Congo		9	Logement précaire	54,3	108
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	29,1	58
Activité régulière	7,5	15	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité épisodique	37,7	75	Difficultés administratives	13,1	
Pas d'activité	54,8	109	Complexités du système	13,6	
Fréquence du travail de nuit			Coût des consults ou traitements	41,7	
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	7,1	8	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins	8	
Plusieurs fois par mois	14,3	12			
Plus rarement ou jamais	78,6	66			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	57,3				
2 à 5 ans	27,1				
6 ans ou plus	15,6				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	51,3	102			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	21,6	43			
A cause de conflits familiaux	9,5	19			
Pour l'avenir de ses enfants	4,5	9			
Pour des raisons de santé	10,1	20			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	15,1	30			
Pour faire des études	4,5	9			
Autre raison	15,1	30			

● **IT / ITALIE**

PROTOCOLEDM ITALIE

Ville(s)	MILAN	MILAN	MILAN
Programme(s)	Unité mobile pour personnes à la rue (en soirée) (structure partenaire)	Centre d'accueil de jour pour usagers de drogues (structure partenaire)	Centre d'accueil pour personnes à la rue (en soirée) (structure partenaire)
Nb de questionnaires renseignés	43	33	23
Dates de début et fin	22/04/08 au 31/08/2008		
Jours sélectionnés	Non documenté		
Enquêteurs	Un seul enquêteur a renseigné les questionnaires, Profil enquêteur : un médecin-psychologue		
Méthode de sélection	Non documenté		
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Non documenté		

Chiffres clef des personnes interrogées en Italie	%	n		%	n
Hommes	87,5	84	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	12,5	12	Très souvent		Nr
Age moyen (années)		32	Souvent		Nr
Les 7 nationalités les plus représentées			Parfois		Nr
Maroc		19	Jamais		Nr
Ukraine		13	Logement		
Egypte		11	Sans domicile fixe		44,4
Albanie		8	Foyer héberg. court / moyen terme		12,1
Niger		5	Logement précaire		17,2
Nigeria		5	Logement stable		25,3
Tunisie		5	Autre		1
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité régulière	2,1	2	Difficultés administratives		17,2
Activité épisodique	32,3	31	Complexités du système		26,3
Pas d'activité	54,1	52	Coût des consults ou traitements		7,1
Refus de répondre	11,5	11	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		31,3
Fréquence du travail de nuit					
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	6,3	2			
Plusieurs fois par mois	37,4	12			
Plus rarement ou jamais	56,3	18			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	50,0				
2 à 5 ans	22,4				
6 ans ou plus	27,6				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	92,9	92			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	7,1	7			
A cause de conflits familiaux	12,1	12			
Pour l'avenir de ses enfants	1	1			
Pour des raisons de santé	1	1			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	4	4			
Pour faire des études	3	3			
Autre raison	0	0			

● **NL / PAYS-BAS**

PROTOCOLES MDM PAYS-BAS

Ville(s)	AMSTERDAM	EINDHOVEN	UTRECHT
Programme(s)	Het Kerkhuis / Filipino Domestic Workers / Stichting Sikaman / ASKV / De Open Deur / Centrum 45 / Casa Migrante / Wereldpand / Het Wereldhuis	Vluchtelingen in de Knel	Huize Agnes / STIL
Nb de questionnaires renseignés	62	10	10
Dates de début et fin	Het Kerkhuis : du 20/02/08 au 28/05/08 Filipino Domestic Workers : du 05/03/2008 au 12/04/2008 Stichting Sikaman : le 16/04/2008 ASKV : le 26/04/2008 De Open Deur : du 27/05/2008 au 28/07/2008 Centrum 45 : du 06/06/2008 au 11/07/2008 Casa Migrant : du 17/06/2008 au 09/07/2008 Wereldpand : le 14/04/2008 Het Wereldhuis : le 02/07/2008	du 25/03/2008 au 21/04/2008	Huize Agnes : du 18/04/2008 au 25/04/2008 STIL : du 09/04/ au 07/05/2008
Jours sélectionnés	Het Kerkhuis : 7 jours durant la période de passation (dont 6 en matinée et 1 en soirée) Filipino Domestic Workers : 7 jours durant la période de passation (en soirée) Stichting Sikaman : 1 jour (après-midi) ASKV : 1 jour (en soirée) De Open Deur : 7 jours (dont 6 jours durant l'après-midi et 1 jour en soirée) Centrum 45 : 3 jours (après-midi) Casa Migrant : 6 jours (en soirée) Wereldpand : 1 jour (après-midi) Het Wereldhuis : 1 jour (en matinée)	4 jours en matinée	Huize Agnes : 2 jours (après-midi) STIL : 3 jours (en matinée)
Enquêteurs	Un seul enquêteur renseigne le questionnaire Profil enquêteurs : Het Kerkhuis : anthropologue, étudiant en anthropologie, professionnel de santé, assistant médical, psychologue Filipino Domestic Workers : étudiant en anthropologie, professionnel de santé, étudiant en médecine Stichting Sikaman : anthropologue ASKV : étudiant en médecine De Open Deur : avocat et psychologue Centrum 45 : professionnel de santé Casa Migrant : psychologue Wereldpand : étudiant en médecine Het Wereldhuis : anthropologue	Profil enquêteurs : professionnel de santé, étudiant en anthropologie, étudiant en médecine	Profil enquêteurs : Huize Agnes : étudiant en anthropologie, médecin STIL : avocat, médecin, étudiant en anthropologie
Méthode de sélection	Het Kerkhuis – Het Wereldhuis : toutes personnes Filipino Domestic Workers – Stichting Sikaman – ASKV – De Open Deur – Centrum 45 – Casa Migrant – Wereldpand : personnes rencontrées sur rdv	L'enquête est proposée à chaque personne se présentant dans la structure et parlant une langue comprise par les enquêteurs	Huize Agnes : personnes rencontrées correspondant aux critères d'inclusion et parlant anglais ou néerlandais STIL : personnes rencontrées venant pour une consultation juridique et sociale
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Non documenté	Non documenté	Non documenté

Ville(s)	DEN-HAAG	ROTTERDAM	HAARLEM
Programme(s)	Paardenberg / Oase Stek	ROS	De Huiskamer / Stem in de Stad
Nb de questionnaires renseignés	6	6	3
Dates de début et fin	Paardenberg : le 09/04/2008 Oase Stek : du 17/04/2008 au 24/04/2008	le 10/04/2008 et Le 17/07/2008	De Huiskamer : le 23/04/2008 Stem in de Stad : le 14/03/2008
Jours sélectionnés	Paardenberg : 1 jour (en matinée) Oase Stek : 2 jours (en matinée et en journée)	2 jours (en matinée)	De Huiskamer : 1 jour (après-midi) Stem in de Stad : 1 jour (matin)
Enquêteurs	Profil enquêteurs : Paardenberg : professionnel de santé Oase Stek : professionnel de santé	Profil enquêteurs : professionnel de santé, étudiant et psychologue	Profil enquêteurs : De Huiskamer : assistant médical – Stem in de Stad : anthropologue
Méthode de sélection	Paardenberg – Oase Stek : personnes rencontrées correspondant aux critères d'inclusion et parlant anglais ou néerlandais	Personnes rencontrées sur rdv	De Huiskamer : proposée à toutes les personnes Stem in de Stad : personnes parlant une langue comprise par les enquêteurs
A quel moment ...	Non documenté	Non documenté	Non documenté

Ville(s)	LEIDSCHENDAM	TILBURG	ARNHEM
Programme(s)	Stichting Noodopvang	VLOT	Blankenspoor Huisarts – Eigen Praktijk
Nb de questionnaires renseignés	2	2	1
Dates de début et fin	Le 19/05/2008 et 13/06/2008	Le 16/06/2008	Le 12/04/2008
Jours sélectionnés	2 jours (en matinée)	1 jour (après-midi)	1 jour (après-midi)
Enquêteurs	Profil enquêteurs : étudiant en médecine, assistants médicaux	Profil enquêteur : avocat	Profil enquêteur : médecin
Méthode de sélection	Personnes rencontrées sur rdv	Personnes rencontrées sur rdv	Personnes rencontrées sur rdv
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Non documenté	Non documenté	Non documenté

Ville(s)	LEIDEN
Programme(s)	Fabel van de Illemaal
Nb de questionnaires renseignés	1
Dates de début et fin	Le 22/05/2008
Jours sélectionnés	1 jour (en matinée)
Enquêteurs	Profil enquêteur : étudiant en médecine
Méthode de sélection	Personnes rencontrées sur rdv
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Non documenté

Chiffres clef des personnes interrogées aux Pays-Bas	%	n		%	n
Hommes	54,4	56	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	45,6	46	Très souvent		29
Age moyen (années)		37	Souvent		16
Les 7 nationalités les plus représentées			Parfois		22
Philippines		14	Jamais		33
Ghana		10	Logement		
Sierra Leone		7	Sans domicile fixe		2,7
Ouganda		6	Foyer héberg. court / moyen terme		14,7
Soudan		5	Logement précaire		27,5
Chine		5	Logement stable		54,9
Brésil		5	Autre		0
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité régulière	23,8	24	Difficultés administratives		18,6
Activité épisodique	17,8	18	Complexités du système		17,6
Pas d'activité	57,4	58	Coût des consults ou traitements		33,3
Refus de répondre	1	1	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		33,3
Fréquence du travail de nuit					
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	4,9	2			
Plusieurs fois par mois	4,9	2			
Plus rarement ou jamais	90,2	37			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	10,3				
2 à 5 ans	25,8				
6 ans ou plus	63,9				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	36,3	37			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	44,1	45			
A cause de conflits familiaux	4,9	5			
Pour l'avenir de ses enfants	9,8	10			
Pour des raisons de santé	4,9	5			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	3,9	4			
Pour faire des études	3,9	4			
Autre raison	11,8	12			

● **PT / PORTUGAL**

PROTOCOLE PORTUGAL

Ville(s)	LISBONNE	LOURES	LOURES
Programme(s)	Noite Saudavel (Médecins du monde)	Bairro Quinta da Serra (Médecins du monde)	Crescer em saude (Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	21	7	4
Dates de début et fin	Les 06, 14, 18, 28, 30 avril 2008, les 04, 07, 09, 14 mai 2008 et le 20/06/2008	Les 02, 07, 09 avril 2008, le 07/05/2008 et le 09/09/2008	le 27/04/2008, les 14, 21 et 28 mai 2008
Jours sélectionnés	Du lundi au vendredi (en soirée), soit à chaque permanence	Du lundi au vendredi (en matinée), soit 5 permanences sur 6 par semaine	Le mercredi (après-midi), soit 1 permanence sur 5 par semaine
Enquêteurs	Profil enquêteurs : accueillants et médecins	Profil enquêteurs : infirmières	Profil enquêteurs : infirmières
Méthode de sélection	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion	Toutes personnes reçues correspondant aux critères d'inclusion
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	En fin de consultation	En fin de consultation	En fin de consultation

Chiffres clef des personnes interrogées au Portugal	%	n		%	n
Hommes	77,4	24	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	22,6	7	Très souvent	9,4	3
Age moyen (années)		40	Souvent	3,1	1
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	9,4	3
Bésil		14	Jamais	78,1	25
Cap-Vert		4	Logement		
Guinée		4	Sans domicile fixe	21,9	7
Angola		3	Foyer héberg. court / moyen terme	21,9	7
Ukraine		3	Logement précaire	37,5	12
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	18,8	6
Activité régulière	31,3	10	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité épisodique	15,6	5	Difficultés administratives	Nr	
Pas d'activité	50	16	Complexités du système	Nr	
Refus de répondre	3,1	1	Coût des consults ou traitements	Nr	
Fréquence du travail de nuit			Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins		
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	26,7	4		Nr	
Plusieurs fois par mois	13,3	2			
Plus rarement ou jamais	60	9			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	22,6				
2 à 5 ans	25,8				
6 ans ou plus	51,6				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	62,5	20			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	6,3	2			
A cause de conflits familiaux	0	0			
Pour l'avenir de ses enfants	0	0			
Pour des raisons de santé	0	0			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	12,5	4			
Pour faire des études	3,1	1			
Autre raison	18,8	6			

● **SE / SUEDE**

PROTOCOLE SUEDE

Ville(s)	STOCKHOLM
Programme(s)	Centre de soins pour immigrés sans autorisation de séjour (Médecins du monde)
Nb de questionnaires renseignés	103
Dates de début et fin	Du 16/01/2008 au 24/07/2008
Jours sélectionnés	En soirée ⇒ Soit à chaque permanence
Enquêteurs	Un seul enquêteur renseigne les questionnaires. Profil enquêteurs : 2 étudiants en médecine, infirmier, 2 étudiants en sciences politiques
Méthode de sélection	Aléatoire 1 patient sur 3 puis 1 patient sur 2
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Les personnes ont été choisies lors de leur venue à la clinique et ont été interviewées ultérieurement sur rdv

Chiffres clef des personnes interrogées en Suède	%	n		%	n
Hommes	44,7	46	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	55,3	57	Très souvent	34,4	35
Age moyen (années)		35	Souvent	16,7	17
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	21,6	22
Mongolie		20	Jamais	27,5	28
Bangladesh		13	Logement		
Azerbaïdjan		11	Sans domicile fixe	0	0
Bolivie		10	Foyer héberg. court / moyen terme	9,7	10
Philippines		7	Logement précaire	62,1	64
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	28,2	29
Activité régulière	18,4	19	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Activité épisodique	44,7	46	Difficultés administratives	42,7	
Pas d'activité	36,9	38	Complexités du système	12,6	
Fréquence du travail de nuit			Coût des consults ou traitements	28,2	
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours		Nr	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins	43,7	
Plusieurs fois par mois		Nr			
Plus rarement ou jamais		Nr			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	13,6				
2 à 5 ans	67,0				
6 ans ou plus	19,4				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	27,2	28			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	54,4	56			
A cause de conflits familiaux	9,7	10			
Pour l'avenir de ses enfants	5,8	6			
Pour des raisons de santé	7,8	8			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	6,8	7			
Pour faire des études	6,8	7			
Autre raison	11,7	12			

● **UK / ROYAUME-UNI**

PROTOCOLE ROYAUME-UNI

Ville(s)	LONDRES	LONDRES
Programme(s)	Centre de soins (Project London – Médecins du monde)	New North London Synagogue (NLS - Structure partenaire)
Nb de questionnaires renseignés	101	7
Dates de début et fin	Du 23/01/2008 au 19/06/2008	Du 23/01/2008 au 19/06/2008
Jours sélectionnés	Les lundis, mercredis et vendredis (après midi), soit à chaque permanence	Un dimanche après-midi par mois
Enquêteurs	Un seul enquêteur renseigne les questionnaires. Profil enquêteurs : étudiants, accueillants spécialement formés pour mener l'enquête. La partie médicale a été uniquement renseignée par l'équipe médicale durant la consultation médicale.	
Méthode de sélection	Toutes personnes correspondant aux critères d'inclusion	Aléatoire
A quel moment dans le circuit de prise en charge de la personne ?	Après la consultation sociale et avant ou après la consultation médicale. Si la personne n'a pas le temps, un rendez-vous est programmé pour les jours suivants	Seule la partie sociale du questionnaire a été renseignée

Chiffres clef des personnes interrogées au Royaume-Uni	%	n		%	n
Hommes	53,7	58	Limitation des déplacements et activités de peur d'être arrêté		
Femmes	46,3	50	Très souvent	25,7	27
Age moyen (années)		37	Souvent	7,6	8
Les 5 nationalités les plus représentées			Parfois	16,2	17
Inde		15	Jamais	50,5	53
Philippines		13	Logement		
RDC		12	Sans domicile fixe	0,9	1
Chine		9	Foyer héberg. court / moyen terme	1,9	2
Bésil		7	Logement précaire	60,7	65
Exercice d'une activité pour gagner sa vie			Logement stable	35,5	38
Activité régulière	18,5	20	Autre	0,9	1
Activité épisodique	18,5	20	Fréquence des principales catégories d'obstacles aux soins		
Pas d'activité	63	68	Difficultés administratives	51,9	
Refus de répondre	0	0	Complexités du système	31,5	
Fréquence du travail de nuit			Coût des consults ou traitements	25,9	
Plusieurs fois /semaine, presque tous les jours	18,9	7	Crainte de dénonciation, arrestation, discrimination ou refus de soins	39,8	
Plusieurs fois par mois	5,4	2			
Plus rarement ou jamais	75,7	28			
Ancienneté de la migration					
Moins de 2 ans	29,0				
2 à 5 ans	45,8				
6 ans ou plus	25,2				
Raisons de la migration					
Pour des raisons économiques, pour gagner sa vie	38	41			
Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	46,3	50			
A cause de conflits familiaux	8,3	9			
Pour l'avenir de ses enfants	4,6	5			
Pour des raisons de santé	3,7	4			
Pour retrouver ou suivre quelqu'un	10,2	11			
Pour faire des études	2,8	3			
Autre raison	12	13			

ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES LORS DE L'ENQUETE QUALITATIVE

	Pays et ville de l'entretien	Nom	Origine	Vit dans le pays dep.	Age	Vit avec
1	Grèce, Athènes	Mme M.	Afghanistan	4 mois	-	2 garçons de 6 et 2 ans
2	Grèce, Athènes	Mme N.	Afghanistan	2 mois	35 ans	conjoint et 6 enfants de 6 à 14 ans
3	Grèce, Athènes	O.	Afghanistan	2 mois	12 ans	ses parents et ses 5 frères
4	Grèce, Athènes	Mme P.	Russie	15 ans	19 ans	conjoint et un bébé fille
5	Grèce, Thessalonique	Mme Q.	Albanie	9 ans	38 ans	conjoint et 3 enfants de 15 à 8 ans
6	Grèce, Thessalonique	M. R.	Yémen	2 ans	26 ans	conjointe et 4 filles de 9, 7, 5 et 1 ans
7	Grèce, Thessalonique	Mme S.	Albanie	12 ans	30 ans	1 fils de 15 mois et 4 neveux et nièces de 17 à 6 ans
8	Grèce, Thessalonique	Mme T.	Russie	15 ans	19 ans	conjoint et une fille de 2 ans
9	France, Saint- Denis	M. E.	Moldavie	8 mois	24 ans	conjointe et un fils de 2 ans
10	France, Saint- Denis	M. F.	Guinée	11 ans	49 ans	conjointe et 5 enfants de 11 ans à 8 mois
11	France, Saint- Denis	Mme G.	Côte d'Ivoire	2 ans	22 ans	conjoint et une fille de 3 mois
12	France, Saint- Denis	M. H.	Cameroun	6 mois	34 ans	conjointe et fille de sa femme de 3 ans
13	France, Saint- Denis	Mme I.	Roumanie/ Rrom	3 ans	39 ans	3 enfants de 20 à 14 ans
14	France, Saint- Denis	M. J.	Roumanie/ Rrom	4 ans	46 ans	conjointe et 7 enfants de 23 à 6 ans
15	France, Saint- Denis	Mme K.	Algérie	8 ans	38 ans	3 enfants de 7 à 4 ans
16	France, Paris	Mme L.	Philippines	3 ans	-	conjoint et une fille de 6 ans
17	Pays-Bas	Mme U.	Maroc	6 ans	30 ans	3 enfants de 14 à 3 ans
18	Pays-Bas	Mme V.	Nigeria	11 ans	29 ans	2 enfants 9 et 7 ans
19	Pays-Bas	Mme W.	Ghana	15 ans	-	1 fils de 6 ans
20	Espagne, Canaries	Mme D.	Argentine	10 mois	23 ans	conjoint et 2 filles de 5 et 3 ans
21	Suède	Mme X.	Bolivie	2 ans	-	conjoint et 5 enfants de 3 ans à j. adulte
22	Suède	Mme Z.	Bolivie	2 ans 1/2	-	conjoint et 1 fils de 14 ans
23	Suède	Mme S-B	Arménie	6 ans	-	2 enfants de 9 et 6 ans et une autre famille
24	Suède	Mme Y.	Mongolie	4 ans	-	1 enfant de 4 ans
25	Suède	Mme S.-A.	El Salvador	3 ans	-	8 enfants : 4 mineurs de 11 à 2 ans, 1 en fauteuil
26	Suisse	Mme S.-C.	Mongolie	6 ans	29 ans	conjoint et 2 filles de 10 et 2 ans et 3 adultes
27	Suisse	Mme S.-D.		9 ans	47 ans	1 fils de 15 ans
28	Royaume-Uni	Mme S.-E.	Philippines	-	-	1 fils de 2 mois
29	Royaume-Uni	Mme S.-F.	Erythrée	-	22 ans	1 fils de 4 ans
30	Belgique	Mme A.	Albanie	8 ans	27 ans	2 enfants de 7 et 5 ans et le conjoint
31	Belgique	Mme B.	Algérie	4 ans	41 ans	2 enfants de 7 et 4 ans et le conjoint
32	Belgique	Mme C.	Roumanie	qq mois	36 ans	8 enfants

ANNEXE 4 : ACRONYMES

Acronyme	Signification
AME	Aide médicale d'Etat (FR)
AMU	Aide médicale urgente (BE)
ASL	Agences sanitaires locales (IT)
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (FR)
Casspep	Centro de Atención Socio-Sanitaria a Personas que Ejercen la Prostitución (ES)
Cassim	Centro de Atención Socio-Sanitaria a Immigrantes (ES)
CPAS	Centre public d'action sociale (BE)
CMU	Couverture maladie universelle (FR)
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (BE)
MDM	Médecins du monde
MSF	Médecins sans frontières
OR	Odds Ratio
PMI	Protection maternelle et infantile (FR)
STP	Etranger temporairement présent (IT)
UE	Union européenne

ANNEXE 5 : TABLEAUX ADDITIONNELS

96- Nationalité des personnes interrogées (effectifs, par ordre décroissant)

Nationalité	Nb total	hommes	femmes	Nationalité	Nb total	hommes	femmes
Maroc	92	72	20	Cap-Vert	5	4	1
Brésil	73	20	53	Guinée Equatoriale	5	4	1
Cameroun	45	17	28	Sri Lanka	5	3	2
Albanie	40	16	24	Chili	5	1	4
Nigeria	39	14	25	Cuba	5	1	4
Bolivie	39	8	31	Paraguay	5	1	4
Roumanie	36	13	23	Rép. Dominicaine	5	1	4
Algérie	36	27	9	Pologne	4	1	3
Philippines	36	8	28	Burkina Faso	4	2	2
Ukraine	25	9	16	Kenya	4	0	4
Rép. Démocratique du Congo	25	14	11	Madagascar	4	0	4
Sénégal	25	20	5	Croatie	3	1	2
Bulgarie	24	4	20	Afrique subsaharienne (sans précision)	3	3	0
Egypte	23	21	2	Bénin	3	2	1
Mongolie	23	3	20	Centrafrique	3	0	3
Côte d'Ivoire	21	9	12	Syrie	3	2	1
Bangladesh	19	18	1	Mexique	3	3	0
Inde	19	14	5	Apatride	3	1	2
Chine	18	10	8	Monténégro	2	1	1
Ghana	17	12	5	Serbie	2	1	1
Tunisie	16	11	5	Turquie	2	2	0
Pérou	16	5	11	Turquie-Kurdistan	2	2	0
Mali	15	10	5	Burundi	2	1	1
Afghanistan	15	13	2	Libéria	2	2	0
Iran	15	11	4	Rwanda	2	1	1
Guinée	13	9	4	Tchad	2	0	2
Ouganda	13	4	9	Liban	2	1	1
Pakistan	13	13	0	Palestine	2	1	1
Congo Brazzaville	12	5	7	Népal	2	1	1
Géorgie	11	6	5	Ouzbékistan	2	1	1
Russie	11	2	9	Vietnam	2	1	1
Azerbaïdjan	11	6	5	Guatemala	2	1	1
Colombie	11	4	7	Nicaragua	2	2	0
Equateur	11	4	7	Salvador	2	1	1
Arménie	10	4	6	Uruguay	2	2	0
Angola	10	7	3	Venezuela	2	0	2
Soudan	10	8	2	Lettonie	1	0	1
Argentine	10	5	5	Europe hors UE (sans précision)	1	0	1
Ethiopie	9	2	7	Djibouti	1	1	0
Niger	9	9	0	Gabon	1	0	1
Sierra Leone	9	5	4	Guinée Bissau	1	1	0
Somalie	9	6	3	Zimbabwe	1	1	0
Moldavie	8	3	5	Syrie-Kurdistan	1	0	1
Kosovo	8	6	2	Indonésie	1	0	1
Erythrée	7	5	2	Thaïlande	1	1	0
Togo	7	4	3	Haïti	1	0	1
Mauritanie	7	5	2	Honduras	1	1	0
Comores	6	2	4	Surinam	1	1	0
Irak	6	5	1	TOTAL	1108	567	541
Bosnie Herzégovine	5	2	3				

97- Liste des troubles et diagnostics chroniques

	n	% parmi les patients ayant au moins 1 maladie chronique	% cumulé*	% dans l'ensemble de la population d'enquête	% cumulé*
Autres S/P Ostéoarticulaires	26	7,2	7,2	2,3	2,3
S/P Syst. Digestif	22	6,1	13,3	2,0	4,3
S/P Rachis	18	5,0	18,3	1,6	5,9
Diabète (insulino-dépendant et non insulino-dépendant)	17	4,7	23,1	1,5	7,4
Hypertension artérielle	17	4,7	27,8	1,5	8,9
Utilisation de substances psychoactives (drogues)	16	4,4	32,2	1,4	10,3
Grossesse et couche non pathologique	15	4,2	36,4	1,3	11,7
Syndrome dépressif	15	4,2	40,6	1,3	13,0
Autres diagnostics Syst. Digestif	12	3,3	43,9	1,1	14,1
Traumatismes	12	3,3	47,2	1,1	15,1
S/P Neurologiques	11	3,1	50,3	1,0	16,1
Infections respiratoires supérieures	10	2,8	53,1	0,9	17,0
Affections dents-gencives	9	2,5	55,6	0,8	17,8
Autres diagnostics Locomoteurs	9	2,5	58,1	0,8	18,6
S/P Peau	8	2,2	60,3	0,7	19,3
Infections respiratoires inférieures	7	1,9	62,2	0,6	19,9
Administratif	6	1,7	63,9	0,5	20,5
Asthme	6	1,7	65,6	0,5	21,0
Autres problèmes Psychologiques	6	1,7	67,2	0,5	21,5
Pathologies vasculaires	6	1,7	68,9	0,5	22,1
S/P Syst. Génital Femme	6	1,7	70,6	0,5	22,6
S/P Urinaires	6	1,7	72,2	0,5	23,1
Angoisse-Stress-Troubles somatiques	5	1,4	73,6	0,4	23,6
Autres diagnostics Cardio-vasculaires	5	1,4	75,0	0,4	24,0
Autres diagnostics Métaboliques	5	1,4	76,4	0,4	24,5
Autres diagnostics Oeil	5	1,4	77,8	0,4	24,9
Autres diagnostics Syst. Génital Femme	5	1,4	79,2	0,4	25,4
Excès pondéral-Obésité	5	1,4	80,6	0,4	25,8
S/P Généraux	5	1,4	81,9	0,4	26,2
Trouble des règles	5	1,4	83,3	0,4	26,7
Anémies	4	1,1	84,4	0,4	27,0
Diagnostics NCA	4	1,1	85,6	0,4	27,4
diareg_ vide	4	1,1	86,7	0,4	27,8
Infections cutanées	4	1,1	87,8	0,4	28,1
Résultats	4	1,1	88,9	0,4	28,5
Syndrome dorso-lombaire	4	1,1	90,0	0,4	28,8
Utilisation substances psychoactives (alcool)	4	1,1	91,1	0,4	29,2
Autres diagnostics Neurologiques	3	0,8	91,9	0,3	29,4
Autres diagnostics Respiratoires	3	0,8	92,8	0,3	29,7
Autres procédures	3	0,8	93,6	0,3	30,0
Hépatite virale	3	0,8	94,4	0,3	30,2
Infections urinaires / rénales	3	0,8	95,3	0,3	30,5
Peurs de / Préoccupations	3	0,8	96,1	0,3	30,8
S/P Oeil	3	0,8	96,9	0,3	31,0
Toux	3	0,8	97,8	0,3	31,3
Autres diagnostics Syst. Génital Homme	2	0,6	98,3	0,2	31,5
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	2	0,6	98,9	0,2	31,7
Autres S/P Respiratoires	2	0,6	99,4	0,2	31,9
Avis / Counselling, écoute	2	0,6	100	0,2	32,0
Cardiopathies, Troubles du rythme	2	0,6	100,6	0,2	32,2
Dermatites atopiques et contact	2	0,6	101,1	0,2	32,4
Epilepsie	2	0,6	101,7	0,2	32,6
Grossesse et couche pathologique	2	0,6	102,2	0,2	32,7
Infections de l'oeil	2	0,6	102,8	0,2	32,9
Infections gastro-intestinales	2	0,6	103,3	0,2	33,1
Infections oreille	2	0,6	103,9	0,2	33,3
Infections Sexuellement Transmissibles - femmes	2	0,6	104,4	0,2	33,5
Maladies infectieuses NCA	2	0,6%	105,0%	0,2%	33,6%
Parasitoses / Candidoses	2	0,6%	105,6%	0,2%	33,8%
S/P Cardio-vasculaires	2	0,6%	106,1%	0,2%	34,0%
S/P Syst. Génital Homme	2	0,6%	106,7%	0,2%	34,2%
Tuberculose	2	0,6%	107,2%	0,2%	34,3%
Autres diagnostics oreille	1	0,3%	107,5%	0,1%	34,4%
Autres diagnostics Syst. Hématop/immunol.	1	0,3%	107,8%	0,1%	34,5%

Suite	n	% parmi les patients ayant au moins 1 maladie chronique	% cumulé*	% dans l'ensemble de la population d'enquête	% cumulé*
Autres pathologies cutanées	1	0,3%	108,1%	0,1%	34,6%
Eruption cutanée / Tuméfactions	1	0,3%	108,3%	0,1%	34,7%
Pathologies ulcéreuses	1	0,3%	108,6%	0,1%	34,8%
S/P Grossesse, accouchement et PF	1	0,3%	108,9%	0,1%	34,9%
S/P Métaboliques	1	0,3%	109,2%	0,1%	35,0%
S/P Oreille	1	0,3%	109,4%	0,1%	35,1%
S/P Syst. Hématop/immunol.	1	0,3%	109,7%	0,1%	35,1%
Soins dispensés	1	0,3%	110,0%	0,1%	35,2%
Suivi	1	0,3%	110,3%	0,1%	35,3%
Traitements médicamenteux	1	0,3%	110,6%	0,1%	35,4%
Utilisation de substances psychoactives (tabac-médicaments)	1	0,3%	110,8%	0,1%	35,5%

98- Liste des troubles et diagnostics ayant le plus souvent fait l'objet d'un retard dans l'accès aux soins dans le pays d'accueil, par ordre décroissant (cités au moins 2 fois)

	n	%	suite	n	%
Troubles du comportement	16	4,02	Sinusite chronique	3	0,75
HTA compliquée	12	3,02	Laryngite	3	0,75
Troubles digestifs	12	3,02	Hypothyroïdie	3	0,75
Gastralgies	10	2,51	Dyslipidémie	3	0,75
Douleurs rectales	10	2,51	Pyélonéphrite	3	0,75
Troubles déglutition	10	2,51	Peur du VIH	2	0,50
Diabète non insulinodépendant	10	2,51	Anémie	2	0,50
Dysurie	10	2,51	VIH/sida	2	0,50
Douleurs thoraciques	9	2,26	Infection gastro-intestinale	2	0,50
Autre symptôme psy	7	1,76	Cancer de l'estomac	2	0,50
Douleurs musculaires	7	1,76	Ulcère peptique	2	0,50
Grossesse non désirée	7	1,76	Ecoulement de l'oreille	2	0,50
Rhinite allergique	6	1,51	Otite externe	2	0,50
Pathologie buccale	6	1,51	Cardiopathie ischémique	2	0,50
Lombalgie	5	1,26	Douleur de l'épaule	2	0,50
Stress aigu	5	1,26	Douleur du pied	2	0,50
Alcoolisme chronique	5	1,26	Anomalie congénitale ostéo-articulaire	2	0,50
Dyspnée	5	1,26	Syndrome dorsolombaire	2	0,50
Syndrome stress post-traumatique	5	1,26	Tendinite	2	0,50
Fièvre	4	1,01	Arthrose	2	0,50
Anorexie, boulimie	4	1,01	Ostéoporose	2	0,50
Asthénie	4	1,01	Algie de la face	2	0,50
HTA non compliquée	4	1,01	Migraine	2	0,50
Hypotension orthostatique	4	1,01	Dépression	2	0,50
Hémorroïdes	4	1,01	Trouble somatoforme	2	0,50
Céphalées	4	1,01	Infection aiguë voies aériennes supérieures	2	0,50
Bronchite chronique	4	1,01	Asthme	2	0,50
Grippe	4	1,01	Tuméfaction cutanée	2	0,50
Cécité	3	0,75	Infection cutanée	2	0,50
Douleur du genou	3	0,75	Herpès	2	0,50
Douleur ostéo-articulaire	3	0,75	Cystite	2	0,50
Perte de libido	3	0,75	Lithiase urinaire	2	0,50
Troubles anxieux	3	0,75	Autre maladie urinaire	2	0,50
Toux	3	0,75	Tumeur génitale bénigne	2	0,50

