

Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde

Octobre 2008.....





Sommaire

INTRODUCTION	5
RÉSUMÉ	6
2007 EN CHIFFRES	10
LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2007	11
22 CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION	11
82 ACTIONS MOBILES DE PROXIMITÉ DANS 24 VILLES	14
8 ACTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES	14
QUI SONT LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO	15
1 - SEXE, ÂGE, NATIONALITÉ ET DURÉE DE RÉSIDENCE	15
1.1. Sexe et âge	15
1.2. Les nationalités	17
1.3. La durée de résidence des patients étrangers	19
2 - L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET LE LOGEMENT DES PATIENTS	20
2.1. L'environnement social	20
2.2. Le logement	21
La mission Saturnisme de la mission Banlieue	23
3 - L'EMPLOI ET LES RESSOURCES	27
Veille sanitaire auprès de travailleurs immigrés agricoles de Berre	30
4 - LA SITUATION ADMINISTRATIVE	30
4.1. La situation au regard du séjour le jour de la consultation	30
4.2. Les demandes d'asile	32
5 - LES MOTIFS DE RECOURS ET LES MODES D'ORIENTATION À MÉDECINS DU MONDE	34
QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO ..	36
1 - LES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE	36
1.1. Les droits potentiels à la couverture maladie	36
1.2. Les droits effectifs à la couverture maladie	41
2 - LES OBSTACLES À L'ACCÈS ET À LA CONTINUITÉ DES SOINS	43
2.1. Le besoin de domiciliation	43
2.2. Les autres obstacles repérés : méconnaissance des droits et des structures, complexité des démarches, difficultés financières, mais aussi des demandes abusives de justificatifs et des discriminations subies	46
2.3. Les refus de soins des professionnels de santé	54
2.4. Mayotte, Guyane, terres d'exception dans l'accès aux droits et aux soins ?	56
« La Guyane, terre d'amplification des dysfonctionnements »	56
Mayotte, une collectivité départementale d'outre-mer française, où ni la CMU ni l'AME ne sont prévues	57
3 - LES DÉMARCHES ET L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL MIS EN ŒUVRE	58



QUEL RECOURS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS ? QUELS SONT LES PROBLÈMES DES PATIENTS DE SANTÉ REÇUS DANS LES CASO ?	59
1 - L'ÉTAT DES VACCINATIONS	59
2 - LES DÉPENDANCES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	61
3 - LES VIOLENCES ET MALTRAITANCES	64
4 - LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES ET DE LA TUBERCULOSE	67
4.1. Mise en place d'un projet de prévention du VIH, des hépatites et des IST auprès des migrants	67
4.2. Dépistage et prise en charge de la tuberculose	70
5 - LES MOTIFS DE RECOURS ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ DIAGNOSTIQUÉS	71
5.1. Les motifs de recours exprimés par les patients	73
5.2. Les résultats de consultation relevés par les médecins	74
6 - MOTIFS DE RECOURS ET RÉSULTATS DE CONSULTATION DÉTAILLÉS	75
7 - LES PROBLÈMES DE SANTÉ SELON LES DURÉES NÉCESSAIRES DE PRISE EN CHARGE	78
Les Lits halte soins santé à Toulouse et à Bordeaux	82
8 - LES PATHOLOGIES ET SOUFFRANCES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE	84
La mission Santé mentale de proximité à Marseille	86
9 - LES PATHOLOGIES À POTENTIEL DE GRAVITÉ DIAGNOSTIQUÉES	89
10 - LES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS ET LES SOINS URGENTS	94
11 - LES ORIENTATIONS ET LES TRAITEMENTS REMIS À L'ISSUE DES CONSULTATIONS	98
11.1. Les orientations à l'issue des consultations	98
11.2. Traitements remis et/ou prescrits	100
12 - LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	101
12.1. L'indice CAO des patients vus en consultation dentaire	101
12.2. Traitements dentaires mis en œuvre et orientations	104
FOCUS SUR LES DIFFÉRENTS PUBLICS REÇUS DANS LES CASO	106
LES FEMMES	107
Le Lotus bus : un programme de promotion de la santé auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris	113
Focus sur les femmes enceintes	114
Médecins du Monde auprès des femmes Roms en Île-de-France	116
LES MINEURS	118
LES JEUNES DE 16-24 ANS	124
LES PATIENTS ÂGÉS DE 60 ANS ET PLUS	129
LES FRANÇAIS	134
LES PERSONNES SANS DOMICILE	138
Médecins du Monde auprès des personnes vivant à la rue ou en squats	144
Focus sur l'action de l'équipe de Lyon : suivi médico-social des femmes accueillies dans les lits de repos et permanences médico-psychologiques à la Péniche auprès des populations de rue marginalisées	145



Sommaire

LES PERSONNES CONCERNÉES PAR UNE DEMANDE D'ASILE	147
Les certificats médicaux pour les demandeurs d'asile à Marseille, à Nice et au Havre : comment prouver le malheur ?	154
Consultation d'accueil sanitaire et d'orientation auprès des familles demandeuses d'asile à Paris : la mission Cafda	155
LES ÉTRANGERS EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE	158
Action médico-sociale auprès des personnes migrantes en transit dans le Nord-Pas-de-Calais	167
LES RESSORTISSANTS DE L'UNION EUROPÉENNE (HORS FRANCE)	168
Médecins du Monde auprès des Roms à Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, Boulogne-sur-Mer et en région parisienne	175
LES PATIENTS DÉJÀ CONNUS QUI REVIENNENT À MÉDECINS DU MONDE	177
LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO DEPUIS 2000	181
CONCLUSION	185
ANNEXES	186
ANNEXE 1 : VOLUME D'ACTIVITÉ DES CASO	186
ANNEXE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNÉES ET D'ANALYSE	189
ANNEXE 3 : DOSSIERS SOCIAL, MÉDICAL ET DENTAIRE DES CASO EN 2007	196
ANNEXE 4 : TAUX DE RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES DANS LE RECUEIL DE DONNÉES DES CASO	206
ANNEXE 5 : LES 145 NATIONALITÉS RENCONTRÉES DANS LES CASO EN 2007	210
ANNEXE 6 : DONNÉES SOCIALES ET MÉDICALES PAR CASO	211



Alors que la loi de santé publique du 9 août 2004 affirme que l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé pour réduire les inégalités, nous déplorons et dénonçons l'immixtion constante et ravageuse des politiques d'immigration, de contrôle des usagers de drogues, de contrôle des Rroms, de contrôle des squats, de contrôle de personnes qui se prostituent, de contrôle de tous ceux qui vivent, produisent et survivent à la marge d'une société qui se voudrait être uniforme...

Ce rapport 2007 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde démontre une fois de plus combien répression et promotion de la santé forment un couple impossible.

Les 112 équipes de la Mission France continuent à aller vers les personnes oubliées des politiques de santé, dont certaines doivent choisir entre le risque de l'arrestation, la souffrance du corps et de l'âme malmenés par la maladie, l'exil, les violences vécues au pays et la violence de la pauvreté ici.

Les exclus de la santé ne sont pas seulement les étrangers, ce sont aussi les personnes âgées à faible revenu, les personnes handicapées titulaires de l'allocation adulte handicapé exclues de la CMU, les personnes qui restent sans domicile malgré la loi sur le logement opposable...

Ces millions de personnes, qui ne savent jamais si elles auront un toit sur leur tête demain, si elles auront le droit d'aller voir un médecin quand la souffrance sera trop forte, si elles retrouveront leurs parents à la maison ou s'ils auront disparu dans un centre de rétention, font parfois la une de la presse. Mais ce n'est, la plupart du temps, que pour servir un discours politique contre la pauvreté ou l'immigration, qui seraient des menaces à la sécurité et à l'intérêt national.

Paradoxalement, toutes ces populations sont pourtant l'objet de toutes les attentions législatives : en 2007, une accumulation de lois, décrets, circulaires les a frappées pour davantage complexifier et restreindre l'accès aux droits et aux soins.

Citons en vrac le décret sur l'évaluation du train de vie des potentiels bénéficiaires de la CMU (et autres prestations sociales), les modifications sur le droit au séjour et l'accès à une couverture maladie des Européens, les projets de restriction de l'AME (tiers payant puis panier des soins...), le projet de réduction du droit à la CMU pour une période de trois mois au lieu d'un an, le projet de circulaire pour le contrôle de la résidence effective en France pour tout bénéficiaire social, la loi pour le droit au logement opposable qui exclut l'AME de la procédure unique et simplifiée de domiciliation, les attaques contre la régularisation pour raison médicale et plus récemment une circulaire de la Cnam qui énonce aux professionnels de santé des « griefs admissibles », comme l'interruption de traitement ou le fait de ne pas venir à un rendez-vous..., pouvant les amener à porter plainte contre des bénéficiaires de la CMU.

Pour nos dirigeants, le problème n'est pas que 13,2 % de la population française vive sous le seuil de pauvreté, mais qu'il puisse y avoir une petite minorité de fraudeurs parmi eux qui feraient ignoblement semblant de ne rien avoir pour obtenir un RMI, qui une CMU. Peu importe que pour les millions de personnes concernées tous les dispositifs deviennent au fil du temps de plus en plus inaccessibles. Tant pis aussi si cette minorité de fraudeurs est, elle, suffisamment au courant des différents dispositifs pour passer au dessus des obstacles. L'impression qui restera est celle qui est voulue : *certes, il y a des pauvres, mais vous savez, en fait, beaucoup font semblant.*

Rappelons qu'en deux ans, 1 million de personnes sont passées sous le seuil de pauvreté. On compte ainsi 7,9 millions d'individus qui vivent avec moins de 880 euros (seuil calculé sur la base des revenus 2006) auxquels il convient d'ajouter les quelques centaines de milliers de personnes sans titre de séjour.

Dans les ministères, les personnes proches du terrain ne savent plus comment faire entendre la voix de la raison, comment limiter les dégâts irrémédiables. Parce qu'elles savent, comme nous, que lorsqu'une personne qui se bat pour sa survie est rejetée d'un dispositif (manque de pièces prouvant sa bonne foi, chicanes, contradictions, manque d'informations intelligibles...), elle abandonne toute démarche.

Les pauvres, objets de tous les fantasmes, de toutes les attaques. Qui peut dire le contraire ?

Le droit fondamental à la santé pour tous, et en particulier pour les plus démunis, semble inexorablement bafoué. Notre responsabilité collective est de contribuer à ce que l'accès aux soins ne devienne pas un privilège.

Dans ce contexte, nos équipes tentent de soulager les différents maux physiques et psychologiques de ces populations. Ce rapport est le reflet de leur travail.



Résumé

En 2007, la Mission France de Médecins du Monde mène 112 programmes dans 29 villes, dont 90 actions mobiles de proximité et 22 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso).

Les 21 Caso pour lesquels nous disposons de données ont reçu 24 092 patients différents lors de 54 698 passages. 38 034 consultations médicales et dentaires ont été effectuées. Près de la moitié des patients ne sont venus qu'une seule fois consulter un médecin. Comme chaque année, des témoignages recueillis auprès de patients qui décrivent leur situation et leur parcours de vie illustrent le rapport.

Le profil démographique montre que les patients des Caso sont majoritairement des hommes (55 %), jeunes (âge moyen de 34,6 ans, 9,5 % sont mineurs, 7,5 % ont 60 ans et plus) et étrangers (89 %). Quatre pays regroupent près de 40 % des patients : la Roumanie (environ 15 % des patients), l'Algérie (13 %), la France (11 %) et le Maroc (6 %). 58 % des étrangers résident en France depuis moins d'un an, dont 30 % depuis moins de 3 mois.

Le profil socio-économique des patients est toujours aussi marqué par la précarité : isolement, difficultés concernant le logement, l'emploi, les ressources, la situation administrative. 44 % des patients vivent seuls, 20 % en couple, 36 % avec de la famille, des parents ou des amis. L'isolement social est particulièrement fréquent chez les hommes et pour les Français.

Seuls 42 % des consultants ont un logement fixe. Les autres vivent soit dans un logement précaire (35 %), soit à la rue (23 %, ils étaient 19 % en 2006). L'absence de logement touche la moitié des hommes français, le quart des femmes françaises et des hommes étrangers, et 16 % des femmes étrangères. Les mineurs ne sont pas moins touchés, 26 % sont également dépourvus de logement. De même, 15 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à la rue. Les difficultés de logement des étrangers (logement précaire ou sans logement) subsistent et restent majeures même après de nombreuses années passées en France. Lorsque le logement existe, celui-ci est décrit par les patients comme étant néfaste pour la santé dans 20 % des cas ou surpeuplé dans 33 % des cas.

Deux tiers des personnes concernées par le travail déclarent être sans emploi, 12 % déclarent un emploi le plus souvent précaire, 23 % une activité non déclarée. A l'image de l'emploi, les ressources des patients sont extrêmement précaires : 92 % ne disposent d'aucunes ressources déclarables, seuls 0,3 % ont des ressources supérieures au seuil de pauvreté.

72 % des étrangers devant justifier d'un titre de séjour sont en situation administrative précaire ; ils étaient 77 % en 2006. Cette décroissance est probablement attribuable à l'intégration de nouveaux pays dans l'Union européenne (la Roumanie et la Bulgarie) dont les ressortissants étaient théoriquement dispensés jusqu'en 2007 d'autorisation de séjour. Mais un flou juridique a persisté en 2007 pour les ressortissants européens, dont plus de 21 % ont dépassé les 3 mois de libre circulation et se sont retrouvés de fait sans autorisation de séjour.

26 % des étrangers hors UE sont concernés par une demande d'asile. Parmi eux, 71 % ont déjà déposé leur demande.

Sur la totalité des patients reçus, 78 % peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie : 49 % relèvent de l'AME, 29 % de l'assurance maladie. En revanche, près de 13 % des patients sont en France depuis moins de 3 mois et sont donc exclus de toute couverture maladie, tout comme les 10 % des patients considérés comme étrangers de passage.

Dans les faits, seuls 20 % des patients qui pourraient y prétendre ont effectivement des droits ouverts. Les difficultés d'accès aux droits des étrangers sont majeures : 15 % des étrangers pouvant bénéficier d'une couverture maladie ont des droits ouverts contre 52 % des Français. Ces difficultés s'inscrivent dans la durée car, même après 10 années passées en France, seuls 39 % des étrangers ont une couverture maladie lors de leur venue dans nos centres de soins.

La nécessité d'une domiciliation administrative (en particulier pour les patients sans domicile ou hébergés de façon précaire) reste l'un des tout premiers freins à l'accès aux soins : 48 % des patients sont concernés par une domiciliation, parmi eux, 73 % en sont dépourvus.

Les autres obstacles cités par les patients sont :

- **la méconnaissance des droits** dont ils peuvent bénéficier **et des structures** délivrant des soins (27 % des patients),
- **les difficultés administratives** (25 %), par la complexité des démarches, avec notamment des demandes de justificatifs parfois abusives,
- **les difficultés liées à l'accès aux droits** et notamment l'obligation de résidence de 3 mois (24,5 %),
- **la barrière linguistique** (20 %),
- **mais aussi des expériences difficiles dans le système d'accès aux droits ou dans le système de soins :** on pense **aux refus de soins de certains professionnels de santé** ou encore à **certaines pratiques discriminatoires** dont sont victimes les étrangers.

La couverture vaccinale des patients est globalement faible : 32 à 36 % peuvent être considérés comme à jour de leurs vaccinations pour les principaux antigènes. La part des patients couverts diminue avec l'âge, elle est également nettement plus faible parmi les patients étrangers.

Plus du quart des patients (27 %) pour lesquels l'information est disponible présentent une consommation abusive de tabac, 11,5 % d'alcool et 5 % de cannabis. L'usage abusif des autres substances (notamment illicites) concerne 2 à 3 % des patients. Les consommations à risques sont nettement plus fréquentes chez les hommes mais aussi chez les Français. Elles augmentent cependant de façon très significative parmi les étrangers lorsque la durée du séjour en France se prolonge. C'est plus souvent lorsque les personnes sont seules et sans logement que la fréquence des usages à risques augmente.

Les professionnels de santé de MDM ont repéré en 2007 plus de 500 patients ayant été victimes de violences. Il s'agit le plus souvent d'agressions physiques ou de blessures (252 patients), de violences psychiques (214), de maltraitance (174). 116 patients ont été victimes de torture et 66 de viol. Les demandeurs d'asile sont tout particulièrement exposés à ces situations.

Le projet de prévention du VIH et des hépatites auprès des migrants révèle des taux de prévalence inquiétants. Ainsi, en 2007, dans les Casos de Paris et de Saint-Denis, plus de mille patients ont été dépistés pour le VIH et les hépatites. La prévalence du VIH dans ces centres est de 3,2 %, soit 15 fois plus qu'en France en général. Celle de l'hépatite B (AgHBs+) est de 6,9 %, soit 10,5 fois plus que la moyenne nationale. Celle du VHC s'élève à 5,8 %, soit 7 fois plus que la moyenne nationale.

Concernant le dépistage de la tuberculose au Caso de Saint-Denis, 11 cas ont été diagnostiqués, soit 7,9 % de la population orientée vers une radiographie pulmonaire (le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés en France était en 2006 de 8,5 cas pour 100 000 habitants, soit 0,0085 %).

En 2007, environ 33 000 consultations médicales ont été dispensées, 9 fois sur 10 de médecine générale. L'utilisation de la classification internationale des soins de santé primaire (CISP) pour la deuxième année consécutive dans l'ensemble des Casos nous permet de mieux décrire les motifs de recours de la population rencontrée et les problèmes de santé repérés par les médecins. Les patients consultent en premier lieu pour des affections ostéoarticulaires (16 % des recours), respiratoires (près de 16 %) ou digestives (15,5 %). L'analyse détaillée des motifs de consultation met en évidence l'importance des symptômes et plaintes digestives (près de 11 % des motifs) et des symptômes et plaintes ostéoarticulaires (environ 8 %), ainsi que de la toux (environ 6 %).

Les résultats de consultation mentionnés par les médecins mettent en évidence les pathologies respiratoires (17 % des résultats), digestives (16 %) et ostéoarticulaires (16 %), mais aussi psychologiques (près de 13 %).

Une analyse plus fine à partir des items regroupés de la CISP montre que **l'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquemment diagnostiquée (plus de 7 % des résultats de consultation), suivie des infections des voies respiratoires supérieures (environ 7 %) et des troubles anxieux (6 %).**

Dans la moitié des consultations où un diagnostic a pu être posé, l'état de santé des patients nécessitait une prise en charge à moyen ou long terme d'au moins 6 mois. Les pathologies les plus fréquemment en cause sont l'hypertension artérielle, le diabète, certaines affections du système locomoteur, des syndromes dépressifs... Des affections nécessitant une prise en charge de courte durée sont diagnostiquées dans environ 40 % des consultations. Il s'agit majoritairement de pathologies infectieuses. Les patients nécessitant un suivi au long cours reviennent souvent plusieurs fois à MDM. Ce sont plus fréquemment des femmes, des étrangers ou des patients âgés. Dans près de la moitié des consultations concernant des patients en logement précaire, sans logement ou sans couverture maladie, une prise en charge de moyen ou long terme devait être mise en œuvre.

Les troubles psychologiques motivent environ 11 % des recours (6^e rang des motifs) et sont mentionnés dans près de 13 % des résultats de consultation (4^e rang). Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux et de stress (48 % des affections psychiques), parfois de syndromes dépressifs (23 %), plus rarement de pathologies psychiatriques lourdes (psychoses : 7 %). Ces troubles sont plus souvent rapportés lorsqu'il s'agit de patients français, sans logement ou en logement précaire, vivant seuls et plutôt dans la classe d'âge des 30-44 ans. Parmi les patients étrangers, nous retrouvons ces troubles deux fois plus souvent chez les demandeurs d'asile.

Dans près du quart des consultations où un diagnostic a pu être posé, les patients souffraient d'une pathologie à potentiel de gravité (4 016 consultations). Ces affections sont dominées par des pathologies cardiovasculaires et le diabète.

Deux profils de patients plus souvent concernés par ces pathologies émergent :

- les affections les plus liées à l'âge sont logiquement majorées chez les plus âgés, les femmes semblent plus souvent touchées,
- les autres affections (infectieuses (hors VIH et hépatite C), traumatismes, PTSD...) sont plus fréquemment rapportées chez les hommes, les 18-44 ans, les étrangers, les patients qui n'ont pas de logement fixe.

Des pathologies graves enfin sont mentionnées dans plus de 20 % des consultations concernant des patients sans droits ouverts à la couverture maladie.

Un retard de recours aux soins a été mentionné dans 11 % des consultations délivrées en 2007. Dans 8 % des consultations, l'état de santé des patients justifiait une ouverture immédiate des droits à la couverture maladie. Le retard de recours aux soins est plus fréquent lorsque la couverture maladie fait défaut ou lorsqu'elle est incomplète (uniquement couverture de base). Il est plus fréquemment rapporté chez les patients adultes, en difficulté de logement et vivant seuls. Les étrangers en situation administrative précaire apparaissent plus souvent concernés par ce problème.

L'état bucco-dentaire des patients rencontrés à MDM est dégradé. Près de 5 000 consultations dentaires ont été dispensées en 2007 pour un peu plus de 2 200 patients différents. L'indice CAO, égal à 10,7, a pu être calculé pour le tiers des consultants. Il témoigne d'un état bucco-dentaire dégradé parmi les patients de MDM. Les comparaisons avec les données en population générale reflètent cette situation dégradée, tout particulièrement chez les patients de 50 ans et plus qui comptent en moyenne 11,4 dents absentes contre 2,3 en population générale.

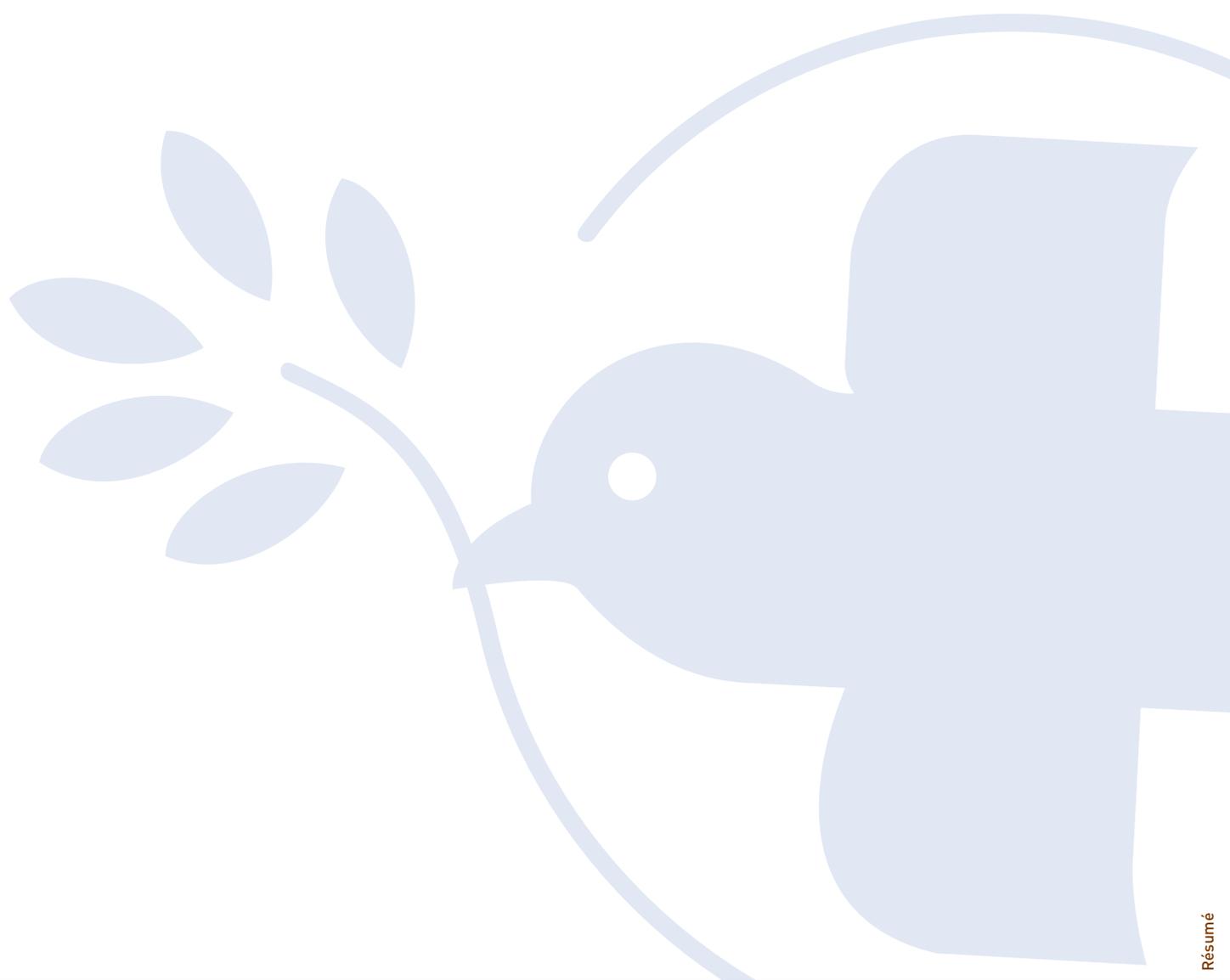
Comme chaque année, l'analyse globale descriptive des patients reçus dans les Caso se double de focus populationnels, afin d'en repérer les spécificités. Il s'agit des femmes, des mineurs, des Français, des personnes concernées par une demande d'asile, des personnes en situation administrative précaire, des jeunes de 16 à 24 ans, des sans-domicile, des personnes âgées de 60 ans et plus, mais aussi des Européens et des anciens patients qui reviennent à Médecins du Monde. Nous avons poursuivi cette année la description des personnes originaires d'Union européenne, dont les inactifs pauvres sont considérés par la France comme étant en situation irrégulière. Nous restons attentifs aux raisons qui font que les anciens patients qui reviennent à Médecins du Monde ne trouvent pas le chemin des structures de droit commun. Les points essentiels sont repris au début de chaque chapitre.

Par ailleurs, une présentation des données par centre nous permet d'observer la diversité des populations reçues dans les différents Caso.

Un chapitre est consacré **aux principales évolutions depuis 2000 des patients reçus dans les Caso.**

Nous présentons les missions mobiles de proximité, qui représentent 90 des 112 programmes, et faisons un focus sur certaines d'entre elles, tout au long du rapport, grâce aux recueils de données mis en place et aux témoignages recueillis sur le terrain : la mission Saturnisme de la mission Banlieue ; la veille sanitaire auprès des travailleurs agricoles de Berre ; la mission auprès des populations précaires à Mayotte où ni la CMU ni l'AME ne sont prévues ; la mission Santé mentale de proximité à Marseille ; le Lotus bus, programme de promotion de la santé auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris, avec notamment les résultats d'une enquête ponctuelle menée auprès de 93 personnes ; les missions auprès des Rroms en Île-de-France, à Lyon, Strasbourg, Marseille et Nantes, avec en particulier le programme périnatalité auprès des femmes Rroms en Île-de-France ; la mission Cafda auprès des familles demandeuses d'asile à Paris ; l'action médico-sociale auprès des personnes migrantes en transit dans le Nord-Pas-de-Calais et les missions auprès des personnes vivant à la rue, avec un focus cette année sur la mission de Lyon au sein de la Péniche et des lits de repos.

La Mission France de Médecins du Monde continue d'apporter les premiers soins indispensables à ce public vulnérable, mais aussi à pointer les difficultés d'accès aux soins rencontrées sur le terrain au quotidien. L'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France est un outil majeur pour maintenir la vigilance de l'ensemble des acteurs socio-sanitaires de notre pays. Il est surtout le témoin des souffrances endurées par les personnes que nous rencontrons au quotidien.





2007 en chiffres

La Mission France est sur le terrain au travers de **112** programmes dans **29** villes et mobilise, toutes actions confondues, **2 039** bénévoles.

Elle compte **54** salariés avec **43,87** équivalents temps plein présents.

Les salariés représentent **2,7 %** des équipes mobilisées.

22 Centres d'accueil, de soins et d'orientation¹

24 092 patients reçus dont **16 573** nouveaux patients

lors de **54 698** passages (consultations médicales, dentaires, sociales, psychologiques...)

33 070 consultations médicales pour **16 690** patients différents et **4 964** consultations dentaires pour **2 223** patients différents

49 % des patients ont été vus une seule fois par le médecin

89 % des patients sont étrangers et **11 %** sont français

58 % des patients étrangers sont en France depuis moins d'un an, **25 %** sont en France depuis plus de 3 ans

58 % vivent dans des logements précaires ou à la rue, **23 %** sont sans logement

100 % vivent sous le seuil de pauvreté

80 % n'ont aucune couverture maladie, alors qu'ils y ont droit

100 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins dans **24** villes,

dont **20** actions auprès des personnes sans domicile, en tournées de rue ou en squats

6 programmes auprès des Rroms, **3 734** consultations médicales

5 programmes auprès de personnes se prostituant, **10 300** contacts de prévention comptabilisés

6 missions Rave : **137** interventions pour plus de **29 000** contacts et entretiens de prévention en milieu festif

1 mission XBT (analyse de drogues), **50** échantillons ont été collectés et analysés

1 programme de rue et squats avec échange de seringues (Angoulême) a réalisé près de **600** contacts pour plus de **36 679** seringues distribuées (taux de retour de **72 %**)

1. Nous disposons de données chiffrées en 2007 pour 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation.

La mission France et sa diversité en 2007



L'année 2007 a vu l'ouverture d'un nouveau Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) à Lorient, ce qui porte à 22 le nombre de centres de Médecins du Monde.

22 Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation



Ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins, les 22 Caso mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui accueillent les patients sans imposer de contraintes de rendez-vous.

En 2007, 21 Caso² ont reçu 24 092 patients différents auprès desquels sont intervenus accueillants, médecins, dentistes, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues... lors de 54 698 passages.

Les centres ont effectué 33 070 consultations médicales pour 16 690 patients différents et 4 964 consultations dentaires pour 2 223 patients différents.

2. Le Caso de Lorient a ouvert ses portes en octobre 2007. Nous ne disposons pas de données saisies en 2007.

C'est en observant la diversité des populations reçues et grâce au nombre important de données recueillies que s'établit la validité du témoignage de la Mission France.

Le tableau 1, page suivante, détaille la proportion par centre de différents groupes de population. On repère ainsi les spécificités de chaque centre, notamment en lien avec les actions mobiles menées dans la ville. Certains centres ont vu cette année un changement important de populations.

Valenciennes voit une nouvelle population émerger en 2007, elle reçoit plus de jeunes, étrangers et demandeurs d'asile.

C'est à Nantes, Lyon et Cayenne que nous voyons le plus de femmes (plus de 50 %). A noter que la part des femmes a augmenté à Valenciennes (40,3 % vs 32,0 % en 2006), à Ajaccio (26,1 % vs 18,1 % en 2006) et dans une moindre mesure à Montpellier (44,2 % vs 39,0 % en 2006).

Comme en 2006, c'est à Saint-Denis, Nice, Cayenne, Paris et Bordeaux que nous voyons la plus forte proportion d'étrangers (au-delà de 90 %).

Saint-Denis (93), Bordeaux et Lyon reçoivent une part importante de ressortissants communautaires.

Si d'une manière globale les pays les plus représentés sont la Roumanie, l'Algérie et la France, nous observons cette année une baisse importante des personnes originaires de Roumanie (14,8 % vs 21,6 % en 2006) provenant essentiellement du Caso de Saint-Denis (32,1 % vs 55,8 % en 2006).

Toutefois, il est à noter que dans les centres de Marseille, Nancy, Nice, Rouen, Strasbourg et Valenciennes, la Roumanie apparaît pour la première fois dans la liste des trois nationalités les plus représentées.

Angers et Le Havre reçoivent toujours une part importante de personnes originaires du Soudan avec notamment une augmentation à Angers (de 11,3 % en 2006 à 23,5 % en 2007).

La part des personnes originaires de Bulgarie augmente à Bordeaux (21,9 % vs 15,7 % en 2006). Il en est de même pour la part des personnes originaires du Brésil à Cayenne (21,4 % vs 9,5 % en 2006).

Saint-Denis voit une augmentation de personnes originaires de Moldavie (15,4 % vs 6,5 % en 2006) et l'émergence d'une nouvelle nationalité dans les plus représentées : l'Ukraine.

Nice accueille toujours 10 % de Capverdiens, les Philippines quant à elles ont disparu du le trio de tête, laissant place à la Roumanie.

Marseille reçoit toujours plus de 30 % de personnes originaires d'Algérie, les Comores ont cependant disparu des trois nationalités les plus représentées pour laisser place à la Roumanie.

La part globale des Français est quasi égale à celle de l'année dernière (11,3 % vs 10,3 % en 2006) mais reste importante, voire augmente, dans certains centres. Les centres de Pau et d'Aix-en-Provence continuent de recevoir plus de 50 % des Français. A noter une baisse importante de la part des Français cette année à Valenciennes (47,1 % vs 64,0 % en 2006) et dans une moindre mesure à Ajaccio, Besançon et Toulouse.

La part des demandeurs d'asile a augmenté par rapport à 2006 (26,2 % vs 19,3 %). La plus forte proportion de demandeurs d'asile parmi les étrangers se retrouve à Angers, Pau et surtout Valenciennes.

La proportion de mineurs rencontrés est plus importante dans les villes de Cayenne, Lyon et Valenciennes. Pour Nancy, on constate une baisse de la proportion des mineurs (10,5 % vs 15,8 % en 2006). Nous retrouvons les jeunes de 16-24 ans surtout à Rouen, Valenciennes et Saint-Denis.

Les centres de Besançon, Marseille et Ajaccio continuent à voir, contrairement aux autres centres, le plus de personnes âgées. A noter cette année une augmentation de la part des personnes âgées à Nantes (12,8 % vs 8,8 % en 2006) et à Nancy (17,1 % vs 8,6 % en 2006).

C'est à Saint-Denis, Strasbourg et Angers que le besoin d'une domiciliation est le plus important (jusqu'à 90 %).

Enfin, notons dans les pathologies observées le cas de Pau avec 49,7 % de diagnostics psy.

Tableau 1 : Proportion par centre des différents types de population

-- : données non recueillies ⁽¹⁾ C'est sur la base des dossiers sociaux que les statistiques concernant les caractéristiques sociales et l'accès aux soins sont calculées. ⁽²⁾ Fréquence parmi les étrangers. Il s'agit des personnes qui sont concernées par une demande d'asile (demande à déposer, demande déjà déposée, demande en cours d'instruction, recours en cours, réfugié(e) ou débouté(e)). ⁽³⁾ Taux de réponses calculés sur la base du nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale (16 690 patients). ⁽⁴⁾ Résultats issus de l'utilisation de la Classification Internationale des Soins de santé Primaire (CISP)

Centres	Nb de cs méd. (y compris dentaires)	Nb de pers. pr lesquelles un dossier social a été renseigné ⁽¹⁾	Hommes	Femmes	Français	Étrangers	Age médian	Besoin d'une domiciliation	Situation vis-à-vis de la domiciliation			Les nationalités les plus représentées (%)	Personnes âgées de + de 60 ans	Jeunes 16-24 ans	Mineurs	Ressortissants de l'UE (hors France)	Demandeurs d'asile ⁽²⁾	Sans domicile	Part des patients vus qu'une seule fois en cs médicale ⁽³⁾	Les résultats de consultations ⁽⁴⁾ (%)
									CCAS	Assoc.	Pas de domicil.									
Aix-en-Provence	551	168	70.7	29.3	54.1	45.9	35	65.4	3.5	63.2	33.3	France (54,1), Roumanie (12,6), Algérie (9,4)	5.5	16.5	6.7	23.9	8	61.6	52.1	digestif (21,4), respiratoire (21,4), psychologique (18,3)
Ajaccio	340	76	73.9	26.1	31.2	68.9	43	---	---	---	---	France (31,1), Tunisie (18,0), Maroc (11,5)	19.7	9.8	3.3	24.6	---	34.6	54.8	psychologique (24,9), ostéoarticulaire (20,0), digestif (13,4)
Angers	394	248	65.3	34.7	15.2	84.8	29	67.2	0.8	75.6	23.5	Soudan (23,5), France (15,2), Russie (8,6)	3.7	19.9	17	2.5	76.8	31.1	74.7	respiratoire (26,3), digestif (21,6), ostéoarticulaire (16,3)
Besançon	198	80	55	45	22.4	77.6	43.5	17	30	20	50	Algérie (32,9), France (22,4), Maroc (6,6)	30	20	1.4	0	29.6	5.1	60	cardiovasculaire (29,8), ostéoarticulaire (18,6), digestif (14,9)
Bordeaux	2 161	948	57	43	8.1	91.9	33	46.2	9.7	40.1	50.1	Bulgarie (21,9), Algérie (12,7), Maroc (11,8)	8.6	16.8	8.5	33.1	41.4	24.2	38.6	ostéoarticulaire (20,0), respiratoire (18,8), digestif (18,0)
Cayenne	755	521	49.1	50.9	6.3	93.7	30	48.9	1	55.4	43.6	Guyana (22,6), Brésil (21,4), Pérou (16,8)	2.1	17.6	19.3	1.2	37.5	13.6	43.5	peau (27,4), digestif (19,2), respiratoire (12,8)
Grenoble	1 034	464	55.4	44.6	17.4	82.6	31	54.1	9.1	42.4	48.5	Algérie (27,1), France (17,4), Roumanie (8,8)	7.7	16.9	15.8	13.9	51.2	27.7	52.9	digestif (19,6), respiratoire (19,2), ostéoarticulaire (13,6)
Le Havre	214	191	62.8	37.2	23.2	76.8	32	57.5	0	93	7	France (23,2), Algérie (13,0), Soudan (11,4)	5.1	18.3	8.6	1.6	57.4	32.6	66.7	ostéoarticulaire (31,2), digestif (19,8), psychologique (16,7)
Lyon	3 128	1 518	48.5	51.5	15.2	84.8	30	46.3	0.9	69	30.1	Roumanie (27,7), France (15,2), Algérie (12,7)	6.9	19.4	20	31.6	38	40.9	57.5	respiratoire (20,0), ostéoarticulaire (14,2), digestif (13,4)
Marseille	5 982	2 661	63.8	36.2	14.2	85.8	36	34.6	5.6	26.9	67.5	Algérie (35,6), France (14,2), Roumanie (10,7)	12.8	13.1	10.4	14.8	18.2	30.5	43.3	respiratoire (16,2), digestif (15,04), ostéoarticulaire (13,9)
Montpellier	771	404	55.8	44.2	30.5	69.5	30	32.7	2.8	53.3	43.9	France (30,5), Maroc (17,3), Algérie (12,0)	6	18.6	12.2	12.2	24.7	33.2	60.2	respiratoire (21,8), digestif (19,2), peau (17,3)
Nancy	1 132	306	55.2	44.8	27.3	72.7	34	21.3	1.7	54.4	43.9	France (27,3), Algérie (16,4), Roumanie (12,8)	17.1	16.4	10.5	17.1	26.4	6.6	46.8	digestif (22,1), cardiovasculaire (21,6), ostéoarticulaire (19,6)
Nantes	439	247	46.9	53.1	20.5	79.5	36.5	36.3	12.2	46.3	41.5	France (20,5), Algérie (14,6), Roumanie (12,1)	12.8	17.4	3.7	13.8	41.4	21	65.5	psychologique (22,9), ostéoarticulaire (18,0), digestif (13,5)
Nice	4 128	2 823	51.8	48.2	4.8	95.2	32	17.9	10.7	48.6	40.7	Tunisie (15,0), Roumanie (10,3), Cap Vert (10,0)	4.3	15.3	10.3	17.7	22.1	10	44.7	respiratoire (17,5), ostéoarticulaire (15,5), digestif (14,4)
Paris	6 330	2 559	54.8	45.2	7.7	92.3	35	32.4	1.7	30.4	67.9	Cameroun (15,0), Algérie (10,3), France (7,7)	9.5	13.9	5.4	6.1	25.5	18.2	46.2	digestif (17,3), ostéoarticulaire (17,2), psychologique (16,8)
Pau	575	116	69.8	30.2	62.1	37.9	35	52.5	3.8	13.5	82.7	France (62,1), Maroc (6,0), Pologne (5,2)	2.6	16.4	3.5	14.7	73.3	50.9	54.1	psychologique (49,7), digestif (12,7), peau (12,7)
Rouen	923	435	58.7	41.3	34.3	65.7	30	35.7	2	70	28	France (34,3), Algérie (10,3), Roumanie (7,0)	5.3	22.9	11.1	9.6	65.3	27.5	64.4	respiratoire (19,3), digestif (19,1), peau (17,1)
Saint-Denis	4 817	3 835	51.2	48.8	0.3	99.7	32	89.9	0.1	1.9	98	Roumanie (32,1), Moldavie (15,4), Ukraine (6,3)	4.4	20.1	5.2	33.3	9.7	18.4	52.4	ostéoarticulaire (19,0), digestif (17,4), respiratoire (14,2)
Strasbourg	2 396	412	63.3	36.7	12.4	87.6	35	71.6	0.5	4.5	92	Algérie (21,8), Roumanie (14,1), France (12,4)	7.6	11.3	7.6	24.3	46.8	41.1	27.8	ostéoarticulaire (17,2), respiratoire (16,0), psychologique (14,9)
Toulouse	696	475	66.5	33.5	25.4	74.6	36	43.3	10.8	21.6	67.6	France (25,4), Algérie (18,5), Roumanie (8,2)	10.7	13.5	3.3	18	35.4	38.7	50.1	respiratoire (22,5), ostéoarticulaire (18,5), peau (13,5)
Valenciennes	1 070	314	59.7	40.3	47.1	52.9	27	61.5	12.5	87.5	0	France (47,1), Roumanie (28,8), Algérie (10,5)	3.6	21.7	23	30.3	88.2	34.8	46.4	respiratoire (28,6), psychologique (17,6), digestif (13,8)
Ensemble des centres	38 034	18 801	55.4	44.6	11.3	88.7	33	48.3	2.6	24.2	73.2	Roumanie (14,8), Algérie (13,4), France (11,3)	7.4	16.7	9.5	19.9	26.2	23.3	49.3	respiratoire (17,1), digestif (16,3), ostéoarticulaire (16,1)

82 actions mobiles de proximité dans 24 villes

Ces programmes sont destinés à aller à la rencontre des personnes qui ne peuvent, sans aide préalable, avoir un accès aux soins. Ces actions ont privilégié un certain nombre de populations en butte à des difficultés particulières : enfants victimes de saturnisme, Roms Tsiganes, gens du voyage, personnes sans abri, personnes se prostituant, demandeurs d'asile, migrants, etc. L'objectif est de se rendre sur leurs lieux de vie afin de restaurer l'accès à la prévention et aux soins mais également de garantir un accès aux droits fondamentaux, trop souvent bafoués.

- **Personnes à la rue (tournées de rue ou squats) (20)** : Ajaccio, Angoulême, Bordeaux, Calais, Grenoble, Le Havre, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris (2), Poitiers, Saint-Denis de la Réunion, Strasbourg, Toulouse, Valenciennes.
- **Consultations en partenariat avec/dans d'autres associations, foyers, centres d'hébergement (21)** : (Restos du cœur, Armée du salut, boutiques Abbé-Pierre, Secours catholique, Aides, Emmaüs, Unadev...) : Bordeaux (2), Grenoble (2), Le Havre, Lyon, Mayotte, Metz (2), Montpellier, Nancy (3), Nantes (2), Nice, Toulouse (3), Valenciennes (2).
- **Roms Tsiganes/Veilles Sanitaires (6)** : mission Banlieue Île-de-France, Calais/Dunkerque, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg.
- **Roms Tsiganes /Périnatalité (1)** : mission Banlieue Île-de-France.
- **Gens du voyage (2)** : Angoulême, Rouen.
- **Saturnisme infantile (2)** : Mission Banlieue Île-de-France, Toulouse.
- **Parrainage d'enfants isolés dans les hôpitaux (2)** : Paris - région Île-de-France, Cayenne.
- **Personnes se prostituant (5)** : Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers, Rouen.
- **Accès aux soins des anciens combattants marocains (1)** : Bordeaux.
- **Veille sanitaire auprès des travailleurs agricoles précaires (1)** : Marseille (Etang de Berre).
- **Promotion de la santé dans les cités - quartiers (2)** : Toulouse, Cayenne.
- **Equipe mobile santé mentale (1)** : Marseille.
- **Séances de prévention collectives, dépistage du VIH/IST/hépatites en foyers (2)** : Metz, Toulouse.
- **Permanence médicale auprès de demandeurs d'asile (3)** : Le Havre, Metz, Paris (Cafda).
- **Atelier thérapeutique auprès des enfants (1)** : Poitiers.
- **Lits halte soins santé³ (4)** : Bordeaux, Grenoble, Lyon, Strasbourg.
- **Informations, prévention dans les écoles, collèges et auprès de professionnels (7)** : Bordeaux, Grenoble, Le Havre, Marseille, Nancy, Nantes, Strasbourg.
- **Accompagnement social auprès des femmes enceintes (1)** : Bordeaux.

8 actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues

Ces programmes ont pour objectif d'aller au devant des usagers de produits psychoactifs pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues. Fin 2006 et tout début 2007, trois programmes d'échange de seringues et les deux bus méthadone de Médecins du Monde se sont autonomisés dans des associations indépendantes. En 2007, les actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues sont les suivantes :

- **Missions Rave (6)** : Bayonne, Méditerranée (Marseille et Nice), Montpellier, Nantes, Paris, Toulouse. Elles interviennent en milieu festif techno avec un dispositif comportant plusieurs volets : accueil et prévention (mise à disposition d'outils de prévention et de réduction des risques) ; soin (espace infirmier et médical) en articulation avec les dispositifs médicaux en place ; réassurance (espace d'apaisement, lieu d'accueil et de diagnostic des décompensations), analyse de drogues via la CCM⁴, seule pratique désormais autorisée par la loi. La mission Rave de Paris a également un volet d'activité en squats.
- **Programme d'échange de seringues (1)** : Angoulême, en partenariat avec l'association Aides. Ce programme est mené par une équipe réalisant un travail dans un local d'accueil mais aussi, grâce à une unité mobile (camionnette) dans la rue et dans les squats d'Angoulême pour aller au devant des usagers de drogues. L'équipe délivre des messages et distribue du matériel de prévention.
- **Mission XBT (1)** : c'est une mission transversale sur laquelle s'appuient les équipes des missions Rave ; elle a pour objectif l'analyse des produits sur site (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire.

3. Désengagement en cours des équipes.

4. Chromatographie sur couche mince.

Qui sont les patients reçus dans les Caso ?



Les résultats présentant le profil et les caractéristiques sociales des patients ont été établis sur la base de l'ensemble des dossiers sociaux renseignés au cours de l'année 2007, soit 18 801 patients (dont 1 235 dossiers réactualisés)⁵.

1. Sexe, âge, nationalité et durée de résidence

Les points essentiels

- 55 % des 18 801 consultants de 2007 sont des hommes, 45 % des femmes.
- L'âge moyen des patients est de 34,6 ans, 9,5 % sont mineurs, 7,5 % ont 60 ans et plus. Les femmes sont en proportion plus nombreuses parmi les moins de 25 ans et au-delà de 55 ans.
- 9 consultants sur 10 sont étrangers, en provenance essentiellement du Maghreb (24 % des patients), d'Afrique subsaharienne (23 %), d'Union européenne (20 %). 4 pays regroupent près de 40 % des patients : la Roumanie (environ 15 % des patients), l'Algérie (13 %), la France (11 %) et le Maroc (6 %). 58 % des étrangers résident en France depuis moins d'un an, 30 % depuis moins de 3 mois.

1.1. Sexe et âge

La répartition des consultants selon le sexe témoigne toujours d'une surreprésentation des hommes par rapport aux femmes (respectivement 55,4 % et 44,6 %)⁶. Cependant, ces moyennes cachent de fortes disparités selon les centres. En effet, à Ajaccio, Aix-en-Provence et Pau, la proportion d'hommes avoisine les 70 %, tandis qu'à Cayenne, Lyon et Nantes, les femmes représentent plus de la moitié de la population reçue.

L'âge moyen des patients est de 34,6 ans (âge médian 33 ans) comparable chez les hommes (34,8 ans) et chez les femmes (34,3 ans)⁷. Là encore, il existe des variations selon les centres : Ajaccio et Besançon reçoivent une population dont l'âge médian est environ 43 ans ; le centre de Valenciennes a, quant à lui, vu sa population rajeunir, puisque l'âge médian est 27 ans.

La classe d'âge la plus représentée est celle des jeunes adultes (25-34 ans) qui rassemble 3 consultants sur 10 (tableau 2).

Notons par ailleurs que les 60 ans et plus représentent cette année 7,5 % des patients, proportion qui est en augmentation par rapport à l'année 2006 (6 %)⁸.

5. Un dossier social est renseigné pour tout nouveau patient ou réactualisé pour tout ancien patient qui n'était pas revenu à Médecins du Monde depuis plus de 2 ans (ou depuis 2000, date de création de l'Observatoire avec la mise en place de nouveaux dossiers).

6. Taux de réponses Sexe : 99,7 %

7. Taux de réponses Age : 98,8 %

8. Une partie entière du rapport sera consacrée, pour la troisième année consécutive, à cette classe d'âge.

Tableau 2 : Répartition par âge des consultants

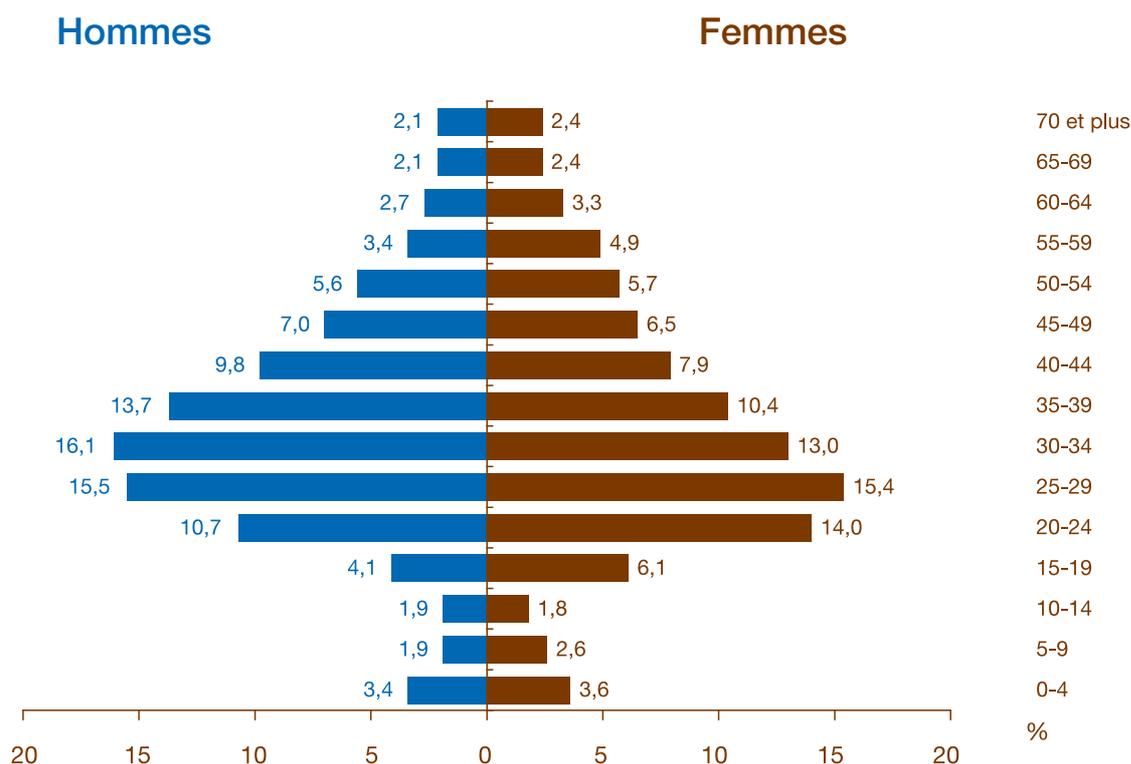
Classes d'âge	%	n
0-4 ans	3,5	645
5-9 ans	2,2	414
10-14 ans	1,8	344
15-19 ans	5,0	924
20-24 ans	12,2	2 260
25-29 ans	15,4	2 868
30-34 ans	14,7	2 731
35-39 ans	12,2	2 276
40-44 ans	9,0	1 666
45-49 ans	6,8	1 262
50-54 ans	5,6	1 050
55-59 ans	4,1	753
60-64 ans	3,0	549
65-69 ans	2,2	413
70 ans et plus	2,3	418

La proximité des moyennes d'âge entre les hommes et les femmes masque cependant d'importantes disparités (figure 1).

En effet, les femmes sont en proportion sensiblement plus nombreuses parmi les moins de 25 ans et tout particulièrement parmi les 15-24 ans, elles sont également plus représentées au-delà de 55 ans.

A l'inverse, 4 hommes sur 10 ont entre 30 et 44 ans contre environ 3 femmes sur 10.

Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe



Autour de 10 % depuis plusieurs années, la part des patients mineurs est de 9,5 % en 2007, légèrement plus élevée chez les patients de sexe féminin (10,3 % vs 8,9 %) mais proche chez les Français et les étrangers (respectivement 8,8 % et 9,2 %).

Environ 40 % des mineurs de nationalité française sont reçus dans deux Caso : Marseille et Lyon.

Les patients mineurs sont souvent très jeunes, 45 % sont âgés de moins de 7 ans (tableau 3). La part des très jeunes mineurs comme on peut le noter est beaucoup plus élevée chez les Français que chez les étrangers.

On constate enfin que seul un tiers des enfants de moins de 6 ans (32 %) sont suivis par les services de la PMI, légèrement plus souvent les jeunes Français (37 %) que les jeunes étrangers (31 %)⁹.

Tableau 3 : Répartition des patients mineurs selon l'âge et la nationalité (% en colonne)

Age	Ensemble des mineurs		Mineurs français		Mineurs étrangers	
	%	n	%	n	%	n
0-6 ans	45,1	749	67,8	122	42,3	627
7-12 ans	25,6	426	13,9	25	27,1	401
13-17 ans	29,3	486	18,3	33	30,6	453

Si on peut concevoir que des étrangers primo arrivants ne connaissent pas le système des PMI, il est difficile de comprendre pourquoi tant d'enfants français de moins de 6 ans fréquentent les centres de Médecins du Monde.

1.2. Les nationalités

En 2007, près de 9 consultants sur 10 sont de nationalité étrangère (tableau 4), proportion qui reste tout à fait stable depuis plusieurs années¹⁰.

Cette stabilité générale masque par ailleurs quelques variations concernant la population française. En effet, les centres comme ceux d'Aix-en-Provence ou de Pau, qui reçoivent traditionnellement une proportion importante de Français, voient cette année encore augmenter la part des Français au sein de la file active. C'est également le cas du centre de Lyon qui voit (ré)apparaître la population française dans sa salle d'attente. En revanche, le centre de Valenciennes qui recevait une part importante de Français en 2006 (64,1 %), ne reçoit plus « que » 47 % de Français en 2007.

Un suivi attentif des « variations » de population doit permettre d'en comprendre les raisons : mise en place des franchises, augmentation de la précarité, populations non ou mal couvertes par les complémentaires santé, effet de seuil... ?

La diversité des origines reste très importante, **145 nationalités différentes sont représentées parmi les consultants** (annexe 5), ce qui laisse présager la multitude de langues parlées et les éventuels besoins de traducteurs, mais aussi la nécessité d'intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge.

Le groupe continental le plus représenté est le Maghreb, avec près d'un patient sur 4 qui en est originaire, suivi de près par l'Afrique subsaharienne, qui regroupe 23 % des consultants.

Viennent ensuite les ressortissants de l'Union européenne (hors France), environ 20 % des patients, et d'un pays européen hors Union européenne (12 %).

En intégrant la France, l'Union européenne représente en fait 31,2 % des patients rencontrés.

9. Taux de réponses Suivi PMI : 62,4 %.

10. Taux de réponses Nationalité : 97,8 %.

Tableau 4 : Répartition des patients selon la nationalité (% en colonne)

	Ensemble des patients		Hommes		Femmes	
	%	n	%	n	%	n
Français	11,3	2 087	13,6	1 377	8,5	701
Etrangers	88,7	16 306	86,4	8 769	91,5	7 505
Groupes continentaux						
Maghreb	23,9	4 390	28,4	2 885	18,3	1 498
Afrique subsaharienne	23,2	4 260	18,8	1 911	28,5	2 338
Union européenne (hors France)	19,9	3 653	17,9	1 815	22,3	1 830
Europe (hors UE)	12,0	2 202	11,5	1 170	12,6	1 030
France	11,3	2 087	13,6	1 377	8,5	701
Océanie et Amériques	4,1	762	3,3	333	5,2	429
Asie	3,2	587	2,5	248	4,1	335
Proche et Moyen-Orient	2,4	447	4,0	403	0,5	44
Les nationalités les plus représentées⁽¹⁾						
Roumanie	14,8	2 716	12,2	1 241	17,9	1 470
Algérie	13,4	2 456	15,6	1 584	10,6	871
France	11,3	2 087	13,6	1 377	8,5	701
Maroc	5,8	1 062	5,9	599	5,6	460
Tunisie	4,2	768	6,3	635	1,6	131
Cameroun	4,1	755	2,6	261	6,0	493
Moldavie	3,5	642	3,2	322	3,9	320
Comores	2,5	458	1,9	188	3,3	270
Bulgarie	2,3	415	2,2	224	2,3	190
Russie-Tchéchénie	2,1	386	1,8	183	2,5	202
Mali	2,0	373	2,0	427	2,1	171
Cap-Vert	2,0	368	1,1	116	3,1	251
Congo-Brazzaville	2,0	373	1,6	158	2,6	213
Egypte	1,5	284	2,7	275	0,1	9

⁽¹⁾ Les 10 nationalités les plus représentées sont signalées en gras

Sur le plan des nationalités, 4 pays regroupent près de 40 % des consultants (figure 2) : il s'agit en premier lieu de la Roumanie (14,8 % des patients), suivie de l'Algérie (13,4 %), de la France (11,3 %) et du Maroc (5,8 %).

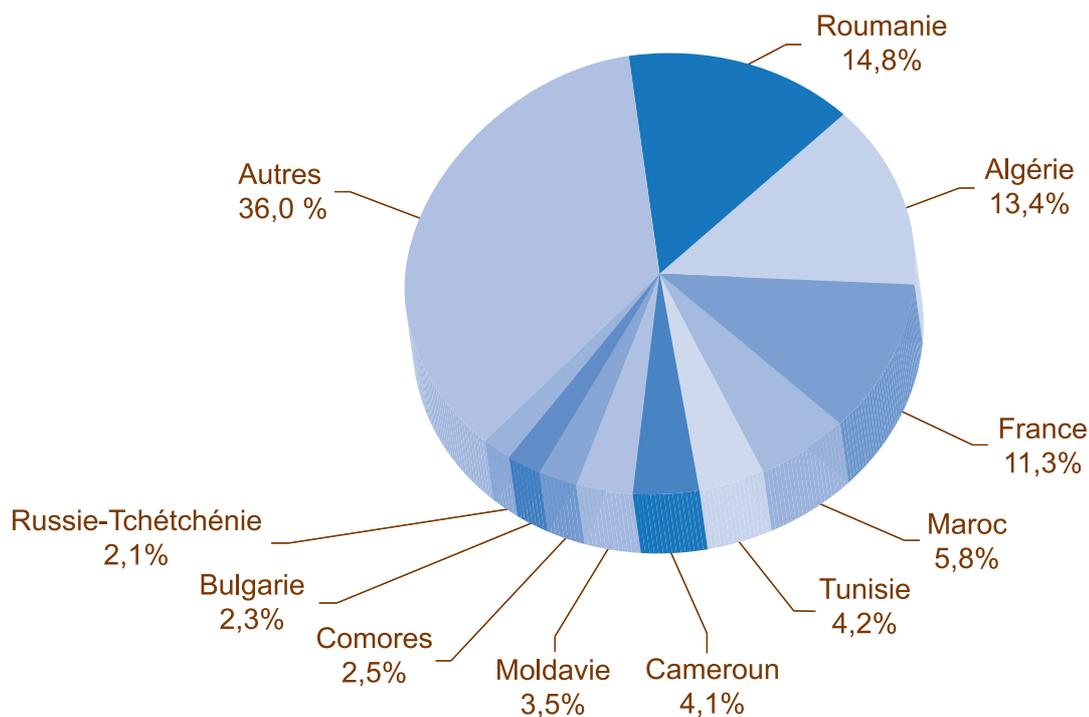
La répartition des patients par nationalité varie très nettement selon le sexe. On note d'emblée que les hommes comptent une part plus élevée de patients français que les femmes (13,6 % vs 8,5 %). Les hommes français qui viennent consulter dans les centres sont pour la grande majorité d'entre eux très marginalisés, le plus souvent à la rue.

Toujours chez les hommes, les ressortissants du Maghreb dominent assez largement, avec plus de 28 % des consultants (principalement d'Algérie).

Chez les femmes au contraire, les personnes en provenance d'Afrique subsaharienne sont les plus nombreuses (elles proviennent en majorité du Cameroun, des Comores, du Cap-Vert, du Congo-Brazzaville et du Mali). Les ressortissants d'Union européenne (essentiellement de Roumanie) sont également plus représentés parmi les femmes.

Une partie spécifique de ce rapport sera consacrée aux évolutions les plus marquantes de ces dernières années. Notons cependant que le groupe continental de l'Union européenne (hors France) représente désormais près de 20 % des patients alors qu'il ne regroupait en 2006 que 3 % des patients. Cela est bien sûr à mettre en lien avec l'intégration de la Bulgarie et de la Roumanie dans l'UE depuis le 1^{er} janvier 2007.

Figure 2 : Les nationalités les plus représentées parmi les consultants



1.3. La durée de résidence des patients étrangers

Les patients étrangers reçus dans les centres de MDM, pour nombre d'entre eux, séjournent en France depuis peu de temps : 1 sur 3 se trouve en France depuis moins de 3 mois, 58 % depuis moins d'un an (tableau 5)¹¹.

A l'autre extrémité, près de 4 000 d'entre eux, soit le quart des étrangers, résident sur le territoire depuis au moins 3 ans.

On observe que les femmes globalement sont arrivées en France plus récemment que les hommes : environ 64 % d'entre elles depuis moins d'un an contre 53 % des hommes. Ces derniers sont en revanche trois fois plus nombreux à vivre en France depuis au moins 10 ans (7 % vs 2 % des femmes).

Tableau 5 : Durée de résidence en France des patients étrangers

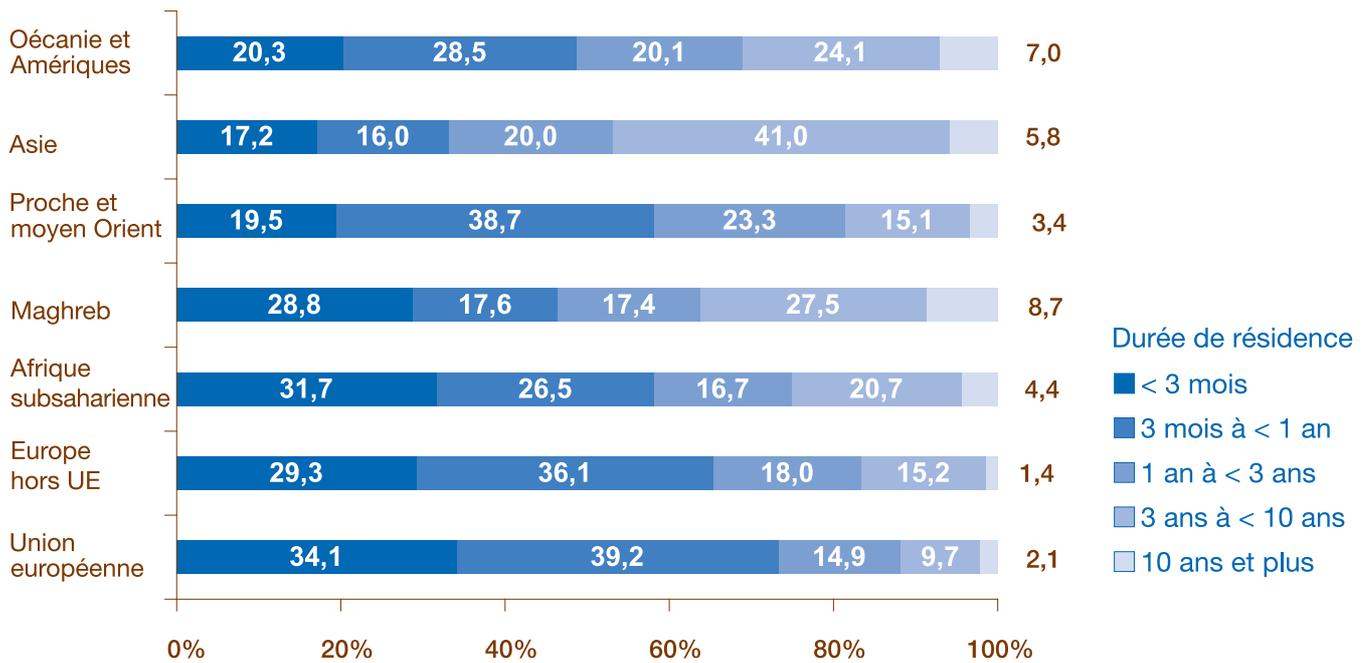
Durée de résidence	%	n
Moins de 3 mois	29,7	4 614
3 mois à 1 an	28,2	4 378
1 an à 3 ans	17,1	2 665
3 ans à 10 ans	20,2	3 131
10 ans et plus	4,8	745

Mais les variations les plus importantes de la durée de résidence s'observent lorsque l'on considère l'origine des consultants (figure 3).

On voit se former ainsi deux groupes de patients : les étrangers originaires du Maghreb et d'Asie, qui affichent des durées de résidence souvent importantes, et les autres étrangers, qui en majorité séjournent en France depuis moins d'un an.

11. Taux de réponses Durée de séjour en France des étrangers : 95,3 %.

Figure 3 : Durée de résidence en France des patients étrangers selon le groupe continental.



2. L'environnement social et le logement des patients

Les points essentiels

- 44 % des patients vivent seuls, 20 % en couple, 36 % avec de la famille, des parents ou des amis. L'isolement social est particulièrement fréquent chez les hommes, d'autant plus lorsqu'ils sont français.
- Seuls 42 % des consultants ont un logement fixe. Les autres vivent soit dans un logement précaire (35 %), soit à la rue (23 %). L'absence de logement touche la moitié des hommes français, le quart des femmes françaises, le quart des hommes étrangers et 16 % des femmes étrangères. Les mineurs ne sont pas moins touchés, 26 % sont également dépourvus de logement. De même, 15 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à la rue. Les difficultés de logement des étrangers (logement précaire ou sans logement) subsistent et restent majeures même après de nombreuses années passées en France.

2.1. L'environnement social

Les personnes reçues à MDM vivent le plus souvent seules (près de 44 %) ou avec de la famille ou des amis (29 %), 20 % environ sont en couple et 7 % avec des parents (tableau 6)¹².

L'isolement social est particulièrement prononcé chez les hommes, d'autant plus lorsqu'ils sont de nationalité française : 50 % des hommes étrangers et plus de 77 % des hommes français vivent seuls.

Les femmes quant à elles vivent plus souvent que les hommes soit en couple soit avec de la famille ou des amis. On observe cependant que l'isolement social est largement plus fréquent chez les femmes françaises que parmi les femmes étrangères (46,4 % vs 30,4 %).

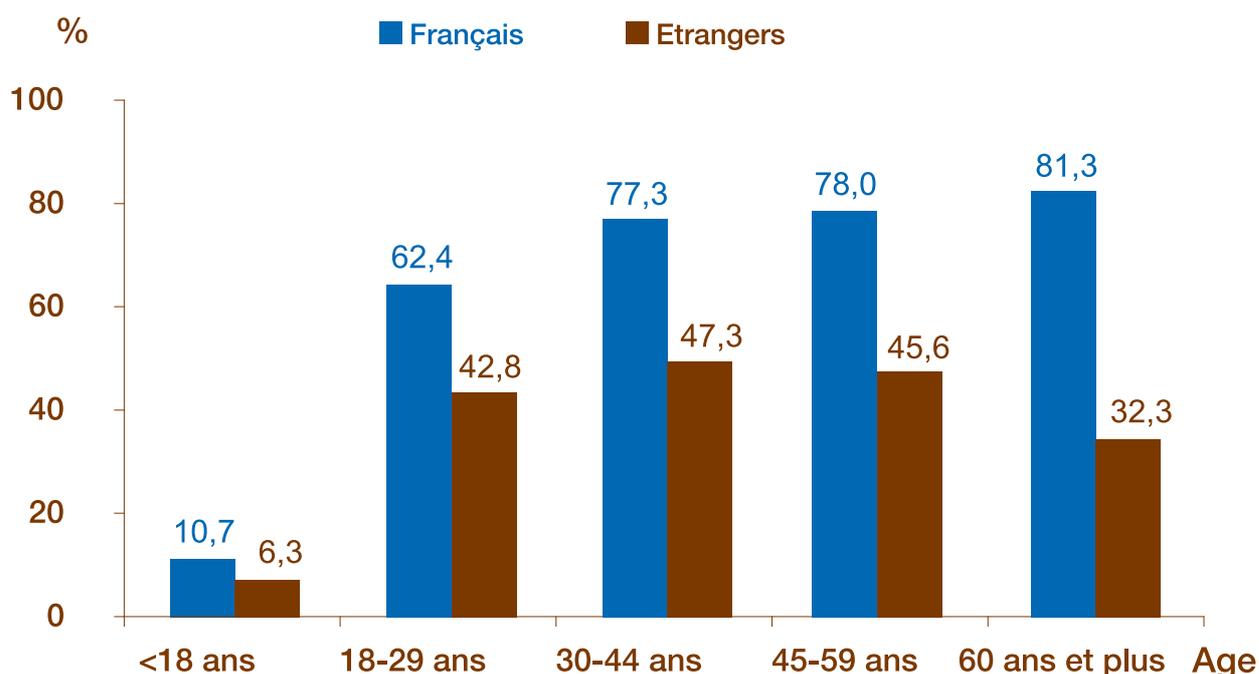
12. Taux de réponses Environnement social : 95,4 %.

Tableau 6 : Environnement social des patients selon le sexe et la nationalité (% en ligne)

	Seul(e) (avec ou sans enfant (s))		En couple (avec ou sans enfant (s))		Avec famille, amis (avec ou sans enfant (s))		Avec parents (mère et/ou père)	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Ensemble des patients	43,8	7 852	19,9	3 565	29,4	5 268	6,9	1 248
Hommes français	77,5	1 024	8,0	106	9,1	120	5,4	71
Femmes françaises	46,4	308	23,9	159	19,9	132	9,8	65
Hommes étrangers	50,0	4 242	15,7	1 334	27,8	2 359	6,5	554
Femmes étrangères	30,4	2 206	26,7	1 939	35,9	2 610	7,0	509

La fréquence de l'isolement social, comme on peut le constater dans la figure 4, concerne beaucoup plus largement les patients français quel que soit leur âge. Si l'on observe chez les étrangers une nette décroissance de l'isolement au-delà de 60 ans, ce n'est pas le cas chez les patients français, qui après 60 ans sont plus de 80 % à vivre seuls. Nous devrions sans nul doute réapprendre quelque peu la solidarité auprès des étrangers !

Figure 4 : Fréquence de l'isolement social selon l'âge et la nationalité



2.2. Le logement

Les situations concernant le logement sont ressenties et décrites par les patients eux-mêmes. Les personnes avec un logement fixe sont celles déclarant avoir un domicile personnel ou partagé, ou habitant de manière fixe chez un tiers.

Le logement est considéré comme précaire lorsqu'il est susceptible de prendre fin à n'importe quel moment. Ces personnes peuvent ainsi être logées chez un tiers, dans un squat aménagé (eau + électricité), dans une caravane, dans un CHRS¹³, dans un hôtel...

Les personnes sans logement, enfin, sont celles qui déclarent être sans domicile, vivre dans la rue, dans des abris, en squats « nus », en hébergement d'urgence...

13. Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

En 2007, environ 42 % des personnes qui se sont présentées à MDM disposaient d'un logement fixe, alors que 35 % vivaient dans un logement précaire et 23 % ne disposaient d'aucun logement¹⁴. Si l'on cumule les patients en logement précaire et sans logement, ce sont près de 60 % des patients qui sont en butte à de grandes difficultés dans ce domaine (tableau 7).

Autour de 18-19 % les années précédentes, la part des patients sans logement progresse de façon significative cette année pour concerner près d'une personne sur quatre.

L'un des éléments d'explication, en dehors du mal-logement, est le lien toujours plus fort entre les missions en lieu fixe et les missions mobiles de Médecins du Monde. C'est ainsi que plus de 40 missions auprès de personnes à la rue ou en foyer sont menées par les équipes mobiles, qui utilisent comme centre de référence le Caso de leur ville. La cohérence grandissante, année après année, entre les équipes permet ainsi à des personnes qui n'auraient jamais fait le pas d'aller dans un Caso de s'y rendre grâce à l'information et l'accompagnement adéquats.

La situation du mal-logement en France, malgré les discours et les lois, ne cesse d'empirer¹⁵. La France compte toujours plus de 3 millions de personnes non ou mal-logées¹⁶, auxquelles s'ajoutent près de 6 millions de personnes en situation de réelle fragilité vis-à-vis de leur logement à court ou moyen terme.

La part des personnes vivant à la rue est très variable d'un centre à l'autre. C'est à Aix-en-Provence que nous retrouvons le plus de personnes à la rue (près de 62 %). Les centres de Lyon, Strasbourg et Pau rencontrent également une proportion importante de personnes sans domicile (respectivement 40,9 %, 41,1 % et 50,9 %).

Tableau 7 : Situation des patients au regard du logement

Situation du logement	%	n
Logement fixe	41,9	7 429
Logement précaire	34,8	6 162
Sans logement	23,3	4 133

Parmi les patients vivant en logement fixe ou précaire, 2 sur 10 environ considèrent que l'endroit où ils vivent est susceptible d'être néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants et près du tiers que ce logement est surpeuplé (tableau 8)¹⁷.

L'insalubrité et la promiscuité comme on peut l'observer sont 2 à 3 fois plus fréquentes lorsque le logement est précaire que lorsqu'il est fixe.

Soulignons enfin que les logements considérés comme insalubres par leurs occupants sont également le plus souvent surpeuplés.

Tableau 8 : Logements insalubres et surpeuplés (% en ligne)

	Logement ressenti insalubre ⁽¹⁾		Logement ressenti surpeuplé ⁽²⁾	
	%	n	%	n
Ensemble des patients disposant d'un logement	18,7	1 900	32,7	3 306
Patients en logement fixe	10,6	584	19,5	1 064
Patients en logement précaire	28,1	1 316	48,3	2 242

⁽¹⁾ Humidité, moisissure, non accès à l'eau courante, fils électriques apparents, peintures écaillées, risques d'accidents domestiques...

⁽²⁾ Logement trop petit par rapport au nombre de gens qui y habitent.

14. Taux de réponses Logement : 94,3 %.

15. Fondation Abbé-Pierre, rapport annuel 2008 sur l'état du mal-logement en France.

16. 100 000 personnes sans domicile fixe, 1 031 500 personnes privées de domicile personnel, 2 187 000 personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles.

17. Taux de réponses Logement insalubre : 74,9 % ; Logement surpeuplé : 74,4 %.

La mission Saturnisme de la mission Banlieue

Médecins du Monde a initié, depuis 1993, des missions de lutte contre le saturnisme, visant à repérer et protéger les enfants victimes d'une intoxication au plomb et se bat pour faire reconnaître le saturnisme comme une priorité de santé publique.

Le saturnisme est une intoxication liée à l'ingestion de plomb contenu dans les peintures d'immeubles construits avant 1948. Lorsque l'immeuble est très dégradé, la peinture s'écaille et ces poussières sont ingérées par les enfants, provoquant ainsi une intoxication atteignant le système nerveux central. Les conséquences sont irréversibles et il n'existe aucun traitement curatif. Les petites filles intoxiquées transmettront le plomb à leur bébé, pendant leur grossesse. **La seule solution contre le saturnisme infantile reste la prévention.**

La mission Saturnisme de la mission Banlieue intervient depuis 2003 dans les Hauts-de-Seine.

L'intervention repose sur 3 axes :

- le repérage des habitats insalubres et l'information des familles pour une amplification du dépistage ;
- le suivi des familles d'enfants intoxiqués pour la protection des enfants par l'obtention soit de travaux dans le logement soit d'un relogement ;
- la mobilisation des acteurs locaux de la santé, de l'habitat et du droit ; et le développement du travail en réseau pour une meilleure efficacité.

Ces actions sont faites en lien avec les services de l'Etat, les acteurs de santé, PMI, pédiatres, médecins scolaires, services d'hygiène des villes et associations.

Au cours du 1^{er} semestre 2007, l'équipe a tourné principalement dans 5 communes du sud des Hauts-de-Seine : Puteaux, Issy-les-Moulineaux, Vanves, Malakoff, Montrouge. Elle a visité 487 immeubles, dont 60 présentaient un danger élevé d'intoxication pour les jeunes enfants (soit 12 % contre 30 % pour la zone nord). Une fois les immeubles repérés, l'équipe médicale est ensuite intervenue auprès des familles occupant les logements. 255 familles avec des enfants de moins de 6 ans ont été informées et 70 dossiers médicaux ont été ouverts. **Sur 29 contrôles de plombémie, 6 ont révélé des taux supérieurs à 100µg/l et 3 ont révélé un taux supérieur à 70µg/l.**

L'action s'est achevée progressivement dans les Hauts-de-Seine à la fin du second semestre. De septembre à décembre, l'équipe médicale a visité 26 immeubles (dont 10 présentant un danger élevé d'intoxication) qui ont permis d'informer 31 familles (soit 40 enfants). **Sur 6 contrôles de plombémie, 2 ont révélé des taux supérieurs à 100µg/l.** Fin décembre, 4 familles étaient encore suivies par la mission, les relais aux acteurs locaux étant prévus pour mi-janvier 2008.

En 2007, la mission saturnisme a donc fait faire 35 plombémies, 8 enfants étaient intoxiqués (plus de 100µg/l) et 3 imprégnés (+ de 70µg/l).

Les prospections ont débuté dans le Val-de-Marne : 20 sorties de repérage ont été effectuées. Celles-ci ont abouti, après rencontre avec la DDASS, au choix de 9 communes d'intervention pour l'année 2008. Sur trois d'entre elles, 248 immeubles ont déjà été repérés comme pouvant présenter un risque.

J'en ai parlé à mon propriétaire, il n'est pas d'accord.

Témoignage de l'équipe de la mission saturnisme :



*Dans cet immeuble voué à la démolition pour des travaux d'urbanisme, de nombreuses familles vivent dans des appartements exigus et insalubres. Pour combien de temps encore ? Nous rendons visite à ces familles dont les enfants sont exposés au risque de saturnisme. Tout en incitant les parents à faire faire une plombémie, nous sommes à l'évidence témoins de l'insalubrité dans laquelle vivent ces enfants. Et pourtant les parents travaillent et paient un loyer exorbitant par rapport à la qualité du service rendu...
.../...*

La famille T. vit à 6 dans deux pièces. Le mobilier, réduit au strict minimum, occupe tout l'espace. La chambre est obscure, une infiltration d'eau provenant des WC de l'étage supérieur imprègne le mur de séparation des deux pièces, les fils électriques pendent. Les risques de court-circuit et d'incendie sont permanents. En outre, il n'y a pas de fenêtre dans cette pièce. Ni la porte ni la fenêtre de la pièce d'entrée ne ferment : l'humidité a déformé le bois. Pour la même raison, le plancher se soulève par endroit. Il faut aussi signaler la présence des souris. Bien sûr, les enfants sont enrhumés en permanence. Nous conseillons à la famille d'écrire au propriétaire pour exiger des travaux pour la mise en conformité et la sécurité en proposant de cosigner la lettre. Mais devant l'hésitation du chef de famille, nous lui conseillons de réfléchir. Nous reviendrons.

A la visite suivante, nous lui demandons quelle décision il a prise. Il nous répond : « J'en ai parlé à mon propriétaire, il n'est pas d'accord. »

Nul n'est censé ignorer la loi, mais ceux qui ignorent leurs droits sont encore plus nombreux. A partir de l'information sur les risques d'intoxication par le plomb, nous sommes amenés à constater la plus grande fragilité de ces familles vis-à-vis de la santé de leurs enfants et les moyens d'assurer un minimum de décence dans leur logement.



L'analyse détaillée des caractéristiques des patients sans logement fera l'objet d'une partie spécifique dans la suite de ce travail, le tableau 9 et la figure 5 abordent cependant les principaux facteurs de variation de la situation des patients au regard du logement.

Cette situation varie assez largement selon le sexe et la nationalité. Ainsi, la moitié des hommes français accueillis à MDM ne disposent d'aucun logement, situation dans laquelle se trouvent le quart des femmes françaises et des hommes étrangers, et 16 % des femmes étrangères.

Le logement précaire est largement partagé par l'ensemble des consultants mais concerne de façon plus spécifique les étrangers.

La situation du logement évolue finalement assez peu avec l'âge, si ce n'est les personnes de plus de 60 ans qui vivent moins souvent à la rue. Il n'en reste pas moins que le tiers des consultants de 60 ans et plus sont soit dans un logement précaire soit à la rue.

Relevons également que plus du quart des patients mineurs ne disposent d'aucune solution de logement au moment où ils sont vus à Médecins du Monde (cette proportion s'élevait à 17,8 % en 2006).

Les équipes de Médecins du Monde croisent encore des familles entières qui dorment à la rue.

Cette maman et ses quatre enfants allaient passer leur deuxième nuit dans la rue

Testoignage d'un médecin de Lyon :



La salle d'attente était bondée et très animée. J'ai tout de suite remarqué J. : elle semblait seule au monde avec son petit. Elle le tenait face à elle et tous deux les yeux dans les yeux bavardaient. Autour d'elle, une poussette lourdement chargée et trois enfants somnolaient sur les sièges.

Le hasard des consultations l'a conduite vers moi.

En souci pour son petit, elle me le montre en premier. A quatre mois, il était en pleine forme. Puis c'est d'elle dont il s'agit : elle avait mal aux lombaires et à l'estomac. Elle semblait en proie à une grande angoisse. L'examen clinique était sans anomalie.

Nous avons du mal à nous comprendre car son français était rudimentaire. L'assistante sociale est venue nous rejoindre....

.../...

Cette maman et ses quatre enfants allaient passer leur deuxième nuit dans la rue.

Leur caravane avait été écrasée par les bulldozers la veille sur arrêté préfectoral. Elle avait juste eu le temps d'attraper le nécessaire et de charger la poussette. Le mari était en prison. Les trois aînés scolarisés avaient perdu leur école et la famille son toit.



Tableau 9 : Situation des patients au regard du logement selon le sexe, la nationalité et l'âge (% en ligne)

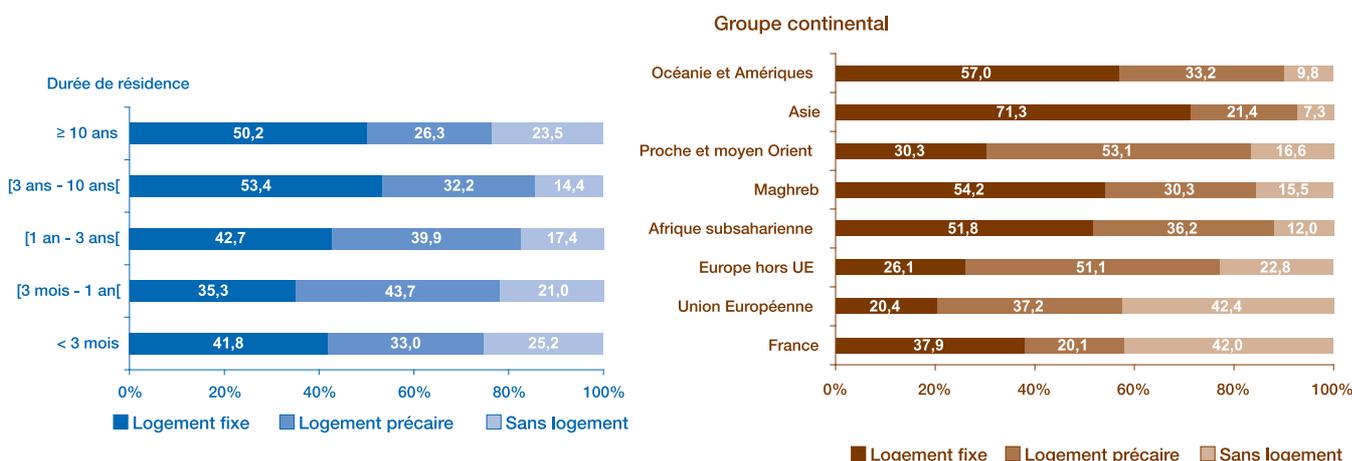
	Logement fixe		Logement précaire		Sans logement	
	%	n	%	n	%	n
Sexe et nationalité						
Hommes français	30,4	400	19,4	256	50,2	662
Femmes françaises	52,8	349	21,5	142	25,7	170
Hommes étrangers	38,1	3 206	37,1	3 116	24,8	2 088
Femmes étrangères	47,6	3 413	36,0	2 584	16,4	1 172
Classes d'âge						
Moins de 18 ans	36,6	562	37,0	568	26,4	405
18-29 ans	39,5	2 150	38,0	2 073	22,5	1 226
30-44 ans	40,0	2 553	36,6	2 340	23,4	1 495
45-59 ans	43,9	1 265	29,9	862	26,2	755
60 ans et plus	64,6	833	20,4	263	15,0	193

Les conditions de logement analysées selon le groupe continental d'origine font apparaître des situations très contrastées.

Les ressortissants d'Asie disposent à 71 % d'un logement fixe, ce qui n'est pas le cas des patients en provenance d'Europe (communautaire ou non) et dans une moindre mesure du Maghreb et d'Afrique.

Analysée enfin selon la durée de résidence en France, la situation des étrangers vis-à-vis du logement est marquée par la précarité et l'incertitude, même après de nombreuses années passées en France : seuls 50 % des étrangers présents dans notre pays depuis 10 ans ou plus vivent dans un logement fixe.

Figure 5 : Situation des patients au regard du logement selon le groupe continental d'origine et la durée de résidence en France



A Lyon, 200 personnes vivant seules ou en famille sont remises à la rue. Communiqué interassociatif de Lyon¹⁸ en date du 8 avril 2008 :



A Lyon, 219 places d'hébergement seront fermées ou supprimées dans 7 structures au mois d'avril (parmi elles, 95 disparaissent pour cause de fin de plan hivernal). **Près de 200 personnes, vivant seules ou en famille, seront ainsi remises à la rue dans les prochaines semaines, sans aucune proposition claire de relogement.** Elles auront pour unique perspective l'appel au 115, un dispositif pourtant déjà saturé qui refuse chaque soir en moyenne 50 personnes¹⁹. Dans la nuit du lundi 7 avril, 89 personnes ayant sollicité le 115 sont restées sans offre d'accueil²⁰. Ces chiffres risquent d'augmenter dans les jours et semaines à venir au vu des nouvelles fermetures et suppressions de places d'hébergement.

Cette situation va à l'encontre de la loi sur le droit au logement opposable (loi Dalo du 5 mars 2007 dont l'application est garantie par l'Etat), en particulier de son article 4 qui stipule que « toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins ou vers un logement adaptés à sa situation ».

Ces remises à la rue constituent également une violation de la Charte européenne des droits de l'homme dans la ville signée par Lyon en juin 2002.

En conséquence, les signataires :

- **exigent dès aujourd'hui un moratoire des fermetures d'hébergements d'urgence ;**
- **demandent des solutions de relogement pour les personnes et familles** dans le cadre d'un travail concerté entre associations de terrain, structures d'hébergement et instances publiques ;
- **défendent une prise en charge adaptée des populations précaires à Lyon** dans le cadre de l'application de la loi Dalo.

Plus largement, les signataires :

- **regrettent le manque de concertation préalable et l'approche purement gestionnaire** qui prévaut de plus en plus dans la prise en charge des populations précaires ;
- **affirment leur soutien aux travailleurs sociaux et équipes de terrain** dans leur travail quotidien rendu encore plus difficile dans les circonstances actuelles.

M. T., 56 ans, se rend au centre de soins de Médecins du Monde à Lyon début avril : il a une place en hébergement depuis quelques semaines. Il est angoissé, car il vient d'apprendre que la structure dans laquelle il se trouve ferme dans quelques jours, aucune solution ne lui a été proposée, c'est donc la rue qui s'impose à lui. Ce monsieur souffre de diabète, d'hypertension artérielle et d'un état dépressif qui l'obligent à suivre un traitement régulier. Se retrouver à la rue signifie l'aggravation de son état de santé et nuira au bon suivi de son traitement.

Nous n'acceptons pas la remise à la rue de personnes ayant obtenu un hébergement provisoire. Nous soutiendrons les actions d'occupation et dénoncerons systématiquement les fermetures sans solution prévue.



18. Action pour l'insertion sociale par le logement, Cimade, Classes, Collectif Tchétchénie, Demeurant partout, Entraide protestante Lyon, Fondation Abbé-Pierre, Ligue des droits de l'homme 69, Médecins du Monde, programme France Handicap international, réseau « Personne Dehors ! », Resovigi.

19. Statistiques du 115 de Lyon sur 2007 (moyenne générale).

20. Statistiques du 115 de Lyon du 7 avril 2008.

3. L'emploi et les ressources

Les points essentiels

- Deux tiers des personnes concernées par le travail déclarent être sans emploi, 12 % déclarent un emploi le plus souvent précaire, 23 % une activité non déclarée.
- A l'image de l'emploi, les ressources des patients sont extrêmement précaires : 92 % ne disposent d'aucunes ressources déclarables, seuls 0,3 % ont des ressources supérieures au seuil de pauvreté.
- 42 % des consultants déclarent recourir à des petits boulots ou à la solidarité pour vivre. Les étrangers sont particulièrement concernés par cette situation, aucune classe d'âge n'est épargnée.

Plus des deux tiers des personnes qui ont recours à MDM sont sans travail, le quart exercent une activité non déclarée. Seules 12 % d'entre elles ont un emploi déclaré, le plus souvent précaire²¹ (tableau 10)²².

Les hommes et les femmes françaises sur ce plan-là sont globalement dans la même situation : plus de 8 sur 10 n'ont aucune activité, 13 % environ travaillent mais là aussi le plus souvent de façon précaire.

Les consultants français sont beaucoup plus nombreux à se trouver sans activité, les étrangers a contrario sont beaucoup plus souvent concernés par le travail non déclaré. Cela est bien sûr à mettre en lien avec leur situation administrative qui interdit à la plupart de travailler de façon légale.

Cette situation pour les étrangers peut se prolonger de nombreuses années car, même après 10 années passées en France, 30 % d'entre eux disent exercer un travail non déclaré (figure 6).

Tableau 10 : Situation des patients⁽¹⁾ au regard de l'emploi selon le sexe et la nationalité (% en ligne)

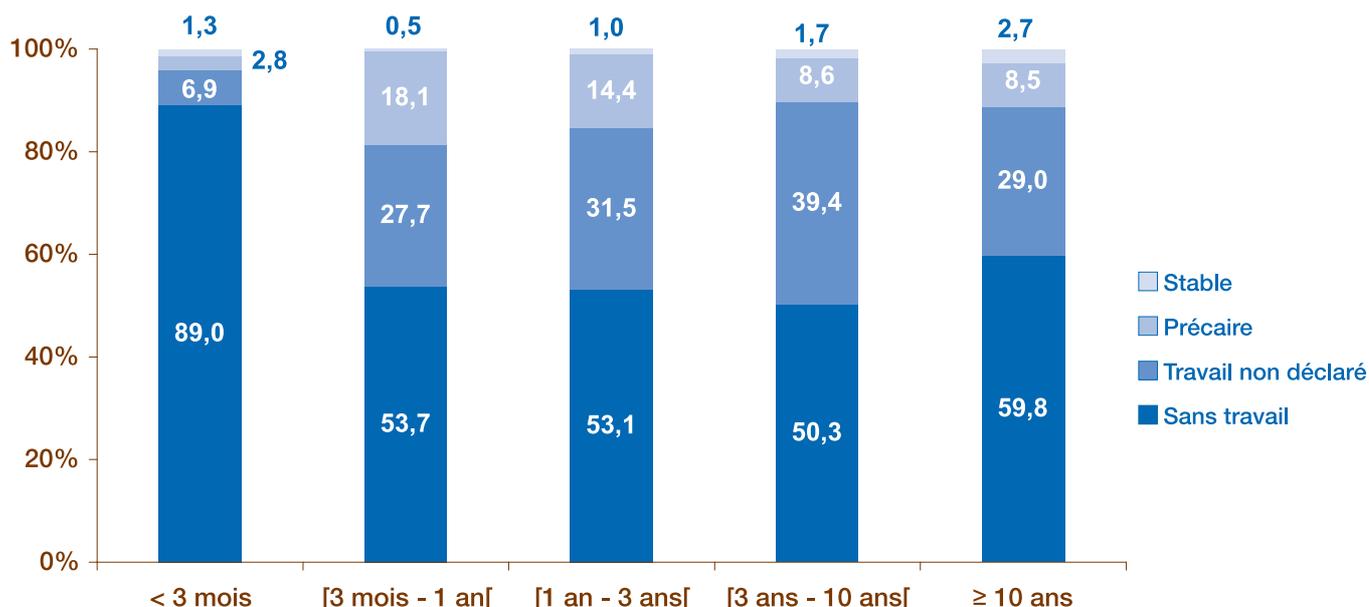
Situation de l'emploi	Stable		Précaire		Travail non déclaré		Sans aucune activité	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Ensemble des patients	1,6	222	10,8	1 537	23,3	3 305	64,3	9 134
Hommes français	4,5	45	8,9	90	2,8	28	83,8	845
Femmes françaises	4,4	20	8,8	40	1,6	7	85,2	385
Hommes étrangers	1,3	92	11,5	791	31,7	2 189	55,5	3 831
Femmes étrangères	1,1	65	10,6	607	18,5	1 068	69,8	4 016

⁽¹⁾ A l'exception des enfants de moins de 16 ans et des personnes non concernées par l'emploi

21. C'est la personne qui ressent son emploi comme fixe ou précaire. Ainsi, un CDI peut paraître précaire à un patient s'il sait qu'il va bientôt perdre son emploi... Il s'agit aussi bien sûr de contrats à temps partiel ou à durée déterminée.

22. Taux de réponses Emploi : 92,1 %.

Figure 6 : Situation des patients étrangers au regard de l'emploi selon leur durée de résidence en France.



Les revenus des consultants reflètent la situation de l'emploi : plus de 92 % ne disposent d'aucunes ressources déclarables, 7 % environ disposent de ressources mais celles-ci sont très faibles et bien en deçà du seuil de pauvreté^{23 24 25} (tableau 11).

La situation des étrangers, comme on peut le noter, est encore plus dégradée que celle des français avec plus de 95 % d'entre eux dépourvus de ressources.

Tableau 11 : Ressources déclarables des patients⁽¹⁾ selon la nationalité (% en ligne)

	Aucunes ressources		Ressources inférieures au seuil de pauvreté		Ressources supérieures au seuil de pauvreté	
	%	n	%	n	%	n
Ensemble des patients	92,2	13 520	7,5	1 094	0,3	49
Français	60,2	798	38,4	509	1,4	18
Etrangers	95,4	12 672	4,4	581	0,2	31

⁽¹⁾ A l'exception des enfants de moins de 16 ans

Très peu nombreux sont les patients disposant de ressources déclarables (1 sur 10 environ).

Il s'agit dans la moitié des cas de salaires ou d'allocations, 1 fois sur 4 du revenu minimum d'insertion et 1 fois sur 10 de l'allocation adulte handicapé (tableau 12)²⁶.

23. Le seuil retenu est celui publié par l'Insee. Il correspond à 60 % du revenu médian de la population. Sur la base des revenus fiscaux 2005, ce seuil est de 817 euros mensuels pour une personne seule. Il s'élève à 880 euros sur la base des revenus 2006.

24. Taux de réponses Revenus déclarables : 87,5 %.

25. Taux de réponses Montant des ressources déclarables : 85,0 %.

26. Taux de réponses Origine des ressources déclarables : 84,1 %.

Tableau 12 : Origine des ressources déclarables des patients⁽¹⁾ (plusieurs réponses possibles)

Origine des ressources déclarables	%	n
Disposent de revenus déclarables	10,9	1 634
Dont...		
Salaire/indem. journ./alloc insertion/assedic/retraite...	48,1	661
Revenu minimum d'insertion	23,7	325
Allocation adulte handicapé	11,5	158
Minimum vieillesse	3,4	46
Autre revenu ou allocation	16,9	232

⁽¹⁾ A l'exception des enfants de moins de 16 ans

L'absence de revenus et l'impossibilité pour la plupart d'occuper un emploi légalement conduisent de nombreux patients à avoir recours à la solidarité ou à de petits boulots²⁷. Ils sont ainsi près de 42 % dans cette situation (tableau 13).

La proportion de personnes ayant des revenus non déclarables est logiquement beaucoup plus élevée chez les patients étrangers, elle est également plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la nationalité.

Toutes les classes d'âge par ailleurs sont concernées, y compris les mineurs, qui sont 10 % à avoir des ressources issues de la solidarité. C'est parmi les 18-44 ans que les patients sont les plus nombreux à avoir des revenus non déclarables.

Tableau 13 : Proportion de patients ayant des revenus non déclarables⁽¹⁾

	%	n
Ensemble des patients	41,7	6 477
Sexe et nationalité		
Hommes étrangers	48,3	3 630
Femmes étrangères	40,7	2 619
Hommes français	15,3	155
Femmes françaises	11,0	54
Classes d'âge		
Moins de 18 ans	10,0	89
18-29 ans	48,7	2 381
30-44 ans	48,0	2 808
45-59 ans	38,0	993
60 ans et plus	15,5	180

⁽¹⁾ petits boulots, famille, associations, mendicité...

27. Taux de réponses Revenus non déclarables : 82,6 %.

Veille sanitaire auprès de travailleurs immigrés agricoles de Berre

Depuis le mois de janvier 2002, une veille sanitaire est effectuée un à deux samedis après-midi par mois, de 14h00 à 17h00, sur le lieu de vie des 50 à 80 travailleurs agricoles marocains et tunisiens vivant dans des abris de fortune au milieu des serres de cultures maraîchères près de Berre-l'Étang.

L'équipe assure :

- des consultations de médecine générale, prescription et délivrance de médicaments,
- des orientations vers le Centre d'accueil de soins et d'orientation de Marseille ou les services adéquats (urgences hospitalières),
- une information et une éducation sanitaire ciblées sur l'hygiène et le traitement des plaies.

En 2007, l'équipe a effectué 18 sorties sur place et a réalisé 334 consultations. La file active est de 181 personnes en 6 ans, avec un mouvement permanent d'hommes entre plusieurs lieux de vie et de travail.

Ceux-ci, en situation irrégulière et sans accès aux soins, sont particulièrement exposés à des maladies liées à leurs conditions de travail. Les principaux problèmes de santé sont d'ordre ostéoarticulaire, respiratoire et dermatologique. Cette vulnérabilité est renforcée par les menaces perpétuelles d'arrestation et d'expulsion, qui génèrent stress et angoisse.

L'équipe participe à la mobilisation interassociative pour la protection des intérêts des travailleurs agricoles de l'étang de Berre, notamment dans le cadre de l'éradication programmée du Gourbi. MDM a participé à des réunions à la sous-préfecture d'Istres pour envisager le relogement des habitants, et à terme l'éradication du Gourbi. Mais les solutions proposées ne concernent que les hommes en situation régulière et n'ont pas reçu l'approbation de nos équipes.

4. La situation administrative

Les points essentiels

- **72 % des étrangers devant justifier d'un titre de séjour sont en situation administrative précaire ; ils étaient 77 % en 2006. Cette décroissance est probablement attribuable à l'intégration de nouveaux pays dans l'Union européenne (la Roumanie et la Bulgarie) dont les ressortissants étaient théoriquement dispensés, jusqu'en 2007, d'autorisation de séjour. Mais un flou juridique a persisté en 2007 pour ces ressortissants dont plus de 21 % ont dépassé les 3 mois de libre circulation.**
- **26 % des étrangers hors UE sont concernés par une demande d'asile. Parmi eux, 71 % ont déjà déposé leur demande.**

4.1. La situation au regard du séjour le jour de la consultation

Tous les étrangers majeurs originaires d'un pays qui n'appartient pas à l'Union européenne doivent posséder un titre de séjour (ou un rendez-vous ou une convocation à la préfecture) pour résider en France de façon légale.

La législation concernant les ressortissants d'Union européenne est plus complexe et s'est modifiée au cours de l'année 2007. En fait, avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, la France n'a « fait que » transposer une directive européenne de 2004 prévoyant les conditions de séjour des communautaires...

Droit au séjour et accès à la couverture maladie des ressortissants communautaires en France

Rappel des faits avant l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE au 1er janvier 2007 :

L'accès à l'assurance maladie et à la CMU complémentaire requiert, pour les non-français, d'être en séjour régulier.

Longtemps, la France a considéré que les ressortissants d'un pays de l'Union européenne devaient être pleinement assimilés aux Français et ne devaient donc pas justifier de la régularité de leur séjour pour accéder aux droits à la couverture maladie.

Une directive européenne de 2004 prévoyait des conditions pour le séjour régulier des communautaires, mais la France avait opté pour la simplicité et fait prévaloir l'esprit d'égalité entre les citoyens européens et n'avait donc pas traduit en droit français cette restriction de l'accès au séjour pour les Européens sur le territoire français.

Les Communautaires en situation de précarité avaient donc accès à l'assurance maladie et à la CMU complémentaire.

Depuis 2007 :

Une loi de 2006²⁸ appliquée par un décret de 2007²⁹ a changé la donne en introduisant des conditions strictes de droit au séjour pour les Communautaires, en transposant la directive de 2004.

Dès lors, leur accès à l'assurance maladie a été modifié et comme les étrangers extra-communautaires, **ils doivent désormais justifier d'un séjour régulier pour bénéficier de la CMU (base et complémentaire), à défaut, ils relèvent de l'AME (sous réserve de remplir les autres conditions d'accès à l'AME : 3 mois de résidence ininterrompue sur le territoire et ressources inférieures au plafond).**

Les ressortissants communautaires des 27 pays de l'UE bénéficient tous de la liberté de circulation (différente de la liberté d'installation), c'est à dire qu'ils peuvent tous passer 3 mois maximum dans un autre Etat membre, sans devoir justifier d'un droit au séjour.

Mais au-delà de 3 mois de résidence, on ne parle plus de circulation mais d'installation, aussi une autorisation de séjour devient nécessaire :

- seuls ceux qui travaillent avec un travail déclaré (salariés ou indépendants) ou ont travaillé, les membres de leur famille et les étudiants (qui ont des ressources et une assurance maladie) séjournent régulièrement (art.L.121-2 CESEDA) ;
- les inactifs et les membres de leur famille ont le droit de séjourner à condition d'avoir une assurance maladie et de disposer de moyens financiers ne les mettant pas à charge du pays d'accueil.

Ainsi, le droit au travail conditionne fortement le droit au séjour. Or, encore faut-il pouvoir travailler... En effet, les ressortissants des 15 premiers Etats membres, de Chypre et de Malte peuvent travailler dès lors qu'ils le souhaitent. Mais jusqu'à la publication d'un arrêté du 24 juin 2008³⁰, il en allait différemment pour les ressortissants des 8 autres Etats membres entrés le 1^{er} mai 2004 (Estonie, Hongrie, Lituanie, Lettonie, Pologne, République Tchèque, Slovaquie et Slovaquie). Le droit au travail n'était pas automatique. Ils n'avaient le droit de travailler que pour les métiers « en tension », c'est-à-dire ceux pour lesquels il y a des difficultés de recrutement ou pour les emplois non pourvus par des personnes déjà sur le marché du travail français (liste spéciale de 150 métiers, qui sont pour beaucoup peu qualifiés).

Les restrictions à l'accès au marché du travail salarié pour les ressortissants de ces 8 pays sont désormais supprimées, ils sont placés à égalité avec les autres ressortissants communautaires, **exceptés les Roumains et les Bulgares. En effet, les restrictions pour les ressortissants roumains et bulgares, entrés dans l'UE le 1er janvier 2007, sont toujours maintenues (au plus tard jusque fin 2013).**

Par conséquent, **les ressortissants de l'Union européenne présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs, pauvres, sont considérés comme en situation irrégulière** et donc, à ce titre, ne peuvent prétendre à la CMU mais relèvent de l'AME...

28. Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006.

29. Décret n°2007-374 du 21 mars 2007.

30. Arrêté du 24 juin 2008 relatif à la délivrance, sans opposition de la situation de l'emploi, des autorisations de travail aux ressortissants des Etats de l'Union européenne soumis à des dispositions transitoires.

En 2007, 72 % des patients étrangers (y compris les ressortissants d'UE) devant justifier d'une autorisation de séjour en étaient dépourvus et se trouvaient donc en situation administrative précaire (tableau 14)³¹. Une analyse détaillée des caractéristiques de ces patients sera développée dans la suite de ce rapport. En augmentation continue depuis 2004 (ils étaient près de 77 % en 2006), la part de ces patients marque une légère décroissance cette année.

Cette décroissance est probablement liée à l'intégration de nouveaux pays dans l'Union européenne (la Roumanie et la Bulgarie) dont les ressortissants devaient être dispensés d'autorisation de séjour. Nous avons donc construit en 2006 nos dossiers de recueil de données 2007 sur la base d'un droit au séjour automatique de tous les ressortissants européens. Les préfectures et les CPAM ont eu pendant de longs mois en 2007 des pratiques très différentes. C'est ainsi que nous trouvons 21 % des ressortissants de l'Union européenne sans autorisation de séjour, une fois dépassés les 3 mois de présence autorisée.

Tableau 14 : Situation administrative des patients étrangers⁽¹⁾

Situation administrative des patients étrangers (titres en cours de validité)	%	n
Visa court séjour (touriste) avec intention de résider en France	4,9	576
Visa court séjour (touriste) sans intention de résider en France	5,6	659
RDV ou convocation préfecture	3,1	362
Titre de séjour valide de 1 à 3 mois	6,0	703
Titre de séjour valide de 3 mois à 1 an	1,8	210
Titre de séjour valide pour 1 an	2,5	294
Titre de séjour valide pour 10 ans	3,4	394
Titre de séjour valide autre durée	0,4	52
En situation administrative précaire	72,3	8 472

⁽¹⁾ Les étrangers mineurs ne sont pas concernés par les titres de séjour

Notons que près de 2 étrangers sur 10 (18,9 %) ont déposé une demande de régularisation. Dans 1 cas sur 4, cette demande de régularisation est liée à des raisons médicales³². Ces étrangers en demande de régularisation sont originaires pour la plupart d'Afrique subsaharienne (36 %) ou du Maghreb (34 %).

4.2. Les demandes d'asile

Les chiffres de l'asile en France en 2007

En 2007, selon le rapport annuel de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides, la France a enregistré 23 804 premières demandes d'asile, 35 520 en comptant les réexamens et les mineurs accompagnants, soit une baisse de 9,7 % par rapport à l'année précédente³³. Près du quart des demandes étaient des dossiers traités en procédure prioritaire.

Le taux global d'admission s'élève à 29,9 % en 2007. Même s'il reste faible, notons sa légère amélioration puisqu'il n'était qu'à 19,5 % en 2006.

23 569 demandeurs d'asile ont été déboutés en 2007.

Plusieurs indicateurs, particulièrement marqués au cours du dernier trimestre 2007, laissent présager une stabilisation, voire une éventuelle reprise de la demande d'asile en France :

- une limitation de la baisse des premières demandes ;
- une nette augmentation de la demande d'asile à la frontière ;
- une reprise des flux parmi les principales nationalités : Russes, Arméniens, Bangladais et Congolais.

La part de la région Île-de-France dans la demande d'asile, même si elle demeure la première région de résidence, continue de baisser, passant de 45 % à 43 % en 2007. .../...

31. Taux de réponses Situation au regard du séjour : 91,4 %.

32. Se reporter au chapitre « Recours à la prévention et aux soins, problèmes de santé des patients reçus dans les Caso », paragraphe 9 « Les pathologies à potentiel de gravité diagnostiquées ».

33. Rapport d'activité 2007 de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides.

Les trois autres régions principales de résidence restent identiques : la région Rhône-Alpes, la région PACA et la région Alsace. Le nombre de demandeurs d'asile outre-mer est en diminution pour la deuxième année consécutive (4,5 % en 2006, 3,5 % en 2007). Au contraire, à Mayotte, la demande d'asile a connu une forte augmentation en 2007, le nombre de demandes ayant pratiquement doublé (128 en 2006 vs 241 en 2007).

Plus du quart des étrangers (hors Union européenne) reçus aux consultations de MDM sont concernés par une demande d'asile³⁴ : soit ils ont déjà déposé leur demande (71 % des cas), soit ils ont l'intention de le faire (29 %) (tableau 15)^{35 36}.

Les patients qui ont déjà déposé leur demande sont le plus souvent en attente d'une 1^{re} convocation à l'Ofpra (44 %), ou bien ont été déboutés (36 %) ; 15 % environ ont déposé un recours et seulement 4 % ont été reconnus réfugiés.

Interrogés sur les motifs pour lesquels ils n'ont pas pu déposer leur demande d'asile³⁷, la moitié des étrangers concernés indiquent qu'ils sont arrivés en France trop récemment. Pour les autres, l'obstacle est lié à la difficulté pour entreprendre les démarches. Pour près de 21 % d'entre eux enfin, la demande d'asile est bloquée en attente du déroulement de la procédure Eurodac³⁸.

Le Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile

L'accueil des demandeurs d'asile est organisé en France en référence notamment à la circulaire n° 99/399 du 8 juillet 1999 qui organise le dispositif national d'accueil.

Cette circulaire pose en préambule que « l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés constitue une obligation découlant de l'application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 modifiée par le Protocole de New York du 31 janvier 1967 relatif au statut de réfugié et ratifiée par la France ».

Ainsi « l'Etat finance, au titre de l'aide sociale, un dispositif national d'accueil destiné à l'hébergement des demandeurs d'asile et des réfugiés sans ressources ni logement » :

- les Centres d'accueil des demandeurs d'asile (Cada)
- les Centres de transit (en attente de Cada)
- les Centres provisoires d'hébergement (CPH) : accueil après obtention du statut de réfugié. Par ailleurs, cette circulaire de 1999 fixe des priorités sociales d'accès à l'hébergement en Cada :
- les primo-arrivants ;
- les familles avec enfants en bas âge ;
- les jeunes majeurs isolés (20 ans) ;
- les demandeurs d'asile ayant des problèmes de santé (sur avis médical) ;
- les femmes seules ;
- les demandeurs en réexamen n'ayant pas été hébergés et n'ayant pas refusé d'hébergement dans un centre au titre de leur précédente demande.

Pourtant, même si le nombre de places en Cada a augmenté ces dernières années (près de 21 000 en 2008), la saturation et l'insuffisance du dispositif national d'accueil restent une réalité. Au 31/12/07, 46 % des demandeurs d'asile en cours de procédure étaient hébergés en Cada (notons toutefois qu'ils n'étaient que 27 % à être hébergés en 2005...)³⁹. Selon l'association Forum réfugiés⁴⁰, de grandes catégories de demandeurs d'asile sont toujours exclues du dispositif : les « inéligibles » tels que les demandeurs d'asile en attente d'une réponse dans le cadre de Dublin II, les demandeurs en procédures prioritaires, et ceux qui demeurent les « perdants » du système, les hommes seuls.

Des milliers de demandeurs d'asile restent en attente d'une éventuelle place en Cada, alors que les statistiques montrent que ceux qui y sont hébergés obtiennent proportionnellement beaucoup plus souvent le statut de réfugié que ceux qui ne bénéficient pas de ces structures d'accueil et de l'aide qui leur y est ainsi apportée. **Cela montre combien il est important de donner aux demandeurs d'asile un accueil et un environnement favorable à la demande d'asile et à la reconstruction personnelle.**

34. Taux de réponses Demande d'asile : 71,7 %.

35. Taux de réponses Situation actuelle des demandeurs d'asile : 90,7 %.

36. Une analyse détaillée des caractéristiques de ces patients sera développée dans la suite de ce rapport.

37. Taux de réponses Motif de non dépôt de la demande d'asile : 73,9 %.

38. Le règlement communautaire prévoit que la demande d'asile incombe au pays qui a délivré le visa ou par lequel le demandeur est entré. La procédure EURODAC consiste, par le biais d'un fichier de recherche d'empreintes, à vérifier si la personne a été contrôlée dans un autre Etat membre, auquel cas la demande d'asile n'incombe plus à la France mais à cet autre Etat.

39. Projet de loi de finances 2008, chapitre solidarité et intégration.

40. Rapport annuel de Forum Réfugiés, juin 2008.

Dans les faits, seuls 26 % des demandeurs d'asile vus à MDM dont la procédure est en cours (recours en cours ou attente d'une 1^{re} convocation à l'Ofpra) sont effectivement hébergés en Cada⁴¹. Peu de personnes suivies en Cada se présentent à nos centres, car elles y bénéficient d'un suivi social et ont accès plus souvent à une couverture santé.

Près du quart des demandeurs d'asile que nous avons reçus vivent à la rue. Une analyse détaillée des caractéristiques de ces patients sera développée dans la suite de ce rapport.

Tableau 15 : Les demandes d'asile des patients étrangers⁽¹⁾

	%	n
Etrangers concernés par une demande d'asile	26,2	2 379
Dont...		
Demande déjà déposée	70,6	1 679
Demande non déposée	29,4	700
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
Débouté(e)	35,9	546
Attente d'une 1 ^{re} convocation à l'Ofpra	44,5	677
Recours en cours	15,4	235
Reconnu(e) réfugié(e)	4,2	64
Motif(s) de non dépôt de la demande d'asile		
Arrivée trop récente	53,0	274
En cours de procédure Eurodac	20,9	108
La demande incombe à un autre pays européen	1,6	8
Difficultés pour les démarches	25,5	132
Demandeurs d'asile dont la procédure est en cours		
Hébergés en Cada	26,0	152

⁽¹⁾ Seuls les étrangers originaires d'un pays hors Union européenne sont concernés

5. Les motifs de recours et les modes d'orientation vers Médecins du Monde

Les points essentiels

- Les personnes qui s'adressent la première fois à MDM souhaitent avant tout rencontrer un médecin (69 % des recours), tout particulièrement les femmes et les patients français. 18 % veulent rencontrer un travailleur social et plus de 13 % se présentent pour l'instruction ou le renouvellement d'un dossier AME.
- Les deux tiers des patients s'adressent à MDM sans orientation préalable, 12 % sont orientés par une autre association, 9 % par une structure de soins ou une institution administrative ou sociale.

Les motifs de recours des patients lors de leur première visite à MDM sont détaillés dans le tableau 16. Plus de 69 % d'entre eux souhaitent bénéficier d'une consultation médicale (généraliste ou spécialiste), 18 % veulent rencontrer un travailleur social. Le troisième motif le plus fréquent est une demande d'instruction d'un dossier AME ou de son renouvellement⁴². C'est essentiellement le cas des centres de Saint-Denis et de Nice, qui sont agréés pour instruire les demandes d'AME.

Environ 5 % des patients ont exprimé le souhait de bénéficier de soins dentaires. Cette proportion dépasse souvent 10 % dans les centres proposant des consultations dentaires, elle atteint plus de 16 % à Strasbourg.

41. Taux de réponses Hébergement en Cada : 63,3 %.

42. Taux de réponses Motifs de recours à MDM : 99 %.

Tableau 16 : Les premiers motifs de recours exprimés par les patients

Motifs de recours exprimés	%	n
Voir un médecin généraliste	62,6	11 648
Voir un travailleur social	18,1	3 363
Instruction ou renouvellement dossier AME	13,4	2 497
Voir un médecin spécialiste	6,8	1 266
Voir un dentiste	5,1	949
Honorer une ordonnance	1,3	237
Avoir des soins infirmiers	1,2	230
Instruction ou renouvellement dossier CMU	0,3	55
Autres motifs	1,0	184

Les deux tiers des consultants se sont adressés la première fois à MDM sans orientation préalable, 12 % environ ont été orientés par une autre association. Par ailleurs, 4 à 5 % des patients ont été adressés soit par une structure de soins, soit par une institution administrative ou sociale, soit enfin par un autre programme de MDM (tableau 17)⁴³.

Les modes d'orientation vers MDM varient essentiellement selon la nationalité : les Français, plus fréquemment que les étrangers, sont orientés par une institution administrative ou sociale (11 % vs 4 %) ou par une autre association (26 % vs 10 %), les étrangers au contraire sont bien plus nombreux à recourir directement à MDM (69 % vs 39 %). C'est somme toute assez logique vu que les étrangers en situation administrative précaire fréquentent assez peu d'autres structures.

Tableau 17 : Les modes d'orientation vers Médecins du Monde

Mode d'orientation vers MDM	%	n
Non adressé(e) (média, bouche à oreille...)	65,7	11 846
Association (foyer, autres...)	11,9	2 139
Institution administrative et/ou sociale (CPAM, CCAS, AS de secteur)	4,7	840
Structure de soins (hôpital, PASS, PMI, médecin libéral, centre de santé...)	4,2	764
MDM (autres programmes MDM)	3,7	663
Autre	9,8	1 761

43. Taux de réponses Mode d'orientation vers MDM : 95,8 %.



Quelles sont les difficultés d'accès aux soins des patients reçus dans les Caso ?

Le bilan de la situation sociale des patients permet aux accueillants de Médecins du Monde de déterminer leurs droits à la couverture maladie et de repérer, au fil de l'entretien, les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux droits et aux soins.

1. Les droits à la couverture maladie

Les points essentiels

- 78 % des patients peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie : 49 % relèvent de l'AME, 29 % de l'assurance maladie.
Par ailleurs, près de 13 % des patients sont en France depuis moins de 3 mois et sont donc exclus de toute couverture maladie, tout comme les 10 % de patients considérés comme étrangers de passage.
- Dans les faits, seuls 20 % des patients qui pourraient y prétendre ont effectivement des droits ouverts. Les difficultés d'accès aux droits des étrangers sont majeures : 15 % des étrangers pouvant bénéficier d'une couverture maladie ont des droits ouverts contre 52 % des Français. Ces difficultés s'inscrivent dans la durée car, même après 10 années passées en France, seuls 39 % des étrangers ont une couverture maladie.

1.1. Les droits potentiels à la couverture maladie

Le bilan de la situation sociale des patients permet aux accueillants de Médecins du Monde de déterminer leurs droits à la couverture maladie et de repérer, au fil de l'entretien, les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux droits et aux soins.

En 2007, environ 49 % des consultants relèvent du dispositif AME et 29 % de l'assurance maladie. Près de 13 % des patients ne sont pas en France depuis plus de 3 mois et ne peuvent donc prétendre à aucune couverture maladie. Enfin, environ 10 % des consultants sont des étrangers de passage et ne peuvent pas non plus bénéficier d'une couverture maladie (tableau 18)⁴⁴.

44. Taux de réponses Droits théoriques : 90,8 %.

Tableau 18 : Répartition des patients selon leurs droits à la couverture maladie

	%	n
Synthèse des droits à la couverture maladie		
Assurance maladie (sécurité sociale/CMU)	29,2	4 996
AME	48,6	8 294
Pas droit à la CMU ou l'AME en raison du critère de stabilité de résidence	12,6	2 149
Droit à aucune couverture maladie	9,6	1 634
Détail des situations		
AME	48,6	8 294
CMU complémentaire	25,7	4 379
Assurance maladie / CMU de base uniquement ⁴⁵	3,6	617
Dont • CMU de base	2,1	365
• Pas droit à la CMUc car plafond de ressources dépassé	1,2	204
• Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire	0,3	48
Pas droit à la CMU car résidence de moins de 3 mois en France	4,1	695
Pas droit à l'AME car résidence de moins de 3 mois en France	8,5	1 454
Pas droit à l'AME car plafond de ressources dépassé	0,1	23
Droit à aucune couverture maladie (étrangers de passage)	9,4	1 611

La situation concernant les droits théoriques des patients de MDM à la couverture maladie a fortement évolué ces dernières années, notamment au gré des modifications législatives (tableau 19).

On a constaté entre 2001 et 2003 une diminution très marquée de la part des patients relevant de l'assurance maladie, et de façon concomitante une augmentation des patients relevant de l'AME. Cette évolution est probablement à mettre au compte de la diminution de la part relative des français parmi les consultants. L'année 2004 a vu le doublement de la part des patients sans aucun droit à la couverture maladie. Cette évolution est imputable au durcissement de la réglementation qui oblige désormais le demandeur à apporter la preuve d'une résidence ininterrompue de 3 mois en France pour accéder aux droits. Ainsi, outre les étrangers de passage, les patients (français ou étrangers) arrivés récemment en France sont exclus du droit à une couverture maladie.

Tableau 19 : Evolution des droits potentiels à la couverture maladie de 2001 à 2007

Année	SS/CMU	AME	Aucun droit
	%	%	%
2001	41,0	50,0	9,0
2002	37,0	53,0	10,0
2003	37,1	53,7	9,2
2004	35,9	45,1	19,0
2005	28,8	49,0	22,2
2006	24,2	55,3	20,6
2007	29,2	48,6	22,2

45. Les 365 personnes repérées dans la catégorie « CMU de base » ne relèvent que de la couverture de base, probablement du fait que leurs ressources dépassent le seuil d'attribution de la CMU complémentaire (mais sans que cette information n'ait été renseignée directement par les accueillants). Le plafond de ressources dépassé a, quant à lui, été codé et saisi pour 204 personnes différentes. De même, pour 48 autres personnes, les accueillants ont coché « aide à l'acquisition de la couverture complémentaire ». Au total, ce sont 617 personnes qui relèvent uniquement de la couverture de base.

L'arrivée de nouveaux pays dans l'espace communautaire (et en particulier de la Roumanie et de la Bulgarie) aurait dû se traduire par une diminution très marquée des patients relevant de l'AME et en contrepartie par une augmentation de la même ampleur de ceux relevant de l'assurance maladie, dans la mesure où tous les ressortissants d'Union européenne auraient dû pouvoir l'obtenir.

Ce phénomène n'est observé que partiellement en 2007 en raison du flou juridique qui a régné concernant les droits des ressortissants d'UE, qui, selon les régions et les pratiques des Cnam, relevaient soit de la CMU soit de l'AME.

En effet, les 7 premiers mois de l'année 2007 ont vu toutes les situations se côtoyer : ici, des Roumains obtenaient sans souci la CMU comme tous les autres européens, d'autres dans une autre Cnam n'obtenaient carrément aucune couverture maladie, ni AME ni CMU, enfin dans d'autres, seule l'AME leur était délivrée. Depuis le 2 août 2007, le « point CMU n° 73 » de la Cnam précise que les ressortissants communautaires inactifs ne peuvent plus prétendre à une CMU et qu'ils relèvent dorénavant de l'AME, cette « précision » a été confirmée par une circulaire interministérielle du 23 novembre 2007⁴⁶...

Extrait de la circulaire du 23 novembre 2007

(...)

1) Principes et limites de la libre circulation et du droit au séjour des ressortissants communautaires et assimilés et de leur famille

(...)

Des limites au droit de séjour s'appliquent particulièrement pour les ressortissants communautaires inactifs et pour les étudiants qui ne sont considérés comme réguliers au séjour que s'ils remplissent une double condition :

- détenir une assurance maladie pour eux et pour les membres de leur famille lorsque ces derniers les accompagnent ;
- avoir des ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour l'assistance sociale de l'Etat d'accueil.

Lorsque ces deux conditions ne sont plus remplies, le droit au séjour disparaît mécaniquement et **les personnes concernées deviennent irrégulières.**

Dans ce cas et en matière d'assurance maladie, celles-ci bénéficient **soit du dispositif de prise en charge des soins urgents** prévu à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elles sont sur le territoire depuis moins de trois mois, **soit de l'aide médicale de l'Etat** prévue à l'article L.251-1 du même code, lorsqu'elles résident depuis plus de trois mois sur le territoire, dès lors qu'elles remplissent les conditions d'ouverture de ce droit (ressources inférieures à un plafond). (...)

2) Les ressortissants communautaires souhaitant s'installer en France

2,1) Une inaccessibilité de principe à la CMU de base et à la CMUc

(...)

Ainsi le ressortissant communautaire inactif ou étudiant qui s'installe sur le territoire français alors qu'il est dépourvu de ressources suffisantes et/ou de couverture maladie **n'y dispose pas d'un droit de résider.** Dans ce cas, **l'accès à la CMU et à la CMUc lui sera refusé** à bon droit et il devra se couvrir contre le risque maladie en contractant une assurance.

On observe ainsi que les patients ressortissants de l'Union européenne relèvent presque à parts égales de l'assurance maladie (37,0 %) ou de l'AME (32,8 %) (tableau 20).

Notons également que ces mêmes ressortissants sont plus de 30 % à ne pouvoir bénéficier d'aucune couverture maladie (ils sont en effet près de 20 % à se heurter à la contrainte liée au critère de stabilité de résidence contre environ 12 % des autres étrangers).

46. Circulaire N°DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi.

En entrant dans l'Union européenne, Mr C. perd les maigres droits qu'il avait en 2006 en tant que sans-papier.

Témoignage de l'équipe de Saint-Denis :



M. C. est né en 1952 à Rieni en Roumanie. Actuellement dans un squat de Saint-Ouen, il vit depuis quelques années dans des bidonvilles d'Île-de-France, changeant de lieu au gré des expulsions. Installé en France depuis mai 2003, il gagne environ 300 euros par mois en jouant de la musique aux coins des rues et dans le métro. Aidé par la mission Banlieue, M. C. a ouvert des droits à l'Aide Médicale Etat en février 2006. Il a été opéré fin novembre 2006 pour le remplacement de sa hanche droite suite à une coxarthrose hyper algique et invalidante. Un certificat fait à sa sortie de l'hôpital Saint-Antoine stipule que M. C. nécessite « une longue période de rééducation afin de récupérer une autonomie de marche ainsi qu'une surveillance postopératoire à moyen et long terme pour éviter toute complication ultérieure.

Malgré la validité de son Aide Médicale Etat, M. C. n'arrive pas à accéder aux soins de rééducation qui doivent être réalisés à domicile. En effet, aucun kinésithérapeute n'accepte de se rendre dans les baraquements de fortune où vit M. C.

Un mois après l'opération de M. C., le 1^{er} janvier 2007, la Roumanie entre dans l'UE laissant espérer aux Roms vivant en France que leurs conditions de vie s'amélioreraient. Pour M. C. comme pour les centaines de Roms vivant en Seine-Saint-Denis, la réalité sera tout autre.

En effet, la CPAM 93 décide début 2007 de cesser toute ouverture de droit pour les ressortissants communautaires inactifs. Lorsque son AME arrive à échéance en février 2007, M. C. ne peut ni accéder à la CMU comme les Roumains des autres départements franciliens ni même à l'AME. En entrant dans l'Union européenne, M. C. perd les maigres droits qu'il avait en 2006 en tant que sans-papier.

Les galères d'accès aux soins se multiplient. Sans AME, M. C. ne peut plus acheter les antalgiques, ni recevoir l'injection quotidienne d'anticoagulants prescrits par l'hôpital, absolument impérative pour éviter une complication thrombo-embolique. Médecins du Monde assume donc le coût des injections quotidiennes des anticoagulants. Ne trouvant aucune infirmière acceptant de se rendre dans le squat de M. C., qui plus est alors qu'il n'a aucune couverture médicale, un médecin du Caso de Saint-Denis explique à Mme C. comment faire les injections qu'elle fera dorénavant quotidiennement à son mari.

Après des mois de pression sur la Cnam 93, après instruction de la Cnam, elle décide que M. C. comme les autres Européens inactifs auront désormais droit à l'AME. Pour lui, cela constitue un soulagement, il pourra enfin se soigner. Pour les autres européens dits inactifs, cela constitue un net recul. Alors qu'ils bénéficiaient jusque-là de la CMU au titre de citoyens européens, ils sont désormais considérés comme des sans-papiers. L'Europe ne leur a rien apporté !



Tableau 20 : Répartition des patients étrangers selon le groupe continental et leurs droits à la couverture maladie (% en ligne)

	SS/CMU	AME	Aucun droit
	%	%	%
Ressortissants de l'Union européenne	37	32,8	30,2
Etrangers hors Union européenne	16,9	60,3	22,8

Les patients écartés de tout dispositif de couverture maladie en raison du critère de résidence semblent en légère augmentation cette année (12,6 %, ils étaient 10,6 % en 2006). Lorsque leur état de santé nécessite des soins urgents, ils doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge imputée au fond « soins urgents et vitaux » par l'hôpital.

Le dispositif soins urgents⁴⁷

Une circulaire parue le 16 mars 2005 permet aux personnes en situation irrégulière qui n'ont pas de couverture maladie durant les 3 premiers mois de résidence de se présenter à l'hôpital, pour « **des soins urgents** dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telle que la tuberculose ou le Sida par exemple) ».

La circulaire stipule que tous les soins et traitements délivrés aux mineurs doivent être pris en charge car ils « sont réputés répondre à la condition d'urgence ». De même, sont pris en charge les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse, ainsi que les soins aux femmes enceintes et aux nouveaux-nés. Sont également prises en charge les interruptions de grossesse. Les titulaires d'un visa court séjour sont en principe exclus de ce dispositif parce qu'ils sont supposés être couverts par l'assurance maladie agréée nécessaire à l'obtention du visa. Toutefois, les titulaires d'un visa court séjour qui ont vocation à vivre durablement en France, en cas d'absence ou de défaillance de leur assurance liée au visa, seraient en droit de bénéficier du dispositif soins urgents⁴⁸. Ce qui est à vérifier dans la pratique...

Mais d'une manière générale, pour obtenir l'application de cette circulaire, il faut trop souvent accompagner les patients munis du texte...

Elle serait couverte pour l'accouchement mais pas pour une fausse couche...
Témoignage recueilli par l'équipe de Saint-Denis :

“

A., 26 ans, est une Rrom roumaine. Elle vit avec son mari en banlieue nord de Paris depuis environ un an. Elle habite un squat vétuste sans eau courante et risque d'en être expulsée. Lorsqu'elle est vue par un médecin de Médecins du Monde en décembre 2007, A. est enceinte de 2 mois. Elle explique qu'elle a déjà subi 4 interruptions de grossesse lorsqu'elle vivait en Roumanie, chaque fois au terme de 6-7 mois, sans connaître la cause de ce problème. Ses grossesses n'avaient pas été suivies en raison de la pauvreté de sa famille et de la discrimination qui frappe les Rroms dans ce pays. En janvier 2008, enceinte de 3 mois, elle a des saignements depuis 4 jours, elle se rend donc aux urgences de la maternité d'un grand hôpital de la banlieue nord. On lui annonce qu'elle est peut-être en train de faire une fausse couche et qu'elle doit revenir dans 48 heures pour un nouveau contrôle. Deux jours après, de retour aux urgences, les saignements ont augmenté et le médecin lui confirme qu'elle a fait une fausse couche, qu'il faudra donc une intervention chirurgicale afin d'évacuer les restes de la grossesse. Elle est hospitalisée d'urgence et l'intervention est effectuée. Le lendemain, l'assistante sociale lui signifie que l'ouverture d'une AME n'est pas envisageable dans l'immédiat et n'ayant pas de couverture maladie, elle recevra donc la facture de son hospitalisation. L'AME nécessite une présence ininterrompue de 3 mois en France, or A. est retournée brièvement voir sa famille en Roumanie pour les fêtes de fin d'année. Lorsqu'un membre de l'équipe Rroms de MDM évoque, au téléphone, la circulaire « soins urgents » qui garantit une prise en charge « gratuite » des femmes enceintes et de toute situation pouvant menacer la vie, l'assistante sociale doute que la circulaire s'y applique : « elle serait couverte pour l'accouchement mais pas pour une fausse couche ». Elle évoque le poids que représentent les patients sans couverture maladie pour l'hôpital, qui n'est pas assuré de se faire rembourser pour ces actes.

”

47. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.

48. Guide du Comede 2008, page 186.

Il faut également noter les difficultés des personnes en situation irrégulière qui ont trouvé un emploi, qui disposent de fait de ressources (maigres bien souvent) pour subvenir aux besoins de leur famille mais qui se trouvent exclues de tout dispositif de couverture maladie parce que leurs ressources dépassent le seuil d'attribution de l'AME (606 euros pour une personne seule en 2007). L'effet de seuil est radical : une personne qui dépasse de 1 euro le seuil n'a pas droit à la couverture maladie qui assure pourtant une prise en charge des soins à 100 %. Les personnes dans cette situation doivent payer l'intégralité des soins.

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, un nombre croissant d'étrangers sont exclus de toute protection maladie en France. Et ce, parce qu'ils sont européens et pauvres ou extra-communautaires et pauvres mais au-dessus du seuil AME. Leur situation vis-à-vis de l'accès aux soins est particulièrement critique puisqu'ils sont censés couvrir 100 % des coûts, ce qui est totalement inabordable. Depuis plusieurs mois, les associations plaident auprès du ministère de la Santé pour l'instauration d'une AME de base contributive, à l'instar de la CMU de base (contribution à hauteur de 8 % des ressources). C'est d'autant plus nécessaire qu'il n'existe en France que des complémentaires santé et qu'aucune assurance ne couvre la part habituellement couverte par l'assurance maladie. Rappelons que les personnes dépourvues de couverture maladie renoncent à la prévention et aux soins et que cela concerne tant les adultes que leurs enfants. **L'AME de base contributive est une nécessité de santé publique.**

Ils auraient été pourtant prêts à régler une cotisation en fonction de leur revenus.
Témoignages de l'équipe de Nice au sujet de familles dont les revenus dépassent le seuil d'attribution de l'AME :



Un couple de Philippins avec un enfant de 4 ans. La maman est au foyer et le père travaille, non déclaré bien évidemment, comme employé de maison dans une propriété des alentours de Nice. Il est payé 5 € de l'heure et arrive à obtenir un salaire mensuel moyen qui se situe autour de 1 500 € et donc supérieur au plafond de ressources pour obtenir l'AME.

La famille a son propre appartement loué 1 100 € par mois dans lequel loge, sans qu'il apparaisse sur le bail, un compatriote qui participe aux frais à hauteur de 200 €. Il est impossible pour cette famille qui survit avec 600 € par mois (environ 6 € par jour et par personne) d'obtenir une couverture maladie. Ils auraient été pourtant prêts à régler une cotisation en fonction de leurs revenus.

Un couple de Roumains installé en France depuis 2004, madame est au foyer, monsieur travaille non déclaré dans le bâtiment avec un revenu mensuel moyen de 1 100 € par mois. Ils ont un bail à leur nom et paient un loyer de 710 € par mois. Il leur reste donc 400 € par mois pour vivre et payer les charges afférentes au logement. Pourtant, eux aussi dépassent le plafond et ne peuvent obtenir de couverture maladie.



1.2. Les droits effectifs à la couverture maladie

Si, comme nous l'avons vu, près de 78 % des patients de MDM, de par leur situation sociale, peuvent théoriquement bénéficier de droits à une couverture maladie, dans les faits seuls un peu moins de 20 % de ceux qui pourraient y prétendre ont effectivement des droits ouverts au jour de la première consultation à Médecins du Monde (tableau 21)^{49 50}.

Les consultants relevant de l'AME ont plus de difficultés à faire valoir leurs droits : ils sont un peu moins de 11 % à disposer de droits ouverts contre environ 35 % des patients relevant de l'assurance maladie.

49. Taux de réponses Droits effectifs : 91,7 %.

50. Rappelons 2 éléments qui viennent tempérer ce chiffre : d'une part il s'agit de patients à leur première visite à MDM (qui ne connaissent ni leurs droits, ni la façon de les obtenir, ni le système de soins français) ; d'autre part, les plus gros centres sont parfois obligés de réorienter directement, dès l'accueil, vers le système de soins de droit commun toute personne bénéficiant de droits ouverts à une couverture maladie du fait de l'affluence.

Tableau 21 : Croisement des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie (% en ligne)

	Droits effectifs			
	Ouverts		Non ouverts	
	%	n	%	n
Patients ayant droit à une couverture maladie	19,8	2 544	80,2	10 310
Patients relevant de l'assurance maladie : SS/CMU	35,4	1 687	64,6	3 074
Patients relevant de l'AME	10,6	857	89,4	7 236

Le tableau 22 met en exergue les difficultés plus importantes des patients étrangers pour accéder aux droits. Ils sont ainsi seulement 15 % à disposer d'une couverture maladie contre près de 52 % des patients français. On observe également qu'à droit égal, les étrangers sont systématiquement moins nombreux que les Français à disposer de droits ouverts.

Selon une étude de l'Insee parue en juin 2007⁵¹, il subsiste de fortes inégalités dans le recours à une complémentaire santé malgré une généralisation et la mise en place de la CMU en 2000. Neuf personnes sur dix disposent en 2003 d'une couverture maladie complémentaire. Elles étaient trois fois moins nombreuses en 1981. Mais le non-recours à la CMU est estimé à 15 % en 2003, du fait de complexités administratives, des problèmes d'information mais aussi parce que certains des bénéficiaires potentiels, notamment les plus jeunes, éprouvent moins de besoins de santé. Selon cette étude, les populations les plus vulnérables sont les moins couvertes : 13 % des personnes appartenant à une famille monoparentale n'ont pas de complémentaire, contre 5 % des individus vivant dans un ménage composé d'un couple et de deux enfants. Les étrangers restent aussi les moins couverts. En effet, 46 % des Africains non maghrébins, 42 % des Maghrébins, 33 % des ressortissants des pays européens hors UE et 21 % des ressortissants des pays de l'UE ne sont pas couverts, contre 8 % des Français de naissance. Toujours selon cette étude, la différence entre Français de naissance et Français par acquisition est également importante (13 points). Elle cache en réalité des situations très différentes selon le pays d'origine : 26 % des individus qui ont acquis la nationalité française mais qui sont nés au Maghreb restent sans couverture complémentaire contre 9 % de ceux nés en Europe (hors UE).

Les causes sont multiples, il n'en reste pas moins que nous sommes confrontés à une insupportable discrimination dans l'accès à une complémentaire santé.

Les ressortissants de l'Union européenne, comme nous l'avons vu précédemment, relèvent tantôt de l'assurance maladie, tantôt de l'AME.

Leur situation, comme on peut l'observer dans le tableau 22, apparaît nettement plus défavorable que celle des autres patients étrangers avec une proportion encore plus faible de patients ayant des droits ouverts.

Tableau 22 : Croisement des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie selon la nationalité

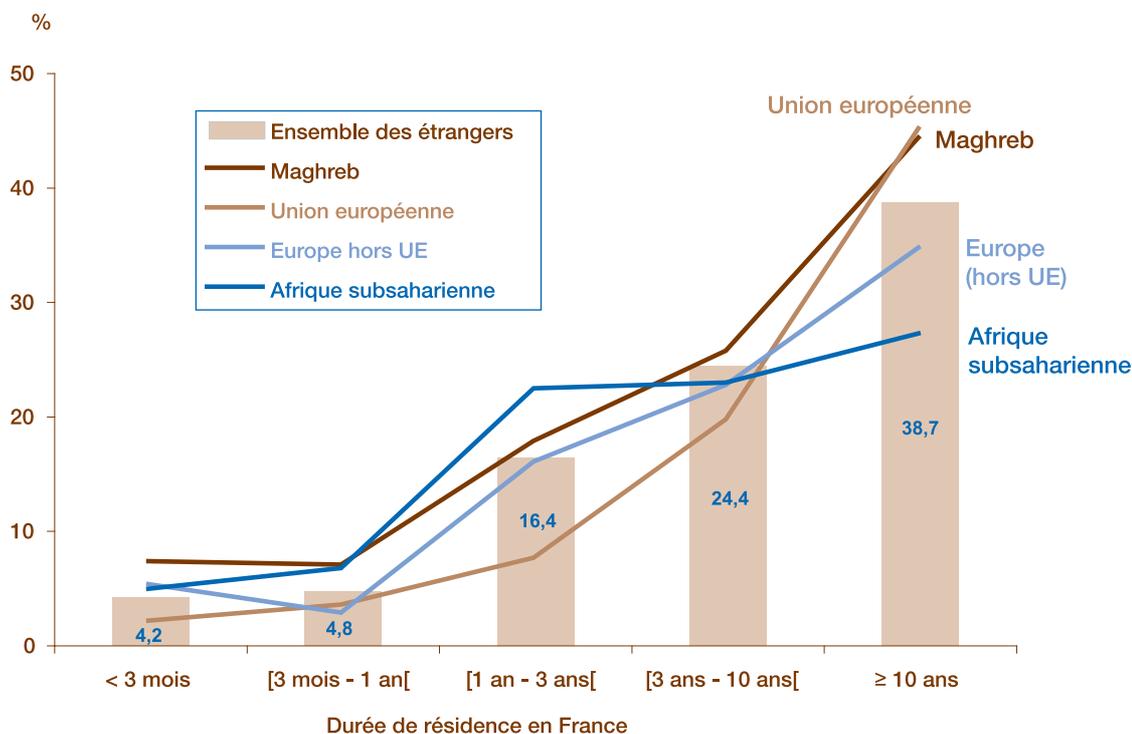
	Patients ayant des droits ouverts	
	%	n
Patients ayant droit à une couverture maladie	19,8	2 544
Français	51,7	860
Etrangers	15,0	1 668
Patients ayant droit uniquement à la CMU de base	69,7	398
Français	81,2	225
Etrangers	58,8	173
Patients ayant droit à la CMU complémentaire	30,7	1 277
Français	46,0	632
Etrangers	23,1	645
Etrangers relevant de la CMU	26,5	818
Ressortissants UE	11,9	138
Hors UE	35,3	680
Etrangers relevant de l'AME	10,6	850
Ressortissants UE	3,4	35
Hors UE	11,6	815

51. Insee Première, « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », n°1142, juin 2007.

Les difficultés des étrangers à accéder à une couverture maladie persistent même chez les patients qui ne sont plus « primo-arrivants » en France. Ainsi un peu moins du quart des étrangers résidant en France depuis 3 à 10 ans ont des droits ouverts, ils sont environ 39 % au-delà de 10 années de présence en France (figure 7). Les ressortissants de l'UE présents en France depuis moins de 10 ans sont ceux qui manifestement rencontrent le plus de difficultés dans l'accès aux droits.

Au-delà de 10 années de résidence en France, c'est cependant parmi ces ressortissants de l'UE que le taux de couverture maladie est le plus élevé (45 %) ainsi que parmi les étrangers originaires du Maghreb (44 %). Ce taux est en revanche beaucoup plus faible chez les étrangers européens hors UE (35 %) mais surtout chez les étrangers d'Afrique subsaharienne (27 %).

Figure 7 : Evolution de la part des étrangers disposant de droits ouverts à la couverture maladie selon le groupe continental et la durée de résidence en France.



2. Les obstacles à l'accès et à la continuité des soins

Les points essentiels

- La nécessité d'une domiciliation administrative (en particulier pour les patients sans domicile ou hébergés de façon précaire) reste l'un des tout premiers freins à l'accès aux droits et donc aux soins : 48 % des patients sont concernés par une domiciliation (7 176 personnes), parmi eux, 73 % en sont dépourvus. Les patients les plus concernés sont les hommes, les étrangers et les moins de 30 ans.
- Les autres obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients sont la méconnaissance des droits dont ils peuvent bénéficier et des structures délivrant des soins (27 % des patients), les difficultés administratives (25 %), les difficultés liées à l'accès aux droits et notamment l'obligation de résidence de 3 mois (24,5 %), la barrière linguistique (20 %).

2.1. Le besoin de domiciliation

Toutes les personnes qui ne peuvent apporter de justificatifs de domicile sur le territoire français (personnes sans domicile ou hébergées de façon précaire) doivent fournir une domiciliation administrative pour l'ouverture des droits CMU ou AME. Médecins du Monde milite depuis de nombreuses années pour obtenir la suppression de l'obligation de domiciliation. Cette contrainte est repérée par les accueillants de MDM comme l'un des tout premiers freins à l'accès aux soins.

Ces difficultés récurrentes n'ont pas lieu d'être. En effet l'adresse est censée être déclarative. Nous en voulons pour preuve **le décret n° 2000-1277 portant simplification de formalités administratives et suppression de la fiche d'Etat, version consolidée au 28 décembre 2004 qui stipule à son article 2 :**

« ...dans les procédures administratives instruites... les usagers justifient, lorsqu'une disposition législative ou réglementaire l'exige, de leur identité, de leur état civil, de leur situation familiale ou de leur nationalité française, par la présentation de l'original ou la production ou l'envoi d'une photocopie lisible du document... » ;
et dans son article 6 :

« ...Les personnes physiques qui déclarent leur domicile dans les procédures mentionnées à l'article 2 ne sont pas tenues de présenter des pièces justificatives... ».

La loi Dalo du 5 mars 2007⁵² a créé une procédure de domiciliation unique pour tous les droits sauf pour l'AME (et les demandes d'asile), qui reste régie par les anciens textes.

Une circulaire parue en février 2008⁵³, sur laquelle a pu peser un collectif interassociatif comprenant Médecins du Monde, rappelle enfin que la déclaration de domicile ne nécessite pas l'apport de justificatifs.

Si les administrations acceptent de changer leurs pratiques grâce à ce texte, seules les personnes qui ne peuvent recevoir leur courrier à leur adresse devraient désormais être concernées par la domiciliation. Mais le danger, pour les potentiels bénéficiaires de l'AME qui ne peuvent déclarer aucune adresse, est qu'il y ait de moins en moins d'associations agréées pour faire les domiciliations pour les AME. En effet, il faut une fois de plus rappeler qu'il n'y a en France que 150 à 170 000 personnes concernées par l'AME. Le système spécifique pour si peu de gens entraîne depuis le début des difficultés pour tous les professionnels censés connaître un dispositif qu'ils peuvent ne rencontrer que rarement. **Nous continuons à réclamer l'inclusion de l'AME dans la CMU (5 millions de bénéficiaires), c'est-à-dire un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes en dessous du seuil.**

En 2007, **48 % des consultants sont concernés par une domiciliation le jour de la première consultation à Médecins du Monde.** Parmi eux, un tout petit nombre (2,6 %) est domicilié par un CCAS et 24 % par une association, **alors que 73 % n'ont pas de domiciliation** (tableau 23)⁵⁴.

La domiciliation reste bien le tout premier frein à l'accès aux droits et donc aux soins. **Les 5 249 personnes qui n'en disposent pas représentent en effet 28 % de l'ensemble des patients de 2007. Ils sont de fait écartés de tout accès à une couverture maladie.**

Tableau 23 : Les patients concernés par une domiciliation⁽¹⁾

	%	n
Patients ayant besoin d'une domiciliation	48,3	7 176
Dont...		
Domiciliation réalisée par un CCAS	2,6	189
Domiciliation réalisée par une association	24,2	1 738
Pas de domiciliation	73,2	5 249

(1) les mineurs de moins de 16 ans ne sont pas concernés par la domiciliation

Refus de domiciliation pour une mère et ses 8 enfants.

Témoignage de l'équipe de Cayenne :



Mme A. est mère de 8 enfants, dont 4 sont nés en Guyane à Cayenne. Elle est en situation précaire matériellement et administrativement. Elle vit avec ses enfants dans un squat. En 2003, elle accède à une couverture maladie (AME) qui sera renouvelée à deux reprises et prendra fin en février 2005 comme le montre l'attestation qu'elle présente.

Nous l'orientons alors vers le centre intercommunal d'action sociale de l'Ile-de-Cayenne (CIASIC) pour qu'elle puisse obtenir une attestation de domiciliation comme nous l'avons fait pour plusieurs usagers en 2007, pour qui cela avait fonctionné. Mais, le 8 novembre, elle revient vers nous avec la lettre d'orientation que nous lui avons remise sur laquelle est indiqué, dans la partie retour, qu'elle n'a pu être prise en charge du fait qu'elle ne dispose pas de titre de séjour. .../...

52. Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, instituant le droit au logement opposable.

53. Circulaire N°DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

54. Taux de réponses Domiciliation : 85,9 %.

Nous l'orientons alors vers Objectif 2000, une association agréée pour la domiciliation, qui la reçoit et la prend en charge pour la domiciliation et également pour l'instruction de son dossier de demande d'AME le 12 novembre 2007. Le 29 janvier 2008, nous recevons Mme A. qui nous explique qu'il y a eu un problème dans l'instruction de son AME. Nous l'invitons alors à revenir avec l'ensemble des justificatifs requis pour elle et ses huit enfants afin de procéder à l'instruction de son dossier de demande d'AME.

Mme A. et ses huit enfants vivent dans une grande précarité et sont donc particulièrement vulnérables en matière de santé. Ces enfants ont entre 6 mois et 15 ans et sont tous ses ayants droits. Du fait de leur âge et de leur condition de vie (habitat, alimentation,...), ils sont plus particulièrement exposés aux risques sanitaires. Pour elle, les difficultés d'accès aux droits à la couverture maladie sont dues en premier lieu à l'impossibilité d'avoir une attestation de domiciliation auprès du CIASIC qui a refusé de la prendre en charge, mais également à la demande de justificatifs abusifs, notamment le certificat de scolarité alors que les ayants droit ont tous moins de 16 ans.



Le tableau 24 présente l'analyse des facteurs associés au besoin de domiciliation, d'une part pour l'ensemble des patients et d'autre part uniquement pour les patients étrangers.

On observe ainsi que toutes choses égales par ailleurs, la nécessité d'une domiciliation est significativement plus fréquente chez les hommes par rapport aux femmes, parmi les patients les plus jeunes et tout particulièrement les moins de 30 ans, chez les patients étrangers par rapport aux français.

L'analyse menée uniquement chez les patients étrangers retrouve les mêmes associations que précédemment, on observe en outre que les résidents en France depuis 3 mois à 1 an sont les plus concernés par ce problème de domiciliation.

Tableau 24 : Fréquence du besoin de domiciliation selon les caractéristiques des patients

	Patients français et étrangers			Patients étrangers		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	48,3			48,7		
Sexe						
Hommes	52,3	1,2	***	52,5	1,3	***
Femmes	43,3	réf		44,3	réf	
Age						
Moins de 18 ans	52,3	2,8	***	53,9	2,8	***
18-29 ans	54,2	2,9	***	55,7	2,9	***
30-44 ans	49,1	2,1	***	49,1	2,4	***
45-59 ans	44,8	1,8	***	45,4	2,2	***
60 ans et plus	25,0	réf		24,0	réf	
Logement						
Fixe	19,5	réf		20,5	réf	
Précaire	62,7	6,6	***	64,1	6,4	***
Sans logement	81,3	19,7	***	81,9	17,7	***
Nationalité						
Français	44,1	réf		----	----	----
Etrangers	48,7	2,0	***	----	----	----
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	----	----	----	48,7	2,7	***
De 3 mois à 1 an	----	----	----	63,8	5,1	***
De 1 an à 3 ans	----	----	----	48,4	2,6	***
De 3 ans à 10 ans	----	----	----	32,8	1,4	**
Plus de 10 ans	----	----	----	28,2	réf	

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif réf : population de référence. Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,2 significatif (p<0,001) pour les patients de sexe masculin signifie que le besoin de domiciliation est significativement plus fréquent chez les hommes par rapport aux femmes, toutes choses égales par ailleurs (âge, logement, nationalité).

2.2. Les autres obstacles repérés : méconnaissance des droits et des structures, complexité des démarches, difficultés financières, mais aussi des demandes abusives de justificatifs et des discriminations subies.

Tous les patients sont interrogés sur les principaux obstacles ou les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins (tableau 25)⁵⁵. Les accueillants notent alors les obstacles cités ou repérés à un moment ou à un autre. **Plus d'1 patient sur 4 (27 %) met en avant la méconnaissance de ses droits et/ou des structures susceptibles de délivrer des soins.**

Elles ne savent pas où aller, ni vers qui se tourner Témoignage d'une sage-femme de la mission Banlieue :



Les femmes Roms ne bénéficient encore que trop rarement d'un suivi de grossesse. Elles ne savent pas où aller, ni vers qui se tourner. Le plus souvent, elles travaillent, il faut donc pouvoir faire garder les enfants. Elles ne savent pas où se trouvent les PMI ni comment ces structures fonctionnent. Elles pensent qu'il leur faudra payer, puisqu'en Roumanie les échographies sont payantes. La peur est également un frein considérable : la peur d'un contrôle de papiers ou d'être gardée en hospitalisation loin des leurs.

Lorsque j'ai rencontré L., elle attendait son 8^e enfant et elle n'avait que 33 ans. Son aîné avait 16 ans et la plus jeune 3 ans. Alors qu'elle était à son 7^e mois de grossesse, elle n'avait encore vu aucun médecin ni effectué aucun examen. Elle expliquait qu'elle n'avait bénéficié d'aucun suivi de grossesse parce qu'elle ne savait pas où aller. J'ai alors ouvert son dossier avec un premier examen de grossesse et lui ai remis un double du dossier pour ses consultations à venir. Nous avons ensuite pris rendez-vous dans une maternité pour le suivi de fin de grossesse et une inscription en vue de son accouchement.

Les difficultés administratives et la complexité des démarches pour l'accès aux droits représentent le second frein cité spontanément par les patients (25 %).

« On fait la queue pendant des heures pour entendre que ce n'est jamais les bons papiers. »

Témoignage de l'équipe d'Angoulême :

« J'avais la CMU sur la Cnam de Limoges, et quand j'ai voulu la refaire ici, ils m'ont dit que j'avais pas de CMU et que j'étais affilié à la Cnam de Bordeaux. Ils m'ont demandé de refaire un dossier complet avec une liste de papiers à fournir. On fait la queue pendant des heures pour entendre que ce n'est jamais les bons papiers. J'ai laissé tomber, j'y comprends rien (...) ».

Les patients doivent faire face à des demandes de justificatifs impossibles à rassembler, voire des demandes abusives.

« Cinq mois d'allers et retours avec la Caisse de Sécurité Sociale pour l'ouverture de droits à la CMU pour un demandeur d'asile, avec des demandes abusives de justificatifs »

Témoignage de l'équipe de Cayenne :

M. C. a eu connaissance de la mission par un ami. Nous le recevons et l'informons sur ses droits à la couverture maladie en tant que demandeur d'asile en l'invitant à revenir en août avec son autorisation provisoire de séjour d'un mois pour que nous puissions constituer son dossier de demande de couverture maladie.

Le 6 septembre 2007, nous constituons son dossier de demande de CMU/CMUc et lui remettons une lettre d'orientation vers la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS). Lorsqu'il s'y présente le lendemain, on refuse son dossier car il n'a pas d'acte de naissance. Une lettre de demande de justificatifs complémentaires lui est remise qui précise qu'il doit également fournir : .../...

55. Taux de réponses Obstacles à l'accès aux soins : 87,4 %.

- une attestation d'hébergement alors qu'il dispose d'une attestation de domiciliation du Secours Catholique,
- un avis de versement d'allocations Assedic du 01/11/06 au 31/10/07, alors qu'il ne perçoit pas encore l'allocation temporaire d'attente,
- un avis d'imposition année 2006 alors qu'il est arrivé en Guyane il y a trois mois.

De plus, malgré la demande de M. C., l'agent de la CGSS refuse d'apposer son nom sur la lettre et de la dater.

Il revient alors au Caso et nous instruisons son dossier de demande de CMU/CMUc. M. C. est handicapé et nécessite un bilan de santé complet.

Le 20/11/07, il revient vers nous car il n'a pas encore son attestation. Nous lui remettons une lettre d'orientation spécifiant que nous avons instruit son dossier le 07/09/07, mais son déplacement reste encore sans résultat. Il reçoit par la suite au Secours catholique une lettre de la CGSS l'invitant à remettre son nouveau récépissé de la préfecture, celui ayant été fourni lors de l'instruction n'étant plus valide, et également une traduction de son acte de naissance dont il ne dispose pas.

Le 06/12/07, suite à la lecture de ce courrier sur lequel figure un numéro d'immatriculation provisoire signifiant donc que l'immatriculation est effective, nous l'orientons avec une lettre qui précise que l'acte de naissance n'est pas obligatoire et que M. C. dispose de son nouveau récépissé et de la lettre d'enregistrement de sa demande d'asile par l'Ofpra. De nouveau, il se heurte à un refus et n'obtient pas son attestation alors même qu'il a fourni les documents nécessaires.

Nous organisons alors un accompagnement physique le 12 décembre 2007, 5 jours après la fin du délai légal de traitement de son dossier par la CGSS, et enfin il obtient son attestation directement et sans difficulté. Ses droits sont ouverts au 1^{er} septembre 2007 pour un an. M. C. va pouvoir bénéficier du bilan de santé et des soins dont il a besoin.



C'est ensuite la barrière linguistique qui concerne près de 20 % des patients, barrière indispensable à lever aussi bien pour une compréhension optimale entre le patient et l'équipe soignante que pour assurer la confidentialité de l'entretien.

Comment aborder certaines préoccupations intimes en présence d'un membre de l'entourage ou de la famille, parfois d'un enfant ?

D'où la nécessité de recourir à l'interprétariat professionnel.

Gratuité d'une partie de l'interprétariat professionnel

Inter service migrant interprétariat a été créé à Paris en 1970. C'est une association non gouvernementale à but social et non lucratif.

L'objectif d'ISM est de faciliter la communication et la rencontre entre Français et étrangers de langues et de cultures différentes. L'association développe des actions d'interprétariat, de traduction, d'écrit public, d'informations juridiques et de sensibilisation. Ses valeurs essentielles sont la solidarité, le refus du racisme et des discriminations et la rencontre mutuellement enrichissante d'hommes et de femmes de cultures différentes.

Elle regroupe près de 300 interprètes et écrivains publics et propose ses services dans 92 langues et dialectes.

Les Missions France de Médecins du Monde, avec le soutien de la DGS, ont obtenu la gratuité d'une partie de l'interprétariat professionnel auprès d'Inter service migrants interprétariat, gratuité réservée jusqu'à présent aux centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et aux services de maladies infectieuses et d'hépatologie des hôpitaux.

Un autre obstacle est l'impossibilité d'accéder à des droits pour les consultants présents en France depuis moins de trois mois. La loi de finances rectificative 2003 a instauré un délai de 3 mois pour pouvoir demander le bénéfice de l'Aide Médicale Etat.

Il faut donc désormais prouver une présence sur le territoire depuis plus de 3 mois, ce qui s'avère particulièrement difficile pour des personnes dépourvues de titre de séjour, qui n'ont aucun justificatif de présence puisqu'ils ne peuvent ni travailler, ni louer un appartement, ni s'enregistrer auprès d'EDF-GDF, etc.

Lorsque leur état de santé nécessite des soins urgents, les personnes sans droits ouverts à la couverture maladie doivent pouvoir bénéficier du dispositif « soins urgents » de l'hôpital.

Difficultés d'application de la « circulaire soins urgents » pour un homme de 76 ans Témoignage de l'équipe de Nice :



Un monsieur de 76 ans, en situation irrégulière, vit chez son fils de nationalité française. Son fils vient nous voir avec copie des certificats médicaux hospitaliers attestant de l'urgence de sa prise en charge et nous montre la facturation que lui a adressée l'hôpital.

Nous appelons donc les bureaux des entrées et les assistantes sociales : certains nous opposent à plusieurs reprises que « ce monsieur n'a qu'à payer puisqu'il est venu pour se faire soigner ». Cette évaluation des motivations du séjour en France de ce monsieur repose sur le fait que son hospitalisation, en urgence faut-il le rappeler, est intervenue le lendemain de l'expiration de son visa. Quand bien même, nous rappelons que la circulaire soins urgents du 16 mars 2005 fixe des critères clairs concernant l'état de santé de la personne d'une part, et sa situation au regard du séjour d'autre part, et qu'il n'est nulle part fait mention de l'état d'esprit supposé du patient.

Nous intervenons alors directement auprès de la direction financière de l'hôpital par courrier : « Le 13 août, ce monsieur est hospitalisé une première fois en urgence à l'hôpital X ; et le protocole de mise en place de la prise en charge dans le cadre de la circulaire pour soins urgents est effectué. Il sort le 13 août et lors d'une visite de contrôle le 16 août à X, une hospitalisation est demandée et il est transféré à l'hôpital Y où il reste jusqu'au lendemain le 17 août. Cette hospitalisation lui est facturée.

Après avoir pris des renseignements auprès des services sociaux hospitaliers, il semble que là encore, le protocole pour la prise en charge dans le cadre de la circulaire pour soins urgents ait été effectué (certificat médical accompagné de l'avis positif du service social).

Ce serait le bureau des entrées de l'hôpital Y qui aurait décidé que cette hospitalisation soit payante. Le bureau des entrées de l'hôpital X aurait ensuite également décidé « pour rester en cohérence » de facturer également la première hospitalisation.

Ce monsieur a de très faibles ressources (de même que son fils, obligé alimentaire, qui perçoit une allocation adulte handicapé et qui doit avec cette dernière faire vivre sa famille) et il ne pourra s'acquitter des factures hospitalières.

Je vous serais donc très reconnaissante de bien vouloir éclaircir cette situation de façon à ce que les modalités de prise en charge apparemment prévues initialement par les médecins et les assistantes sociales puissent être effectives conformément au protocole arrêté lors de la réunion que nous avons eue en février 2006.»

Une réponse est obtenue et ce monsieur n'aura pas à régler son hospitalisation.



L'absence de couverture complémentaire est un obstacle dans 10 % des cas. En effet, les patients que nous recevons ne peuvent pas payer le ticket modérateur ni faire l'avance des frais (lorsque le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant) et ne peuvent pas payer de couverture complémentaire.

L'une des demandes récurrentes de MDM est la généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population. Cela simplifierait singulièrement les procédures de remboursement, le nombre d'interlocuteurs des Cpm étant alors restreint aux professionnels. Cela permettrait surtout aux familles en difficulté de ne pas avoir à sortir l'argent - qu'ils n'ont pas - en attendant le remboursement. Ainsi l'un des freins à l'accès aux soins souligné en particulier par les médecins généralistes serait supprimé. Mais le système actuel est ainsi fait qu'il faut que le conseil d'administration d'une Cpm vote l'instauration du tiers payant dans son département et ce uniquement si des critères de précarité particuliers sont relevés. De fait, ce sont les organisations représentatives des médecins qui s'y opposent le plus souvent.

Par ailleurs, il arrive que **des professionnels de santé réclament un paiement malgré une couverture à 100 %**. C'est ce que nous avons repéré lors de notre enquête de 2006 sur les refus de soins des médecins généralistes⁵⁶. Sur les 725 médecins généralistes contactés, 109 ont demandé de faire l'avance de frais à une personne couverte par l'AME, parce qu'ils ne connaissent pas le dispositif de la dispense d'avance de frais, ou parce qu'ils demandent une « participation financière ».

Voici quelques notes retranscrites par nos enquêteurs au moment des appels :

« AME inconnue prévoir 20 euros » ; « Ne connaît pas du tout l'AME, prévoir l'avance de frais » ; « Normalement il faut faire l'avance de frais... » ; « Confond avec la CMU Complémentaire, ne sait pas trop comment cela fonctionne. Il n'aime pas trop les papiers, il se perd dedans, prévoir l'avance de frais » ; « N'a jamais eu à faire avec cela. Si papiers pas clairs, avance de frais » ; « Il faut absolument faire l'avance de frais de toute façon » ; « C'est le patient qui se fait rembourser » ; « Si vous n'avez pas de carte vitale, ce sera 20 euros ».

A noter que 17 médecins ont précisé les sommes à prévoir pour le bénéficiaire de l'AME, allant de 10 à 30 euros...

Soulignons que les médecins spécialistes refusent encore bien plus souvent les bénéficiaires de l'AME et de la CMU.

Les difficultés financières sont largement citées par les personnes que nous rencontrons et les conduisent ainsi inévitablement à renoncer à certains soins.

Comme le souligne une enquête de la Drees sur les allocataires des minima sociaux et leur recours aux soins⁵⁷, un tiers d'entre eux disent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières dans les douze derniers mois. Les renoncements concernent principalement les prothèses dentaires (16 à 26 %), les soins dentaires (15 à 21 %) ainsi que l'optique (15 à 27 %), et, dans une moindre mesure, les soins de spécialistes (10 à 16 %) ou de généralistes (4 à 16 %). Le renoncement aux soins apparaît beaucoup plus élevé pour les allocataires des minima sociaux qu'en population générale.

Une autre étude de la Drees sur les bénéficiaires de l'AME⁵⁸ indique qu'un bénéficiaire de l'AME sur quatre déclare avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Le renoncement aux soins est avant tout motivé par des raisons financières par exemple lié au fait que les personnes ont d'autres priorités pour dépenser leur argent comme se loger ou nourrir sa famille mais aussi sortir d'une situation administrative ultra précaire. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans les 12 derniers mois intervient probablement en partie pendant la période précédant l'accès à l'AME.

Cela dit, comme cela a été évoqué plus haut, nos observations de terrain ont montré que certains professionnels de santé pouvaient également exiger le règlement de la consultation pour les bénéficiaires de l'AME, voire pratiquer des dépassements d'honoraires.

Selon cette même étude de la Drees, le renoncement aux soins concerne essentiellement des soins de premiers recours : médecin, médicaments et examens médicaux, alors qu'en population générale il concerne majoritairement les soins dentaires et l'optique.

Une autre étude, visant à mesurer la perception de la population générale sur ce qui est nécessaire pour avoir un niveau de vie décent en France⁵⁹, livre des résultats intéressants sur l'aspect santé :

- 82 % des Français jugent « *absolument nécessaire* » de recourir à des soins médicaux pour les enfants et que « *personne ne devrait en être privé* », 72 % les jugent absolument nécessaires pour eux-mêmes ;
- 77 % de pouvoir effectuer régulièrement des visites médicales (y compris pour les dents et les yeux) pour les enfants ; 59 % pour eux-mêmes ;
- 70 % pour s'acheter des médicaments lorsque c'est nécessaire ;
- 66 % pour s'acheter des appareils médicaux (lunettes, appareils dentaires) lorsque c'est nécessaire.

Ces soins sont jugés par une majorité de Français « *absolument nécessaires* » et « *personne ne devrait en être privé* », encore faut-il y avoir accès.

56. Enquête Médecins du Monde, « Je ne m'occupe pas de ces patients », testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, novembre 2006.

57. Drees, Etudes et Résultats, « Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins », n°603, octobre 2007.

58. Drees, Etudes et Résultats, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », n°645, juillet 2008.

59. Eurobaromètres 67.1, février-mars 2007.

Tableau 25 : Principaux obstacles à l'accès et à la continuité des soins cités par les patients (deux réponses possibles)

Principaux obstacles à l'accès et à la continuité des soins cités par les patients	%	n
Méconnaissance des droits et des structures	26,4	4 333
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité des démarches...)	20,3	3 332
Barrière linguistique	19,6	3 224
Aucun droit possible (personne en France depuis moins de 3 mois ou visa touriste)	14,9	2 450
Complémentaire trop chère, difficultés avance de frais,...	9,4	1 546
N'a pas pu apporter de preuves de présence en France depuis 3 mois	5,5	907
Pas de renouvellement des droits	4,2	697
Absence de carte vitale	3,3	535
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	2,5	412
Transfert dossier (d'un département à l'autre) ou droits ouverts dans autre département	1,4	231
Peur de la dénonciation	1,1	172
Mauvaise expérience dans le système de soins	0,9	155
CMU refusée par les professionnels	0,7	119
N'a pas trouvé de médecin traitant ou ne connaissait pas le dispositif	0,7	118
AME refusée par les professionnels	0,6	98
Autre raison exprimée ⁶⁰	12	1 964
Pas d'obstacle	8,8	1 448

L'analyse des freins à l'accès aux soins est présentée de façon plus détaillée dans le tableau 26 selon les caractéristiques des patients (sexe, nationalité, âge et droits effectifs à la couverture maladie).

Certains obstacles pour plus de lisibilité ont été regroupés :

- Méconnaissance du système sanitaire et social : méconnaissance des droits et des structures ; n'a pas trouvé de médecin traitant ou ne connaissait pas le dispositif
- Difficultés d'ordre administratives : difficultés administratives ; absence de carte vitale ; transfert de dossier d'un département à l'autre ou droits ouverts dans un autre département
- Difficultés liées à l'accès aux droits : aucun droit possible ; pas pu apporter de preuves de présence en France depuis 3 mois ; pas de renouvellement des droits
- Discriminations, expériences négatives : AME ou CMU refusées par les professionnels ; mauvaise expérience dans le système de soins ou d'accès aux droits.

Les variations des obstacles cités par les patients sont assez peu marquées selon le sexe.

Les étrangers en revanche sont bien plus nombreux que les Français à être en butte à la complexité de notre organisation sanitaire et sociale ou aux difficultés dans l'accès aux droits. Les Français a contrario mettent plutôt en avant les difficultés administratives ou les problèmes liés à l'absence de complémentaire santé.

L'analyse des variations selon l'âge des patients ne montre pas de variation significative.

Les obstacles cités, enfin, varient de façon très marquée selon l'état des droits à la couverture maladie. Les patients qui ne disposent que d'une couverture maladie de base avancent plus souvent les obstacles administratifs, mais surtout soulignent massivement les difficultés liées à l'absence de complémentaire santé assurant un remboursement complet des soins.

Les difficultés citées par les patients couverts au titre de la CMUc ou de l'AME semblent moins marquées que celles des autres patients dans tous les registres, le problème le plus souvent soulevé par ces personnes est la difficulté d'avance des frais de santé, dans des dispositifs supposés garantir la non-avance de frais... Ce n'est évidemment pas le cas des consultants n'ayant aucuns droits ouverts qui eux sont très concernés par les difficultés administratives et leur méconnaissance de notre système de soins et d'accès aux droits. Le problème enfin des patients non concernés par la couverture maladie (étrangers de passage, résidence de moins de 3 mois en France) se concentre essentiellement autour des difficultés dans l'accès aux droits.

60. Les « autres raisons exprimées » telles qu'elles ont été codées regroupent essentiellement des difficultés financières, des problèmes de renouvellement ou des droits en attente, ou simplement le fait que les personnes n'ont droit à aucune couverture maladie du fait de leur arrivée récente sur le territoire ou disposent d'un visa court séjour n'ouvrant droit à aucune couverture maladie. Ces réponses étaient pourtant prévues. Le recodage de ces réponses n'a pas été possible a posteriori. Une information particulière devra être délivrée aux personnes en charge de renseigner les dossiers et à celles en charge de les saisir.

Tableau 26 : Fréquence des principaux obstacles à l'accès et à la continuité des soins selon les caractéristiques des patients

	Méconnaissance du système sanitaire et social			Difficultés administratives			Difficultés liées à l'accès aux droits		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	27,0			24,5			24,5		
Sexe									
Hommes	27,6	1,1	ns	25,6	1,1	*	22,6	0,9	ns
Femmes	26,3	réf		23,0	réf		26,9	réf	
Nationalité									
Français	13,7	réf		33,4	réf		7,2	réf	
Etrangers	28,6	2,1	***	23,5	0,5	***	26,5	2,2	***
Age									
Moins de 18 ans	29,1	1,4	**	21,4	1,2	ns	26,3	0,8	*
18-59 ans	27,6	1,2	ns	25,6	1,4	***	23,4	0,9	ns
60 ans et plus	19,6	réf		15,5	réf		36,0	réf	
Droits à la couverture maladie									
CMU de base	12,8	1,6	**	23,4	1,6	***	7,4	3,4	***
CMUc ou AME	10,7	réf		13,4	réf		2,9	réf	
Aucuns droits ouverts	35,0	4,1	***	31,0	3,3	***	17,0	6,2	***
Non concerné(e) ⁶¹	11,9	1,1	ns	7,3	0,6	***	67,5	61,1	***
	Discrimination, expériences négatives			Pas de complémentaire, difficulté d'avance de frais			Aucun obstacle		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	4,7			9,4			8,8		
Sexe									
Hommes	5,1	1,2	**	9,9	1,0	ns	8,8	0,9	ns
Femmes	4,1	réf		8,8	réf		8,8	réf	
Nationalité									
Français	4,6	réf		24,0	réf		13,4	réf	
Etrangers	4,7	1,5	**	7,8	0,6	***	8,2	0,9	ns
Age									
Moins de 18 ans	2,6	0,7	ns	10,6	1,1	ns	4,7	0,6	*
18-59 ans	5,0	1,4	ns	9,0	0,7	**	9,3	1,2	ns
60 ans et plus	3,0	réf		11,8	réf		6,5	réf	
Droits à la couverture maladie									
CMU de base	5,8	0,7	ns	43,2	3,1	***	6,6	0,1	***
CMUc ou AME	8,5	réf		17,2	réf		33,3	réf	
Aucuns droits ouverts	4,8	0,5	***	7,2	0,4	***	7,1	0,2	***
Non concerné(e)	1,4	0,2	***	4,2	0,2	***	2,3	0,1	***

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=2,1 significatif (p<0,001) pour les patients étrangers signifie que l'obstacle lié à la méconnaissance de notre système sanitaire et social est significativement plus fréquent pour les patients étrangers que pour les patients français, toutes choses égales par ailleurs (sexe, âge, droits à la couverture maladie).

Une analyse des freins à l'accès aux soins spécifique aux patients étrangers est proposée dans le tableau 27. Comme dans l'analyse précédente les variations selon le sexe sont très peu marquées.

Les obstacles cités par les patients de moins de 60 ans sont nombreux et divers, sans hiérarchie bien établie (notons le problème de la barrière linguistique qui concerne 22 à 29 % d'entre eux contre 15 % des plus de 60 ans), les problèmes des plus de 60 ans au contraire sont plutôt concentrés autour des difficultés d'accès aux droits.

61. Il s'agit des patients n'ayant pas de droits théoriques à une couverture maladie (patients en France depuis moins de 3 mois ou étrangers de passage).

Les mêmes associations entre l'état des droits à la couverture maladie et les obstacles à l'accès aux soins sont retrouvées dans cette analyse consacrée aux étrangers avec en tout premier lieu les difficultés entraînées par une couverture maladie incomplète.

Enfin, les freins à l'accès aux soins varient également selon l'ancienneté de la présence en France. Les patients présents en France depuis moins de 3 mois citent davantage la barrière linguistique mais surtout pour plus de la moitié d'entre eux les problèmes pour l'accès aux droits.

A l'opposé, les étrangers présents depuis au moins 10 ans continuent à être confrontés à des problèmes administratifs mais également à des difficultés pour s'orienter dans notre système de soins.

Des pièces abusives et mauvais accueil au guichet

Témoignage de l'équipe de Nice :

“

Nous avons eu cette année un stagiaire infirmier d'origine maghrébine qui s'est présenté aux différents guichets de la CPAM pour demander une Aide Médicale d'Etat :

A un guichet, il a été très aimablement accueilli ; en revanche, on lui a expliqué que s'il n'amenait pas tout, il ne pourrait pas faire de demande :

- *un titre de séjour (ce qui est le comble pour une AME)*
- *une attestation d'hébergement qui n'est pas obligatoire*
- *une pièce d'identité de l'hébergeant (qui n'est pas à demander)*
- *une quittance de loyer (qui n'est obligatoire que si la personne a un bail à son nom)*
- *une preuve de présence*
- *un justificatif d'identité*
- *des justificatifs de revenus (la plupart du temps impossible à fournir pour une personne en situation irrégulière).*

A un autre guichet, l'imprimé à remplir a été jeté par-dessus le comptoir sans aucune explication (il a dû se baisser pour le ramasser par terre) et quand il a demandé ce qu'il devait amener, on lui a répondu très sèchement : « vous n'avez qu'à lire le papier. »

Il est donc très difficile pour une personne d'utiliser le droit commun pour obtenir son AME.

”

Cela nous arrive toutes les semaines

Témoignage de la médiatrice de la mission Banlieue :

“

Le 11 novembre 2007, une médiatrice de l'équipe de Médecins du Monde est à 9 heures à la gare du Nord : « J'avais rendez-vous avec deux femmes Roms enceintes de près de 7 mois que je devais amener au laboratoire d'analyses médicales afin de faire un bilan sanguin. Cela est nécessaire dans le cadre du suivi de leur grossesse. Le lieu du rendez-vous ne convenait pas aux deux femmes : « la police nous embête toujours là-bas » mais je les avais rassurées « si on s'y retrouve à 9 heures, il n'y a pas de raison qu'ils vous fassent des histoires ». Pourtant, une demi-heure après l'heure du rendez-vous, je ne les vois toujours pas arriver. L'après-midi, je me rends sur le terrain pour prendre des nouvelles des femmes et comprendre le motif de leur absence. Celles-ci se précipitent sur moi pour s'excuser. Elles étaient bien là, à l'heure, mais des policiers les ont interpellées pour un contrôle d'identité et les ont mises, sans motif réel, en garde à vue pendant 3 heures, avant de les libérer. « Cela nous arrive toutes les semaines expliquent-elles... » mais leur rendez-vous était manqué.

”

Tableau 27 : Fréquence des principaux obstacles à l'accès et à la continuité des soins cités par les étrangers selon les caractéristiques des patients

	Méconnaissance du système sanitaire et social			Difficultés administratives			Difficultés liées à l'accès aux droits		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients étrangers	28,6			23,5			26,5		
Sexe									
Hommes	29,6	1,0	ns	24,6	1,1	*	24,8	0,9	ns
Femmes	27,3	réf		22,2	réf		28,4	réf	
Age									
Moins de 18 ans	29,4	1,3	*	21,0	1,4	**	28,1	0,7	**
18-59 ans	29,3	1,1	ns	24,5	1,4	*	25,2	1,0	ns
60 ans et plus	20,6	réf		13,8	réf		39,3	réf	
Droits à la couverture maladie									
CMU de base	16,8	1,9	***	25,3	2,9	***	9,7	3,0	***
CMUc ou AME	10,8	réf		9,9	réf		3,6	réf	
Aucuns droits ouverts	36,2	5,3	***	30,0	4,0	***	17,6	5,4	***
Non concerné(e)	11,9	1,8	***	7,1	1,0	ns	68,0	27,4	***
Durée de résidence en France									
Moins de 3 mois	17,7	0,7	***	13,2	0,5	***	55,9	3,5	***
de 3 mois à 1 an	35,0	1,1	ns	30,2	0,8	ns	13,6	0,9	ns
de 1 an à 10 ans	33,0	1,1	ns	25,7	0,7	**	15,4	1,2	ns
10 ans et plus	26,1	réf		29,1	réf		11,5	réf	
	Barrière linguistique			Pas de complémentaire, difficulté d'avance de frais			Peur de la dénonciation		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients étrangers	21,8			7,8			1,2		
Sexe									
Hommes	20,5	0,9	ns	8,4	1,1	ns	1,3	1,1	ns
Femmes	23,3	réf		7,1	réf		1,0	réf	
Age									
Moins de 18 ans	28,7	1,9	***	9,2	1,2	ns	0,6	2,0	ns
18-59 ans	21,8	1,4	***	7,5	0,9	ns	1,3	3,0	ns
60 ans et plus	15,3	réf		9,2	réf		0,3	réf	
Droits à la couverture maladie									
CMU de base	8,5	1,7	*	33,8	1,9	***	0,9	12,7	*
CMUc ou AME	6,6	réf		18,3	réf		0,1	réf	
Aucuns droits ouverts	25,7	3,2	***	6,7	0,4	***	1,4	22,4	**
Non concerné(e)	16,3	1,4	*	4,1	0,2	***	0,7	27,5	**
Durée de résidence en France									
Moins de 3 mois	23,6	10,2	***	5,1	0,4	**	0,5	0,3	**
De 3 mois à 1 an	32,1	10,7	***	6,4	0,4	***	1,0	0,6	ns
De 1 an à 10 ans	15,1	4,5	***	9,0	0,5	***	1,9	1,3	ns
10 ans et plus	3,2	réf		20,8	réf		1,2	réf	

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,1 significatif (p<0,05) pour les hommes signifie que l'obstacle lié aux difficultés d'ordre administratif est significativement plus fréquent pour les hommes par rapport aux femmes, toutes choses égales par ailleurs (âge, droits à la couverture maladie, durée de résidence en France).

2.3. Les refus de soins des professionnels de santé

Les refus de soins des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ne sont désormais plus un tabou et sont éclairés de façon officielle par le fonds CMU dans un premier rapport d'enquête rendu public en juin 2006⁶² puis dans un rapport de recommandations en novembre de la même année⁶³. Mais il s'agit dans ces rapports uniquement de la CMU, alors que les refus de soins avec l'AME sont encore plus fréquents. Outre nos rapports précédents sur le sujet, une récente étude de la Drees sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins⁶⁴ relate que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a vécu un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien. A titre de comparaison, les bénéficiaires de la CMU sont 15 % à déclarer être dans ce cas.

La Haute autorité de lutte contre les discriminations (Halde), qui s'est auto-saisie à la lecture de notre précédent rapport faisant état des refus de soins massifs rencontrés par les bénéficiaires de l'AME (rapport 2005 de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de MDM), reconnaît que les refus de soins tant pour les bénéficiaires de la CMU que pour ceux de l'AME constituent une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux et que cela constitue une violation des principes déontologiques⁶⁵. Elle a recommandé au Conseil national de l'ordre des médecins « *d'informer les professionnels de santé du caractère illégal et discriminatoire du refus d'accès à la prévention et aux soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME et des conséquences de telles pratiques, eu égard aux mesures disciplinaires qui pourraient être prises à leur encontre.* »

Elle invite « *les organismes de sécurité sociale en charge du dispositif à leur transmettre une information sur leurs droits aux soins, sur le caractère discriminatoire d'un éventuel refus, ainsi que sur les modalités de saisine du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la Halde* »

Par ailleurs, « *pour disposer d'un bilan élargi à l'ensemble du territoire national des conditions d'accès aux soins des personnes bénéficiaires de l'AME, le Collège de la haute autorité demande au ministre de la Santé et des Solidarités de saisir l'Inspection générale des affaires sociales afin de mener une étude sur le sujet.* »

Le ministère de la santé déclare vouloir mettre un terme à ces pratiques discriminatoires tant pour les bénéficiaires de la CMU que de l'AME, nous en attendons les mesures concrètes.

Qu'a fait le gouvernement voire la Cnam pour informer les bénéficiaires AME de leurs droits aux soins et du caractère illégal et discriminatoire des refus de soins AME ?

Une brochure pour les bénéficiaires de la CMU a certes été réalisée pour les informer sur leurs droits aux soins. Cette brochure est accessible sur le site internet de l'assurance maladie. Elle aurait été diffusée à 2 millions d'exemplaires et pourtant aucune des associations regroupées dans le collectif Alerte sous l'égide de l'Uniopss⁶⁶ ou dans le collectif ODSE⁶⁷ ne l'a jamais vue. De toute façon, cette brochure aurait également dû être conçue pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat.

Une des mesures prévues par le ministère était d'évaluer le phénomène des refus de soins des bénéficiaires de la CMU sur l'ensemble du territoire en identifiant les professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires CMU. Plusieurs études ont été menées dans ce sens. La première publiée par la Drees en mars 2008⁶⁸ visait à étudier les conditions d'accueil des bénéficiaires de la CMU par différentes catégories de professionnels de santé. Les premiers résultats montrent que les médecins généralistes accueillent une part plus élevée de bénéficiaires de la CMU que les spécialistes ou les dentistes. Les généralistes et les dentistes les « plus accueillants » reçoivent trois fois plus de bénéficiaires CMU que les « moins accueillants ». Les professionnels du secteur 1 accueillent une part plus importante de bénéficiaires de la CMU que ceux du secteur 2. Comme le mentionnent les auteurs, cette étude « *suggère l'existence de difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, appelant des actions correctrices* »... Elle suggère également l'intérêt de mener des études qualitatives pour mieux comprendre « *la structuration particulière des patientèles* » et d'apprécier « *leurs implications sur le fonctionnement des cabinets des professionnels concernés* ».

Une autre étude, menée par l'Irdes et publiée en mars 2008 également⁶⁹, conclut au fait que l'existence « *d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUc de la part de certains professionnels n'est pas à exclure* »...

Et qu'ont fait par ailleurs les Conseils des ordres pour informer médecins, dentistes, pharmaciens et autres du caractère illégal et discriminatoire des refus de soins CMU et AME ?

62. Desprès C., Naiditch M. « *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la CMU* », DIES, rapport final, mai 2006.

63. Rapport pour M. le ministre de la Santé et des Solidarités, « *Les refus de soins des bénéficiaires de la CMU* », Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, novembre 2006.

64. Drees, Etudes et Résultats, « *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins* », n°645, juillet 2008.

65. Halde, délibération n°2006-233 du 6 novembre 2006 pour la CMU ; délibération n°2007-40 du 5 mars 2007 pour l'AME.

66. Le Collectif ALERTE est un réseau de 41 fédérations et associations nationales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion réunies dans le cadre de l'UNIOSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux).

67. L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif d'associations luttant contre les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins, du droit au séjour pour raisons médicales et de la protection contre l'éloignement des étrangers malades. Les organisations membres de l'ODSE sont : ACT UP Paris, AFVS, AIDES, ARCAT, CATRED, CIMADE, COMEDE, CRETEIL SOLIDARITE, FASTI, FTOR, GISTI, MEDECINS DU MONDE, MRAP, PASTT, Association PRIMO LEVI, SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITE SIDA ; www.odse.eu.org

68. Drees, Etudes et Résultats, « *Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006* », n°629, mars 2008.

69. Irdes, Questions d'économie de la santé, « *Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUc des praticiens libéraux* », n°130, mars 2008.

Notre constat est clair : les patients ignorent toujours leurs droits et les médecins leurs devoirs.

Nous continuerons à rester vigilants sur le terrain pour lutter contre ce phénomène de refus de soins et le dénoncer.

Notre équipe de Nice a par exemple contacté, au cours du 1^{er} semestre 2008, l'ensemble des gynécologues de la ville, quel que soit le secteur, pour savoir si elle pouvait éventuellement leur orienter les patientes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Sur 64 médecins contactés :

- 10 sont injoignables ;
- 15 ont refusé très nettement de recevoir les patientes qu'elles aient l'AME ou la CMU ;
- 9 ont refusé pour des raisons diverses, dont 7 pour des raisons de « quota atteint, pas de nouvelles patientes » ;
- 3 ont refusé car spécialisés dans la procréation médicale assistée ;
- 8 ont accepté la CMU si les bénéficiaires ont la carte vitale ;
- **seuls 14 ont accepté de recevoir les patientes AME ou CMU sans conditions (avec ou sans carte vitale), soit un quart des médecins contactés.**

(5 médecins restent difficilement classables : ils ont accepté de recevoir les patientes mais avec des délais de rendez-vous qui nous ont paru assez longs, il nous a été difficile de savoir si c'était un refus déguisé ou pas).

L'équipe de Marseille continue de recevoir des témoignages de patients qui font état de refus de soins des dentistes. L'équipe de Saint-Denis a, par ailleurs, récemment tenté d'appeler les 13 dentistes de Saint-Denis, 10 d'entre eux ont pu répondre. Sur les dix, six ont catégoriquement refusé de prendre des bénéficiaires de l'AME. A Aubervilliers, sur les 7 dentistes qui ont pu être joints, seuls deux acceptent les détenteurs de l'AME.

De même, notre équipe de Cayenne a réalisé une enquête de décembre 2006 à mai 2007 auprès des médecins généralistes et des spécialistes de l'île-de-Cayenne. L'objectif était double, d'une part, pouvoir mieux orienter les usagers dans le système de santé de droit commun et, d'autre part, témoigner sur la question du refus de prise en charge et de soins des usagers en situation de précarité sociale, économique et administrative. L'équipe a opéré en toute transparence concernant l'objectif de pouvoir orienter vers le secteur libéral les usagers disposant de droits ouverts à l'AME et la CMU.

35 généralistes (88 % de la totalité des généralistes) et 31 spécialistes (79 % des spécialistes) de l'île-de-Cayenne ont été contactés⁷⁰.

Les résultats montrent à quel point cette problématique est cruciale dans un département déjà touché par la sous-densité de professionnels de santé, des inégalités criantes et un contexte de risques sanitaires des plus élevés (tableau 28).

Pour les médecins généralistes, nous avons repéré 60 % de refus de l'AME (refus directs et indirects, il s'agissait généralement de faire l'avance de frais) ; 60 % de refus de la CMU sans carte vitale et 48 % de refus de la CMU avec carte vitale.

Pour les spécialistes, nous constatons 58 % de refus de soins pour l'AME, 48 % pour la CMU sans carte vitale et 48 % également pour la CMU avec carte vitale...

Tableau 28 : Résultats de l'enquête menée par l'équipe de Cayenne

	AME			CMUc sans carte vitale			CMUc avec carte vitale		
	Acceptée	Refusée	Sous conditions	Acceptée	Refusée	Sous conditions	Acceptée	Refusée	Sous conditions
Médecins généralistes	40 %	31 %	29 %	40 %	40 %	20 %	52 %	14 %	34 %
Effectif méd. généralistes	14	11	10	14	14	7	18	5	12
Médecins spécialistes	42 %	39 %	19 %	52 %	35 %	13 %	52 %	35 %	13 %
Effectif méd. spécialistes	13	12	6	16	11	4	16	11	4

70. Les médecins non contactés étaient injoignables au moment des appels (5 appels en moyenne par jour et sur plusieurs semaines différentes).

2.4. Mayotte, Guyane, terres d'exception dans l'accès aux droits et aux soins ?

La Guyane comme Mayotte sont des régions ultrapériphériques qui représentent des enjeux géostratégiques importants. Mais ce sont des terres de non-application du droit à la santé ou d'application différenciée des corpus réglementaires.

Elles présentent également deux différences majeures. La Guyane possède le statut juridique de département d'outre-mer et Mayotte, celui de collectivité d'outre-mer. Les flux migratoires, relativement homogènes à Mayotte, vont dans le sens d'un renforcement du melting-pot en Guyane.

Ces territoires « d'exception » cumulent des obstacles majeurs dans l'accès aux droits à une couverture maladie et aux soins pour les populations en situation de précarité qui y vivent.

Extrait du forum « Mayotte, Guyane, terres d'exception ? », qui s'est tenu au siège de Médecins du Monde le 17 mai 2008⁷¹

La Guyane, terre d'amplification des dysfonctionnements

Dr Stéphane Garnier, responsable de mission Guyane

La Guyane, en tant que département d'outre-mer créé le 9 mars 1946, relève du droit français. Les lois et dispositifs réglementaires sont identiques à ceux de la métropole, sauf en ce qui concerne les dérogations en matière de sécurité intérieure et d'immigration. Je la qualifierai de terre d'amplification des dysfonctionnements plutôt que de terre d'exception. Ce qui fonctionne en France n'y fonctionne pas.

La Guyane se caractérise par un PNB inférieur de moitié à celui de la métropole, un taux de chômage de plus de 20 % (jusqu'à 50 % parmi les moins de 25 ans), une population jeune (55 % ont moins de 25 ans), de forts taux de natalité et de mortalité infantile, une espérance de vie inférieure de cinq ans à celle de la métropole, un nombre de RMIstes bien plus élevé, 38 % de bénéficiaires de la CMU contre 8 % en métropole et une situation de l'AME explosive.

Il s'agit également du seul département français déclaré en épidémie généralisée pour le VIH. L'expérimentation d'un test rapide est prévue avant la fin de l'année. Nous espérons y être associés. Le contexte sanitaire et social, très préoccupant, est marqué par un taux d'équipement médical en diminution, par la pénurie des personnels de santé, l'absence de psychiatres de ville, la présence d'un unique pédopsychiatre, une consommation médicale par habitant très inférieure à celle de métropole, avec un taux de consultation médicale 2,5 fois inférieur à celui de la métropole. A cela s'ajoute la barrière linguistique.

Au niveau du logement sont dénombrées 8 000 habitations insalubres, sans compter les bidonvilles qui grossissent de 1 000 toits par an. Leurs habitants n'ont pas d'adresse administrative. Les marchands de sommeil sont une réalité.

Plutôt que de parler d'une terre de non-droit, je qualifierai la Guyane de terre aux droits bafoués. Cayenne compte plus de 50 000 habitants. Il n'y existe pas de PASS fonctionnelle. 60 % des médecins généralistes et 95 % des dentistes en ville refusent les bénéficiaires de l'AME et de la CMU sans carte vitale. Seules 49 % des femmes enceintes bénéficient d'un suivi de grossesse complet. Il s'applique en Guyane une politique d'usure de l'utilisateur par différentes contraintes. Nous sommes face à une demande importante, à une pénurie de bénévoles et au turnover des personnels.

(...)

Les représentations touchant les sans-papiers et ceux qui s'en occupent font obstacle à l'action de notre association.

Notre mission demande que la problématique des régions d'outre-mer soit posée au sein de Médecins du Monde. Elle demande également que Médecins du Monde perçoive l'aspect naturel de l'immigration en Guyane et la force de la xénophobie désinhibée dont sont victimes les étrangers et les clandestins. Nous souhaitons un engagement fort de Médecins du Monde pour maintenir une action libre et responsable, l'investissement de l'est et de l'ouest de la Guyane, et enfin un appui technique et méthodologique pour développer la procédure contentieuse et imposer le respect du droit. .../...

71. L'intégralité des actes du forum sont disponibles sur le site internet de Médecins du Monde à l'adresse : http://www.medecinsdumonde.org/fr/mobilisation/les_evenements/forum_mayotte_guyane

NB : Les témoignages de Cayenne repris dans ce rapport illustrent la situation en 2007. En 2008, nous notons une amélioration notable dans la prise en charge des femmes enceintes et des jeunes enfants par les PMI, une amélioration de la prise en charge des vaccinations et du dépistage de la tuberculose, une évolution des discussions concernant la PASS avec le centre hospitalier, la direction de la santé et du développement social et MDM, visant l'amélioration du dispositif et la prise en charge des usagers. En revanche, la situation ne s'est pas améliorée concernant les refus de soins par les médecins de ville. De même, des difficultés ponctuelles réapparaissent dans l'ouverture des droits à la CMU ou à l'AME.

Mayotte, une collectivité départementale d'outre-mer française, où ni la CMU ni l'AME ne sont prévues

Dr Marie-Pierre Augier, co-responsable de mission Mayotte

La population de Mayotte se caractérise par :

- un niveau de vie bas ;
- 21 % d'habitants sous le seuil de pauvreté, 90 % à l'aune des critères de la métropole ;
- des problèmes d'identité notamment au niveau de l'état civil, ce qui empêche toute affiliation à la sécurité sociale ;
- une culture non occidentale ;
- la méconnaissance de ses droits.

Il est contestable de parler d'« étrangers » à Mayotte, étant donné la force des liens historiques et familiaux entre les Mahorais et les autres habitants des Comores. Les étrangers en situation irrégulière représentent une part importante de la population. Ils jouent un rôle économique majeur et sont chassés dans une grande hypocrisie.

Le contexte politique et réglementaire se caractérise par une non-application des textes de la CMU, de l'AME et de la circulaire sur les soins urgents. Une politique d'expulsion musclée est menée, face à un désinvestissement de l'Etat sur ces questions. Les services sociaux sont insuffisants. Une volonté politique s'affiche souvent clairement contre les étrangers en situation irrégulière.

Le contexte de santé est similaire. Le mythe selon lequel l'immigration est liée à la recherche de soins et à la scolarisation des enfants est démenti par les études de Médecins du Monde⁷² et de l'Inserm⁷³ mais reste tenace. Notre action souffre de l'amalgame entre le soutien aux étrangers et le militantisme pour le retour de Mayotte aux Comores.

Le système de santé souffre d'un retard structurel majeur, avec une densité médicale cinq fois inférieure à celle de la métropole, quatre fois inférieure à celle de La Réunion. Elle est toutefois deux fois supérieure à celle de Madagascar.

Nous sommes confrontés à un turnover important, un personnel exposé, surmené et épuisé, ainsi qu'à l'absence de données épidémiologiques et à la pauvreté de la prévention.

En 2005, a été initié un système de soins « original », fondé sur la discrimination. Il se caractérise par la mise en place de la sécurité sociale, le maintien de l'accès gratuit aux soins publics pour les affiliés et l'instauration d'un forfait pour les autres, avec mise en place d'une barrière administrative et financière à l'accueil. Un enfant présentant des symptômes de méningite s'était vu refuser l'accès aux soins parce que ses parents n'avaient pas les 10 euros demandés. Il en est mort, alors qu'il aurait peut-être pu être sauvé. Le système a depuis été assoupli, mais de manière variable selon les dispensaires et les médecins.

En conséquence, 70 % de la population, selon l'Inserm, souffre d'un accès aux soins très problématique, marqué par des retards, des refus et des renoncements aux soins, des ruptures de traitements, un état de santé entraînant des épidémies et une gestion des urgences rendue difficile par l'arrivée tardive des malades. Les maladies chroniques et infectieuses sont mal prises en charge, notamment la tuberculose, pour laquelle existe pourtant un accès gratuit théorique.

Face à l'impossibilité d'accès aux soins pour les étrangers en situation précaire à Mayotte, Aides, la Cimade, le Gisti, Médecins du Monde et le Collectif migrants ont saisi ensemble en février 2008 la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) et la Défenseure des enfants pour dénoncer les inégalités générées par cette situation.

72. Le premier rapport est disponible sur le site de Médecins du Monde

http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/rapport_d_evaluation_sur_l_acces_aux_soins_mission_mayotte_15_janvier_15_juin_2007

73. Inserm, Florence S., Lebas J., Lesieur S., Chauvin P., Santé et Migration à Mayotte, avril 2008.

Le dispositif spécifique de prise en charge maladie à Mayotte est en effet discriminatoire par rapport à celui de l'ensemble des départements français y compris les départements d'outre-mer par l'effet conjoint de deux facteurs :

- inexistence de l'AME dont devraient bénéficier les étrangers pauvres exclus de l'assurance maladie ;
- interprétation des soins urgents plus restrictive, notamment en ce qui concerne les mineurs étrangers. La circulaire relative aux soins urgents (mars 2005) n'est pas applicable à Mayotte alors qu'elle garantit la prise en charge de l'accès aux soins des enfants et des adolescents présumés répondre à la condition d'urgence en raison de leur vulnérabilité particulière.

3. Les démarches et l'accompagnement social mis en œuvre

Au terme de l'entretien et du bilan social, près de 35 % des consultants (n=5 325) ont été orientés pour l'accès aux droits⁷⁴. Une très faible minorité (1,9 %) a refusé d'entreprendre des démarches⁷⁵.

Les patients réorientés l'ont été le plus souvent vers un organisme de sécurité sociale (30 %) ou une autre association (11 %).

Pour 21 % environ des patients (n=3 049) un accompagnement physique s'est avéré nécessaire pour entreprendre les démarches⁷⁶. Cet accompagnement a pu être organisé près de 8 fois sur 10 (que ce soit par Médecins du Monde, ou également par la famille ou un proche)⁷⁷.

Nous lui proposons un accompagnement (...) et elle obtient finalement son attestation d'AME (...) soit cinq mois après son instruction.

Témoignage de l'équipe de Cayenne :



Mme F. vit en Guyane depuis 4 ans où elle a bénéficié les deux premières années d'une couverture maladie. Mais fin 2005, sa demande de renouvellement a été refusée malgré plusieurs tentatives de sa part pour obtenir sa nouvelle attestation d'Aide Médicale d'Etat (AME). Elle finit par abandonner les démarches et reste dans cette situation plus d'un an.

Elle vient une première fois au Caso le 13 mars 2007 pour un problème respiratoire et des douleurs gastriques car elle ne peut payer les frais d'une consultation en médecine libérale avec les revenus mensuels de l'ordre de 200 € qu'elle déclare avoir. Nous la soutenons alors pour qu'elle puisse obtenir l'AME, dont elle relève, et réintégrer ainsi le système de santé de droit commun. Nous l'invitons à revenir pour finaliser son dossier de demande d'AME qui est instruit par la mission le 17 avril 2007 lors de sa troisième visite.

Malgré un retour positif de la cellule AME / CMU de la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) début juillet 2007 sur l'instruction que nous avons faite, Mme F. revient au Caso le 30 août 2007 et nous dit qu'elle n'a pas reçu son attestation quatre mois après son instruction. Nous l'invitons alors à se déplacer à la CGSS pour obtenir son attestation. Mais, à l'accueil, l'agent lui dit qu'il n'y a ni dossier ni attestation la concernant. Elle revient le 13 septembre 2007 pour nous informer. Nous lui proposons alors d'y retourner accompagnée par un bénévole et elle obtient finalement son attestation d'AME le 18 septembre, soit cinq mois après son instruction.



74. Taux de réponses Orientation accès aux droits : 81,9 % ; Lieu d'orientation : 57,7 %

75. Taux de réponses Refus des démarches : 84,7 %

76. Taux de réponses Besoin d'accompagnement : 76,3 %

77. Taux de réponses Accompagnement organisé : 87,9 %.

Quel recours à la prévention et aux soins ? Quels sont les problèmes de santé des patients reçus dans les Caso ?



Le passage à Médecins du Monde pour les personnes en situation de grande vulnérabilité est l'occasion, sinon de réaliser un bilan complet de leur état de santé,

du moins de faire le point sur les mesures de prévention ou les orientations à mettre en œuvre notamment dans les domaines de la couverture vaccinale, des statuts sérologiques, des éventuelles dépendances ou consommations problématiques de substances psychoactives. Les consultations sont également l'occasion d'aborder le sujet sensible des violences vécues par les patients dans leur pays et au cours de leur parcours migratoire.

Rappelons cependant que bon nombre de patients ne sont vus qu'une seule fois en consultation médicale dans les Caso et qu'il est difficile de faire à la fois le tour des problématiques de santé et d'aborder la prévention tout en répondant à l'urgence médicale et/ou sociale.

En 2007, 49 % des patients reçus ne sont venus qu'une seule fois consulter un médecin (ils étaient 59 % en 2006). Cette proportion est toutefois variable d'un centre à l'autre. A Angers, par exemple, 75 % des patients reçus cette année n'ont été vus qu'une seule fois par le médecin. A Strasbourg, en revanche, 72 % des patients ont eu plus d'une consultation médicale (tableau 1 en début de rapport).

1. L'état des vaccinations

Les points essentiels

- La couverture vaccinale des patients est globalement faible : 32 à 36 % peuvent être considérés comme à jour de leurs vaccinations pour les principaux antigènes.
- La part des patients couverts diminue avec l'âge, elle est également nettement plus faible parmi les patients étrangers.
- On observe cependant un rattrapage du niveau de couverture vaccinale des étrangers qui séjournent en France depuis au moins 3 ans.

Les résultats de cette partie de l'analyse concernant l'état des vaccinations sont à considérer avec précaution compte tenu des taux de réponses qui varient de 30 à 40 % selon les items^{78 79}. Les données de vaccination sont toutefois légèrement mieux renseignées pour les enfants de moins de 15 ans avec des taux de réponses qui dépassent globalement 40 %, ainsi que chez les patients français par rapport aux étrangers.

La couverture vaccinale des patients reçus aux consultations de MDM apparaît globalement faible avec des taux de vaccination oscillant de 32 à 36 % pour la tuberculose, le tétanos et la diphtérie/polio. Ce taux est un peu meilleur et proche de 50 % chez les enfants de moins de 15 ans concernant le ROR et la coqueluche. C'est pour l'hépatite B que la couverture vaccinale est la moins bonne (tableau 29).

La faiblesse de ces taux doit cependant être relativisée puisque, lorsque le statut vaccinal n'est pas connu avec certitude, il est réputé non à jour.

Les dernières données françaises dont on dispose en matière de couverture vaccinale de la population proviennent de l'enquête menée par le Credes en 2002⁸⁰. Dans cette enquête, 62 % des adultes sont considérés comme à jour vis-à-vis du tétanos et 36 % pour la polio (rappel datant de moins de 10 ans).

78. Rappelons que certains Caso peuvent remplir des dossiers sociaux sans effectuer de consultation médicale. Or, les données sur l'état des vaccinations comme celles concernant les dépendances ou les violences subies développées plus loin dans ce rapport ne sont recueillies qu'une seule fois lors du premier passage des patients, en même temps que les données sociales. Cela explique en partie que les taux de réponses, calculés à partir du nombre de dossiers sociaux, soient particulièrement faibles. Ils sont cependant meilleurs qu'en 2006, où ils oscillaient entre 25 et 34 % selon les vaccins

79. Taux de réponses Tétanos : 33,3 % ; Diphtérie/polio : 32,8 % ; BCG : 31,7 % ; Hépatite B : 30,6 % ; Rougeole/Oreillons/Rubéole : 40,3 % ; Coqueluche/Haemophilus : 38,3 %.

80. Irdes, Questions d'économie de la santé, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », n° 78, décembre 2003.

Tableau 29 : Etat des vaccinations des patients de MDM (% en ligne)

	A jour ⁽¹⁾		Pas à jour		Ne sait pas	
	%	n	%	n	%	n
Tétanos	35,9	2 245	17,2	1 080	46,9	2 934
Diphthérie/Polio	33,3	2 048	18,1	1 116	48,6	2 996
BCG	32,2	1 923	17,3	1 033	50,5	3 010
Hépatite B	22,5	1 296	22,3	1 282	55,2	3 182
Rougeole/Oreillons/Rubéole ⁽²⁾	51,1	289	7,4	42	41,5	235
Coqueluche/Haemophilus ⁽²⁾	47,3	254	6,9	37	45,8	246

⁽¹⁾ Sont considérés comme à jour de leurs vaccinations les patients pouvant présenter un carnet de vaccination ou les personnes pour lesquelles les infirmières ou les médecins ont de bonnes raisons de penser que leurs vaccins sont à jour.

⁽²⁾ Analyse limitée aux enfants de moins de 15 ans

Des variations très nettes de la couverture vaccinale peuvent être relevées selon les caractéristiques des patients. L'analyse de ces variations est proposée dans le tableau 30, d'une part pour l'ensemble des patients, et d'autre part uniquement pour les patients étrangers. Nous ne présentons que l'analyse concernant la vaccination antitétanique, les mêmes associations pouvant être observées pour les autres types de vaccinations. On note ainsi que la part des patients vaccinés contre le tétanos ne varie pas significativement selon le sexe, elle est en revanche nettement plus élevée chez les patients français que chez les étrangers. Une décroissance importante des personnes vaccinées s'observe également au fur et à mesure que l'âge augmente (53 % des mineurs sont à jour contre 20 à 30 % des plus de 30 ans).

Menée uniquement parmi les patients étrangers, l'analyse retrouve les mêmes associations. On observe aussi qu'il se produit une sorte de rattrapage du taux de vaccination plus la durée de résidence en France est importante, avec une couverture vaccinale significativement plus importante chez les consultants qui comptent au moins 3 années en France que chez les primo-arrivants.

Tableau 30 : Variations de la couverture vaccinale contre le tétanos selon les caractéristiques des patients

	Patients français et étrangers			Patients étrangers		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	35,9			33,2		
Sexe						
Hommes	37,3	réf		34,1	réf	
Femmes	34,3	0,9	ns	32,4	1,0	ns
Age						
Moins de 18 ans	53,4	réf		49,7	réf	
18-29 ans	40,3	0,6	***	37,3	0,6	***
30-44 ans	32,7	0,4	***	30,6	0,4	***
45-59 ans	29,3	0,3	***	26,3	0,3	***
60 ans et plus	20,6	0,2	***	19,0	0,2	***
Nationalité						
Français	51,3	2,2	***	----	----	----
Etrangers	33,2	réf		----	----	----
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	----	----	----	32,1	réf	
De 3 mois à 1 an	----	----	----	31,7	0,9	ns
De 1 an à 3 ans	----	----	----	37,7	1,2	ns
De 3 ans à 10 ans	----	----	----	34,9	1,2	*
10 ans et plus	----	----	----	42,0	1,9	***

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=2,2 significatif (p<0,001) pour les patients français signifie que ces derniers sont significativement plus fréquemment à jour de leur vaccination contre le tétanos que les patients étrangers, toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe).

2. Les dépendances aux substances psychoactives

Les points essentiels

- Plus du quart des patients (27 %) pour lesquels l'information est disponible présentent une consommation abusive de tabac, 11,5 % d'alcool et 5 % de cannabis. L'usage abusif des autres substances (notamment illicites) concerne 2 à 3 % des patients.
- Les consommations à risques sont nettement plus importantes chez les hommes ainsi que chez les patients français. Elles augmentent cependant de façon très significative parmi les étrangers lorsque la durée du séjour en France se prolonge.
- C'est plus souvent lorsque les personnes sont seules et sans logement que la fréquence des usages à risques augmente.

Il s'agit pour les professionnels de santé de MDM de dépister, pour éventuellement orienter, les patients présentant un usage problématique de substances psychoactives et/ou nocives licites ou illicites. Selon les consignes du recueil de données à MDM, les usages simples n'entraînant pas de dommages sanitaires ou sociaux ne sont pas pris en compte, seuls les usages nocifs ou les dépendances sont concernés. Comme pour l'état des vaccinations, les taux de réponses sur le sujet des dépendances se situent entre 31 et 34 %⁸¹. On ne relève pas de différences très marquées de ces taux de réponses selon l'âge ou le sexe, tout au plus observe-t-on des taux légèrement plus faibles pour les patients étrangers indiquant que ces sujets sont moins souvent abordés lorsqu'un consultant étranger se présente. Cela n'interdit donc pas de mener une analyse des facteurs associés aux problèmes de dépendances, alors que la mesure du phénomène restera elle très imprécise.

Le tabac, loin devant les autres substances, est le produit le plus souvent consommé abusivement par les consultants de MDM (27 %), suivi par l'alcool (11,5 %) et le cannabis (5 %). La consommation abusive des autres substances est plus marginale et concerne 2 à 3 % des patients (tableau 31).

Pour comparaison, les dernières données disponibles en population générale⁸² font état d'environ 15 % d'usagers quotidiens de tabac consommant plus de 10 cigarettes par jour et de près de 9 % d'usagers d'alcool ayant une consommation chronique à risques⁸³.

Tableau 31 : Consommations abusives de substances psychoactives des patients reçus à MDM

Substances psychoactives	%	n
Alcool	11,5	723
Tabac (> 10 cigarettes/jour)	27,1	1 742
Médicaments (prise abusive, consommation chronique)	2,7	156
Cannabis	5,1	300
Autres substances (amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...)	1,9	112

Une analyse des facteurs associés à l'usage abusif de substances psychoactives est proposée dans le tableau 32. Outre les variations habituelles selon l'âge, le sexe et la nationalité, deux autres paramètres ont été pris en compte visant à mieux caractériser le mode de vie des patients concernés par les problèmes de dépendance : il s'agit du logement et de l'environnement social.

81. Taux de réponses Alcool : 33,3 % ; Tabac : 34,2 % ; Médicaments : 31,0 % ; Cannabis : 31,6 % ; Autres substances : 31,0 %.

82. Inpes, Baromètre Santé 2005, population des 18-75 ans.

83. Consommateurs qui boivent 15 verres ou plus par semaine pour les femmes, 22 verres ou plus pour les hommes, et/ou 6 verres ou plus en une occasion au moins 1 fois par semaine.

On voit ainsi se dégager un profil assez précis des patients pour lesquels un usage problématique a été mentionné au cours de leur passage à MDM : les problèmes d'usages abusifs, et ce pour l'ensemble des substances, sont en effet systématiquement plus importants chez les hommes (multipliés par 2 à 4 selon les produits par rapport aux femmes), ainsi que chez les patients français par rapport aux consultants étrangers (multipliés par 3 à 10). Les deux variables contextuelles, logement et environnement social, sont également associées aux problèmes d'abus répétés de substances : ainsi, les usages abusifs sont repérés plus fréquemment parmi les patients sans domicile et dans une moindre mesure chez les patients vivant dans un domicile précaire ; le fait de vivre seul, enfin, est également associé aux surconsommations notamment d'alcool.

Ces observations rejoignent les conclusions de l'enquête ESPS⁸⁴ où l'on constate que le risque d'alcoolisation excessive est surtout concentré chez les personnes, hommes ou femmes, vivant seules, mais aussi parmi les personnes ayant connu au cours de leur vie des épisodes de précarité.

Rouge ou jus d'orange ?

Témoignage de l'équipe de Maraude de Strasbourg :

“

Gare de Strasbourg, une heure du matin. Affalé sur un banc, T., une armoire à glace polonaise, dort profondément. R., accueillante, s'assied à ses côtés, attendant patiemment qu'il ouvre un œil pour entamer la discussion. Le courant passe et la conversation, en germano-français, va bon train...

R. persuade T. de passer la nuit au chaud : il y a de la place. Titubant gentiment, T. gagne l'ambulance tant bien que mal, mais avant qu'on l'aide à y grimper, sort un litre de rouge à moitié plein – ou vide – et le siffle d'un trait, sous les protestations amicales d'A., l'infirmière.

Aux Remparts, l'accueil des éducateurs est chaleureux : on connaît bien T. Comme pour les remercier, T. sort alors de sa grosse valise un carton de jus d'orange et l'exhibe fièrement, comme preuve de ses bonnes dispositions du moment...

Sourires discrets et attendris de l'assistance : un ange passe... Court moment de grâce, comme il en arrive parfois... souvent... en maraude...

”

84. Irdes, Questions d'économie de la santé, « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », n° 129, janvier 2008.

Tableau 32 : Variations de la fréquence de l'usage abusif de substances psychoactives selon les caractéristiques des patients

	Usage abusif d'alcool			Usage abusif de tabac		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	11,5			27,1		
Sexe						
Hommes	17,6	3,4	***	36,9	2,9	***
Femmes	4,4	réf		15,2	réf	
Nationalité						
Français	31,8	3,4	***	55,5	3,4	***
Etrangers	8,4	réf		22,8	réf	
Age						
Moins de 18 ans	0,7	réf		5,2	réf	
18-29 ans	11,2	12,8	***	30,5	8,0	***
30-44 ans	13,7	15,6	***	31,5	8,1	***
45-59 ans	15,6	18,7	***	29,9	7,9	***
60 ans et plus	6,7	9,4	***	11,9	2,8	***
Logement						
Fixe	8,4	réf		20,8	réf	
Précaire	9,3	1,1	ns	24,7	1,2	**
Sans logement	19,1	1,7	***	39,9	2,1	***
Environnement social : vit...						
En couple, famille, amis	6,4	réf		21,3	réf	
Seul(e)	17,3	1,5	***	33,4	0,9	ns
	Usage abusif de médicaments			Usage abusif de produits illicites⁽²⁾		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	2,7			5,6		
Sexe						
Hommes	3,5	1,5	ns	8,4	2,7	***
Femmes	1,8	réf		2,3	réf	
Nationalité						
Français	9,5	4,7	***	25,7	10,3	***
Etrangers	1,7	réf		2,5	réf	
Age						
Moins de 18 ans	0,4	réf		1,5	réf	
18-29 ans	2,3	4,6	*	8,6	4,6	***
30-44 ans	3,3	7,3	**	6,6	3,6	**
45-59 ans	3,7	8,1	**	2,9	1,3	ns
60 ans et plus	2,1	5,9	*	0,0	----	----
Logement						
Fixe	2,4	réf		3,6	réf	
Précaire	1,9	0,9	ns	4,3	1,2	ns
Sans logement	3,9	1,2	ns	10,3	1,8	***
Environnement social : vit...						
En couple, famille, amis	1,8	réf		3,1	réf	
Seul(e)	3,5	1,0	ns	8,3	1,0	ns

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif
réf : population de référence

⁽²⁾ Cannabis, amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...

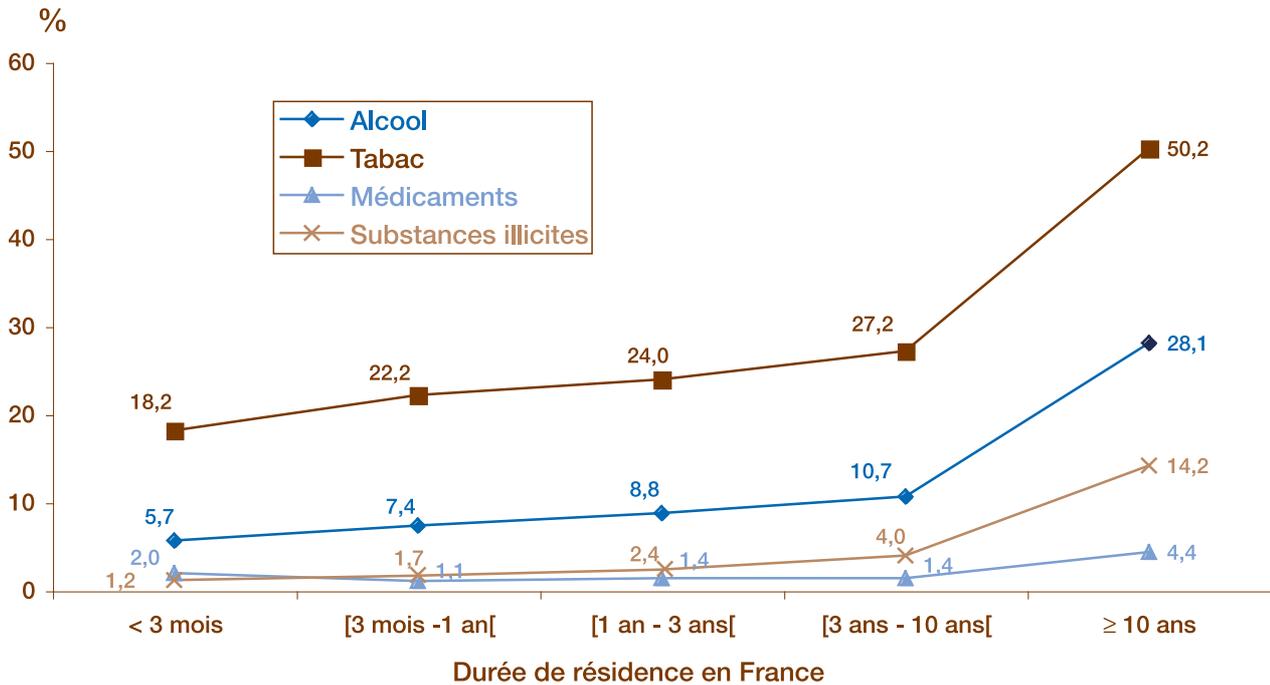
Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=3,4 significatif (p<0,001) pour les hommes signifie que l'usage abusif d'alcool est significativement plus fréquent chez les hommes par rapport aux femmes, toutes choses égales par ailleurs (nationalité, âge, logement, environnement social).

Les problèmes d'abus ou de dépendance, comme nous l'avons vu, sont bien moins fréquents parmi les patients étrangers. Si l'on analyse cependant la fréquence des usages abusifs en fonction de l'ancienneté du séjour en France (figure 8), on observe une tendance très nette à l'augmentation des usages problématiques au fur et à mesure que la durée de séjour se prolonge, avec un « pic » important au-delà d'une présence en France de 10 ans ou plus, rejoignant les niveaux observés chez les patients français.

Ce phénomène de « rattrapage » est observé déjà depuis plusieurs années (cf. précédents rapports de la Mission France de MDM) et reste d'interprétation délicate. Citons l'hypothèse du Dr. Picard⁸⁵ qui indiquait que l'augmentation des comportements à risques avec la durée de résidence pouvait s'interpréter en termes d'acquisition progressive des habitudes de vie du pays de résidence.

Gageons également que l'installation durable dans des conditions de vie précaires n'est pas étrangère au renforcement des conduites à risques.

Figure 8 : Evolution des usages abusifs de substances psychoactives chez les patients étrangers selon l'ancienneté de leur séjour en France



3. Les violences et maltraitements

Les points essentiels

- Les professionnels de santé de MDM ont repéré en 2007 plus de 500 patients ayant été victimes de violences.
- Il s'agit le plus souvent d'agressions physiques ou de blessures (252 patients), de violences psychiques (214), de maltraitance (174). 116 patients ont été victimes de torture et 66 de viol.
- Les étrangers demandeurs d'asile sont tout particulièrement exposés à ces situations.

Les consultations dans un certain nombre de cas sont l'occasion de constater que les patients ont parfois été victimes de violences. Ces questions, toujours délicates, ne sont pas forcément abordées lors d'un premier entretien, en témoigne le très faible taux de réponses pour cette partie du recueil. La barrière de la langue peut également être un frein pour aborder ces questions.

Les médecins et infirmières de MDM ont néanmoins constaté en 2007 que 533 patients avaient été soumis à des situations violentes (tableau 33), allant de l'agression physique à la torture ou au viol (66 patients)⁸⁶.

85. Picard H. Analyse de l'activité des centres Mission France de Médecins du Monde, Paris, juin 2001.

86. Taux de réponses Victimes de violences : 16,5 %.

Tableau 33 : Situations violentes auxquelles ont été confrontés les patients de Médecins du Monde (plusieurs réponses possibles)

Situations violentes	Effectif
Agression physique/blessure lors d'un conflit armé	252
Violence psychique	214
Maltraitance, violence (familiale, conjugale...)	174
Torture	116
Viol	66
Victime d'au moins une situation violente	533

Les patients rapportant des épisodes de maltraitance sont plutôt de nationalité française, les viols sont plutôt subis par les femmes.

Elle voudrait bien parler à un psychologue, mais en français, ce n'est pas facile Témoignage d'un médecin de Saint-Denis au sujet d'une jeune femme marocaine, âgée de 25 ans :



Mlle B. parle un peu le français, parfois elle sourit : cela veut dire qu'elle n'a pas compris, alors on reprend, on réexplique et on arrive finalement à se comprendre. Mlle B. est très souriante ; elle est accompagnée par un ami qui a une petite fille d'environ 3 ans. La petite fille pleure dans la salle d'attente et veut venir avec Mlle B. J'ai donc la petite fille et Mlle B. en face de moi. Elle 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. Mais elle dit que ça va. Elle a déposé un dossier d'AME il y a 15 jours. Pour ses problèmes, elle est allée voir le médecin, mais elle a dû payer 22 euros alors elle n'y est pas retournée à chaque fois qu'elle en aurait eu besoin. Elle a acheté les médicaments : Lysanxia, Doliprane. Elle sourit. 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.



Les cas de torture concernent exclusivement des étrangers qui sont également plus souvent victimes de violence psychique.

Mais les variations les plus nettes s'observent chez les étrangers concernés par une demande d'asile (tableau 34). Ainsi, ces derniers, qui représentent un peu moins de 13 % de l'ensemble des patients, sont plus de 39 % à avoir été exposés à des situations de violence.

Il s'agit le plus souvent d'agressions physiques ou de blessures, de violences psychiques ou de torture.

Ces chiffres déjà effrayants sont encore loin de refléter la réalité des violences vécues par les patients. En effet, le faible taux de reconsultation ne permet pas la plupart du temps d'aborder ces discussions à lourd potentiel de décompensation. C'est ainsi qu'au Comede⁸⁷, qui assure un suivi rapproché de bon nombre de patients, plus de la moitié des patients (54 %) ont eu à subir des violences dans leur pays d'origine et un quart ont subi la torture.

87. La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2007 du Comede (Comité médical pour les exilés).

Tableau 34 : Violences subies par les étrangers demandeurs d'asile et par les autres patients de Médecins du Monde (% en colonne)

	Etrangers demandeurs d'asile		Ensemble des autres patients	
	%	n	%	n
Victime d'au moins une situation violente	39,3	255	11,4	278
Agression physique/blessure lors d'un conflit armé	23,7	154	4,0	98
Violence psychique	21,3	138	3,1	76
Maltraitance, violence (familiale, conjugale...)	4,3	28	6,0	146
Torture	15,2	99	0,7	17
Viol	5,6	36	1,2	30

« Ils menacent de me tuer si je ne parle pas (...) un se précipite sur moi et me maintient par terre de force alors que l'autre me viole. »

Témoignage de l'assistante sociale de Saint-Denis :



Mme K. est née le 3 janvier 1972 au Zaïre, aujourd'hui République démocratique du Congo. Elle est arrivée en France le 11 juillet 2007 et a déposé une demande d'asile politique le 24 juillet, avec l'aide de l'Aftam de la Courneuve⁸⁸. Elle a un récépissé.

Mme K. vient au Caso vendredi 28 septembre. Elle souhaite faire des examens biologiques suite à un viol qu'elle a subi dans son pays. Après la consultation avec la gynécologue qui l'oriente vers la Cramif⁸⁹, je rencontre Mme K. qui me raconte son histoire avec beaucoup de simplicité.

« Je suis journaliste-reporter. Je travaillais pour la CCTV (Canal Congo Télévision), une chaîne de l'opposition, basée à Kinshasa. En mars 2007, je suis amenée à couvrir les affrontements entre le régime en place et l'opposition, c'est-à-dire entre l'armée de Joseph Kabila et les milices armées de l'opposition conduites par Jean-Pierre Bemba. Je fais notamment un reportage à Gombé, un quartier de Kinshasa où les affrontements sont violents. Sont présents des policiers en civil qui repèrent qui participe à ces émeutes et notamment quels sont les journalistes présents. A mon retour à la télévision, je remets les cassettes à mon rédacteur en chef et je rentre chez moi.

Quelques jours plus tard, les locaux de la chaîne sont incendiés. Tout est détruit.

Le 25 mai, le matin, des policiers frappent violemment à ma porte. Sans mandat d'amener, ils m'arrêtent de force et me conduisent dans des locaux de la police. J'étais dans ma maison avec mes quatre enfants (5 ans, 4 ans, 3 ans et 18 mois) et ma sœur, cela ne les a pas dissuadés. Je subis un interrogatoire, non violent. Les policiers veulent que je leur dise où se trouvent les soldats de Bemba. J'ai beau leur dire que je n'en sais rien, ils insistent et me gardent une nuit au commissariat. Le matin, ils me libèrent.

Le 27 mai, ils reviennent me chercher à la maison. Ils sont cinq et m'emmènent de force. Ils sont cagoulés. Ils me conduisent dans un endroit que je ne connais pas, un peu à l'écart de la ville. Ils me font pénétrer dans une sorte de caserne et me poussent dans les couloirs, un labyrinthe obscur. Il y a d'autres prisonniers, des hommes assis par terre. Ils me jettent dans une pièce sombre. Je suis seule. Quelques minutes plus tard, ils reviennent et m'interrogent brutalement : « Où est Bemba, tu dois nous le dire. » A cette époque, Bemba avait quitté la RDC et s'était réfugié au Portugal, mais je ne le savais pas et de toute façon je n'avais pas à leur dire quoi que se soit. Ils menacent de me tuer si je ne parle pas. Ils sont deux dans la pièce, un se précipite sur moi et me maintient par terre de force alors que l'autre me viole. .../...

88. Association d'aide et d'accompagnement pour l'hébergement, l'insertion sociale et l'accueil médico-social des travailleurs migrants et des demandeurs d'asile.

89. Centre de santé de la Caisse régionale de l'assurance maladie Île-de-France.

Plus tard, alors que je suis toujours dans ma cellule, un homme cagoulé me reconnaît. Il connaît ma famille... Il décide de me faire sortir.

Le 29 mai, il me demande de le suivre et me conduit à l'extérieur du bâtiment. A l'écart, une voiture attend. Ce sont des membres de ma famille. L'homme qui m'a libérée dit qu'il faut que je me cache car je vais être recherchée et là mon sort ne sera pas enviable. Je suis terrifiée car je pensais réellement qu'ils allaient me tuer. Mon frère me conduit chez un ami à lui. Je reste cachée pendant un mois. Ils réussissent à me procurer un faux passeport et à me faire prendre l'avion à destination de Paris. Je suis habillée en religieuse. A Paris, quelqu'un m'attend, je dois lui remettre le faux passeport. C'est ce qui se passe. Mais je suis seule et désespérée. Heureusement, une compatriote m'aborde dans l'aéroport. Elle propose de m'aider en m'hébergeant si je l'aide en contrepartie en gardant ses enfants.

Aujourd'hui, je suis encore chez elle. Cela se passe bien. C'est elle qui m'a orientée vers l'Aftam et, aujourd'hui, vers Médecins du Monde. »

Mme K. doit revenir mercredi 3 octobre pour avoir les résultats de sa sérologie.



4. La prévention du VIH, des hépatites et de la tuberculose

Les points essentiels

- En 2007, plus de mille patients ont été dépistés pour le VIH et les hépatites dans les 2 Caso d'Île-de-France (Paris et Saint-Denis). La prévalence du VIH est de 3,2 %, soit 15 fois plus que la moyenne nationale. Celle de l'hépatite B (AgHBs+) est de 6,9 %, soit 10,5 fois plus que la moyenne nationale. Celle du VHC s'élève à 5,8 %, soit 7 fois plus que la moyenne nationale.
- Concernant le dépistage de la tuberculose au Caso de Saint-Denis, 11 cas ont été diagnostiqués sur 139 orientations vers une radiographie pulmonaire, soit 7,9 % de la population orientée vers une radiographie pulmonaire.

Les pratiques sexuelles et les risques d'infection VIH/IST/Hépatites ne sont bien souvent pas abordés lors des consultations médicales avec les personnes qui arrivent avec une toute autre demande. Une des difficultés à mettre en place des actions de prévention réside dans le fait que, jusqu'en 2007, la majorité des patients (59 %) n'étaient vus qu'une seule fois en consultation médicale avant de recouvrer leurs droits à une couverture maladie et d'être réorientés vers le système de droit commun. Cette année, cette proportion s'élève à 49 %.

4.1. Mise en place d'un projet de prévention du VIH, des hépatites et des IST auprès des migrants

Un projet dont l'objectif général est d'assurer au quotidien des actions de prévention, d'accompagnement vers un dépistage du VIH, des IST et des hépatites, et l'accès aux traitements pour les populations rencontrées dans les Missions France a été mis en place en 2006 (après plusieurs années de gestation...), grâce au soutien de la Direction générale de la Santé⁹⁰.

Dans un premier temps, il s'agit de mettre en place le projet dans 6 Caso recevant un nombre important de migrants ou ayant déjà mis en place des actions de prévention (Saint-Denis, Lyon, Rouen, Marseille, Paris, Toulouse) et auprès de deux missions mobiles conduites auprès des personnes se prostituant : le Lotus bus à Paris, le Funambus à Nantes

90. Cette convention s'inscrit dans le cadre des orientations définies par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, notamment dans son objectif 36, maladies infectieuses VIH/SIDA, ainsi que dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008.

Les perspectives pour l'année à venir sont de mettre en place le projet au sein de quelques missions SDF. Une recherche bibliographique, menée en interne à Médecins du Monde à l'occasion d'un séminaire avec les équipes SDF, a montré que la prévalence de l'hépatite B (AgHBs+) chez les personnes sans domicile au Canada, aux Etats-Unis et en Angleterre, se situe entre 9 et 17 % (tous âges confondus), la prévalence de l'hépatite C se situe entre 12 et 26 % selon les mêmes études.

De même, des actions spécifiques sont mises en place au sein du Caso de Cayenne. En effet, dans le département de la Guyane, le taux de sérologies confirmées positives en 2006 rapporté à la population est de 2 077 cas par million d'habitants (alors que ce taux s'élève à 178 cas par million d'habitants à l'échelle nationale)⁹¹.

Les objectifs opérationnels du projet sont :

- délivrer des messages de prévention pour le VIH, les IST et les hépatites en les adaptant à la population étrangère/migrante reçue à MDM, soit 89 % des patients pris en charge en 2007 ;
- inciter les patients à se faire dépister pour le VIH, les hépatites, les IST afin de faciliter une prise en charge précoce et faciliter leur accès aux soins ;
- témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies ;
- maintenir actif un réseau permettant de promouvoir des interventions de médiateurs en matière de santé, notamment dans le champ de la prévention et de l'accompagnement vers une prise en charge globale rapide (droits sociaux et administratifs et accès aux soins).

L'équipe du Caso de Paris a mis en place depuis 3 ans des actions de prévention au quotidien et l'équipe est maintenant bien formée à la prévention. Dans le rapport 2006, année de démarrage du projet, seules les données du Caso de Paris étaient disponibles. Cette année, l'avancée du projet nous permet aussi de rendre compte des résultats du Caso de Saint-Denis. En effet, ces deux Caso ont des partenariats avec des laboratoires. Les résultats sont donc adressés aux médecins prescripteurs du Caso.

Les autres Caso adressent les patients vers des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ce qui rend difficile le retour des résultats sauf au Caso de Marseille où un partenariat entre le CDAG et MDM permet un retour anonymisé de l'activité de dépistage. A Toulouse, 109 personnes ont été orientées cette année vers le CDAG.

Le tableau 35 donne les résultats, sur l'année 2007, des prévalences du VIH et des hépatites pour l'ensemble des patients dépistés aux Caso de Saint-Denis et de Paris.

En 2007, plus de mille patients ont été dépistés pour le VIH et les hépatites dans les 2 Caso d'Île-de-France.

La prévalence du VIH est de 3,2 %, soit 15 fois plus que la moyenne nationale. Celle de l'hépatite B (AgHBs+) est de 6,9 %, soit 10,5 fois plus que la moyenne nationale. Celle du VHC s'élève à 5,8 %, soit 7 fois plus que la moyenne nationale.

Parmi les 37 séropositivités au VIH, 36 séropositivités concernent des patients d'Afrique subsaharienne (dont 19 patients camerounais) et une analyse positive un patient français.

Tableau 35 : Prévalences du VIH et des hépatites parmi les patients dépistés dans les Caso de Paris et Saint-Denis

	Caso de Paris	Caso de Saint-Denis	Caso de Saint-Denis et de Paris	Prévalences en France
VIH				
Nombre de dépistages VIH	905	252	1 157	
Nombre de séropositivités VIH	28	9	37	
Prévalence du VIH parmi les patients dépistés	3,1 %	3,6 %	3,2 %	0,22 % ⁹²
VHB (Ag HBs+)				
Nombre de dépistages de l'hépatite B	939	266	1 205	
Nombre de séropositivités Hépatite B (Ag HBs+)	64	19	83	
Prévalence de l'hépatite B (AgHBs+) parmi les patients dépistés	6,8 %	7,1 %	6,9 %	0,65 % ⁹³
VHC				
Nombre de dépistages VHC	939	257	1 196	
Nombre de séropositivités VHC	59	11	70	
Prévalence du VHC parmi les patients dépistés	6,3 %	4,3 %	5,8 %	0,84 % ⁹⁴

91 - 92. InVS, BEH n°46-47, 27 novembre 2007.

93 - 94. InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », mars 2007.

Pour exemple, le tableau suivant présente les résultats par continent d'origine des patients pris en charge au Caso de Saint-Denis.

On constate que les patients orientés vers un dépistage sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne, qui ne représentent pourtant que 20 % des patients reçus au Caso de Saint-Denis.

Le problème de l'interprétariat a en effet amené l'équipe à s'adresser majoritairement, lors de la mise en place du projet, à des patients francophones. L'année 2008 devrait nous permettre de mieux toucher la population non francophone consultant dans nos centres, grâce à l'aide d'ISM interprétariat.

Tableau 36 : Prévalences du VIH et des hépatites, par origine continentale, parmi les patients dépistés dans le Caso de Saint-Denis en 2007

Sérologie	Origine continentale des patients	Dépistages	Tests positifs	Prévalence %	Prévalence en France % ⁹⁵
VIH					
	Afrique subsaharienne	151	9	5,96	4,78
	Afrique du Nord - Moyen-Orient	25	0	0	
	Europe de l'Est	62	0	0	
	Amérique du Sud	2	0	0	
	Asie	8	0	0	
	Non renseigné	4	0	0	
Total VIH		252	9	3,6	
VHB (Ag HBs+)					
	Afrique subsaharienne	156	11	7,05	5,25
	Afrique du Nord - Moyen-Orient	28	2	7,14	2,45
	Europe de l'Est	65	5	7,69	0,87
	Amérique du Sud	2	0	0	
	Asie	9	1	11,11	
	Non renseigné	6	0	0	
Total VHB (Ag HBs+)		266	19	7,1	
VHC					
	Afrique subsaharienne	153	6	3,92	3,12
	Afrique du Nord - Moyen-Orient	27	4	14,81	10,17
	Europe de l'Est	61	1	1,64	0,81
	Amérique du Sud	2	0	0	
	Asie	8	0	0	
	Non renseigné	6	0	0	
Total VHC		257	11	4,3	

Ces données sur la prévalence du VIH et des hépatites des consultants dans les Caso de Paris et de Saint-Denis, étrangers en situation précaire, doivent être interprétées à la lumière des données dont nous disposons sur cette population et notamment en Ile-de-France.

En ce qui concerne le VIH, l'InVS⁹⁶ estime à 0,22 % la prévalence du VIH en France. La prévalence du VIH parmi les patients dépistés dans les CDAG est estimée à 0,47 % entre 1996 et 2005 et à environ 0,22 % dans les laboratoires de ville ou hospitaliers entre 2001 et 2005. Dans ce même rapport cependant, il est souligné que peu de données de prévalence du VIH sont disponibles pour la population étrangère vivant en France. Y est citée l'enquête transversale réalisée en 2004 sur le profil des consultants dans les CDAG qui montre que la plus forte prévalence est retrouvée parmi les consultants immigrés (2,61 %) et particulièrement chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (4,78 %).

L'Île-de-France est par ailleurs une des régions les plus touchées par l'épidémie. Paris et la Seine-Saint-Denis y sont les départements les plus affectés par le VIH. L'épidémie en Île-de-France se caractérise en 2006 par la proportion très élevée de découvertes de séropositivité parmi les personnes de nationalité étrangère : 62 % en Île-de-France contre 29 % dans le reste du territoire métropolitain. Parmi eux, 82 % sont originaires d'Afrique subsaharienne⁹⁷.

Au Caso de Saint-Denis, la prévalence du VIH parmi les migrants (3,6 %) et plus particulièrement ceux originaires d'Afrique subsaharienne (5,96 %) est plus importante que celle rapportée dans les CDAG.

95. InVS, *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles - 10 ans de surveillance, 1996-2005, mars 2007* ; InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », mars 2007.

96. InVS, *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles - 10 ans de surveillance, 1996-2005, mars 2007*.

97. ORS Île-de-France, *Bulletin de santé n°12, décembre 2007*.

En ce qui concerne les hépatites, l'enquête réalisée en partenariat entre l'InVS, la CnamTS et le Cetaf⁹⁸ montre une prévalence de 0,84 % (Ac anti-VHC) pour le VHC, de 0,65 % (AgHBs+) pour le VHB. Cette enquête souligne l'influence de la précarité sociale sur ces prévalences : pour l'hépatite B, la prévalence du portage de l'AgHBs est 3 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire que chez les non-bénéficiaires. Pour l'hépatite C, la prévalence des anticorps anti-VHC est 3,5 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire que chez les non-bénéficiaires.

Dans cette enquête, l'estimation de la prévalence de l'AgHBs a été faite aussi selon le continent de naissance : Afrique subsaharienne 5,25 %, Moyen-Orient 2,45 %, Asie 0,92 %, Europe de l'Est 0,87 %. Les prévalences de l'hépatite C selon le continent de naissance sont les suivantes : Moyen-Orient 10,17 %, Afrique subsaharienne 3,12 %, Asie 1,37 %, Europe de l'Est 0,81 %.

Les prévalences de l'hépatite B dans ces groupes continentaux sont plus importantes (7 %) chez les patients de MDM dépistés, de même que celles de l'hépatite C, mais dans une moindre mesure.

Les dernières données de l'InVS concernant la population migrante montrent des résultats encourageants : une diminution depuis 2003 des découvertes de séropositivité VIH chez les femmes de nationalité étrangère et depuis 2005 chez les hommes de nationalité étrangère, « *même s'il est toujours difficile de faire la part entre les flux migratoires, le recours au dépistage et le nombre de nouvelles contaminations. En particulier, les politiques actuelles de lutte contre l'immigration pourraient avoir des effets néfastes sur le recours au dépistage de cette population* »⁹⁹.

D'autres résultats sont encourageants : les personnes d'Afrique subsaharienne découvrent moins souvent leur séropositivité au stade Sida et le nombre de cas de Sida dans cette population diminue depuis 2002.

Cela doit nous inciter à ne pas relâcher nos efforts en termes de prévention et d'accès au dépistage vis-à-vis de cette population, mais au contraire à les poursuivre et à les intensifier.

Cependant, nos efforts pourraient être amoindris par les politiques actuelles de lutte contre l'immigration.

Le test VIH est revenu positif.

Témoignage d'un médecin de Saint-Denis au sujet d'une jeune femme de 25 ans, de nationalité ivoirienne :



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.

Le test VIH est revenu positif.



4.2. Dépistage et prise en charge de la tuberculose

Intégrer la prise en charge de la tuberculose, maladie à forte prévalence dans cette population, dans nos actions de prévention nous paraissait essentiel.

La tuberculose est une maladie liée à la précarité. Par ailleurs, elle est la première pathologie inaugurale de Sida diagnostiquée dans la population hétérosexuelle étrangère en 2005-2006¹⁰⁰.

Selon les dernières données disponibles en France, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 5 336, soit 8,5 cas pour 100 000 habitants¹⁰¹. La situation épidémiologique est comparable à celle des années précédentes et place la France comme un pays à faible incidence de tuberculose. Or, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes. Le risque de tuberculose maladie est plus élevé en Île-de-France et en Guyane, ainsi que pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et les personnes sans domicile fixe. En 2006, les personnes sans domicile fixe représentaient 3,1 % des cas de tuberculose déclarés au niveau national, soit un taux de déclaration de 181,5 pour 100 000. Environ la moitié des cas étaient déclarées en Île-de-France.

98. InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », mars 2007.

99 - 100. InVS, BEH n°46-47, 27 novembre 2007.

101. InVS, BEH n°10-11, 11 mars 2008.

De même, le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était environ 7 fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France. Le taux de déclaration le plus élevé s'observait chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (148,6 cas pour 100 000).

Les départements où l'incidence est la plus élevée sont ceux qui regroupent une part importante de populations socio-économiquement vulnérables. Ainsi, la Guyane, la Seine-Saint-Denis et Paris restent les départements les plus touchés par cette maladie.

Pour les équipes de Médecins du Monde, ces données appellent à une vigilance accrue en matière de prophylaxie antituberculeuse et incite à une mobilisation pour le dépistage de la tuberculose auprès de l'ensemble des consultants, d'autant que, pour bon nombre d'entre eux, leur passage à Médecins du Monde sera la seule occasion de prévention.

Au Caso de Paris, un circuit simplifié pour les patients avait déjà été initié au 3^e trimestre 2006, en partenariat avec un médecin du centre médico-social (CMS) d'Edison.

Pour les radiographies thoraciques systématiques (demandées en l'absence de symptomatologie), une consultation pneumologique a lieu au CMS Edison, sans prise de rendez-vous préalable, sur deux créneaux horaires dans la semaine. Les examens biologiques standards sont réalisés lors du même rendez-vous. La prise en charge est immédiate.

Si la radiographie est anormale :

- la décision thérapeutique est prise et assurée par le médecin du CMS Edison ;
- l'information est transmise au médecin demandeur du Caso ;
- l'étude des cas contacts est assurée par le CMS.

Si la radiographie est normale, le patient retourne avec sa radiographie au Caso.

Les résultats des examens biologiques sont transmis au médecin du CMS Edison et au médecin demandeur du Caso. En cas d'urgence, un appel téléphonique au CMS Edison est possible, pour un rendez-vous immédiat. Le protocole de prise en charge des patients est présent dans tous les bureaux médicaux.

L'évaluation de ces dépistages est faite grâce à la transmission de toute demande de radiographie à la coordinatrice du Caso et à la saisie informatique des données recueillies par le CMS.

Nous disposons des premiers résultats : 163 patients ont été orientés au CMS Edison, 11 sur les deux derniers trimestres 2006, et 152 de janvier à octobre 2007, 117 patients ont été orientés de façon systématique, 46 devant une symptomatologie pulmonaire. **Dans 7 cas, il y a eu suspicion de tuberculose soit 4,3 % des radiographies. Parmi eux, 4 ont une tuberculose confirmée, 2 ont été hospitalisés pour la suite du bilan mais nous n'avons pas de nouvelles malgré nos recherches, et 1 avait une mycobactérie atypique.**

Au Caso de Saint-Denis, 139 patients ont été orientés vers le laboratoire pour une radiographie des poumons, dont 58 uniquement pour cet examen, et 81 patients pour une radiographie associée à un dépistage VIH ou hépatites. Les patients orientés pour un dépistage tuberculose étaient pour 47 % d'entre eux originaires d'Afrique subsaharienne et pour 37 % ressortissants d'Europe de l'Est. Il y a eu un ciblage particulier pour le VIH des Africains subsahariens et de la tuberculose pour les patients d'Europe de l'Est, dicté par la prévalence dans les pays d'origine et les conditions de vie extrêmement précaires sur les terrains Rroms.

11 cas de tuberculose maladie ont été diagnostiqués soit 7,9 % de la population orientée. Parmi eux, on retrouve 7 Roumains, 1 Haïtien, 1 Pakistanais, 1 Sénégalais et 1 Malien. Ces patients ont été orientés vers des centres anti tuberculeux pour une prise en charge médicale.

5. Les motifs de recours et les problèmes de santé diagnostiqués

Les points essentiels

- En 2007, environ 33 000 consultations médicales ont été dispensées, 9 fois sur 10 de médecine générale.
- Les patients consultent en premier lieu pour des affections ostéoarticulaires (16 % des recours), respiratoires (15,8 %) ou digestives (15,5 %). L'analyse détaillée des motifs de consultation met en évidence l'importance des symptômes et plaintes digestives (10,8 % des motifs) et symptômes et plaintes ostéoarticulaires (8,1 %), ainsi que de la toux (6,2 %).
- Les résultats de consultation mentionnés par les médecins mettent également en avant les pathologies respiratoires (17,1 % des résultats), digestives (16,3 %) et ostéoarticulaires (16,1 %), mais aussi psychologiques (12,8 %). Une analyse plus fine à partir des items regroupés de la CISP montre que l'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquemment diagnostiquée (7,1 % des résultats de consultation), suivie des infections respiratoires supérieures (6,9 %) et des troubles anxieux (6,2 %).

Au cours de l'année 2007, 33 070 consultations médicales ont été effectuées par l'ensemble des Casos, auprès de 16 690 patients différents. Il s'agit près de 9 fois sur 10 de consultations de médecine générale (tableau 37).

Tableau 37 : Répartition par spécialité des consultations dispensées en 2007 (enregistrées en informatique)

Spécialités	Nombre de consultations	Nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale ⁽¹⁾	Nombre moyen de consultations par patient
Médecine générale	29 438	15 804	1,9
Psychiatrie	1 248	560	2,2
Gynécologie	839	629	1,3
Ophthalmologie	657	578	1,2
Dermatologie	509	418	1,2
Cardiologie	213	169	1,3
ORL	96	88	1,1
Pédiatrie	70	66	1,1
Total	33 070	16 690	2,0

⁽¹⁾ Un même patient a pu consulter plusieurs intervenants médicaux, c'est pourquoi la somme du nombre de patients par type de consultation dépasse 16 690 (qui est le nombre total de patients différents).

Dans toutes les analyses des données médicales qui vont suivre, le dénominateur utilisé pour calculer les fréquences relatives ne sera pas le nombre de consultations dispensées qui est de 33 070 mais le nombre de passages de patients venus consulter en 2007 soit 32 852, nombre qui est légèrement inférieur au nombre de consultations. Cette différence provient du fait qu'au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations (consultation de médecine générale et consultation spécialisée par exemple).

Pour la seconde année consécutive, le recueil des informations médicales est réalisé à l'aide de la classification internationale des soins primaires (CISP).

La CISP permet de recueillir différents types d'informations permettant de décrire « l'épisode de soins » de façon plus simple d'utilisation que ne le feraient d'autres grilles de recueil telles que par exemple la CIM10¹⁰². Elle permet ainsi de coder :

- les motifs de recours aux soins exprimés spontanément par les patients
- les résultats de consultation et les problèmes de santé identifiés par les praticiens
- les procédures de soins (traitements, examens...) mises en œuvre au décours des consultations

Seuls les motifs de recours et les résultats de consultation sont analysés dans ce rapport.

La CISP comporte initialement 680 items (hors procédures de soins) répartis en 17 chapitres (ou appareils) basés sur les systèmes corporels (cardiovasculaire, neurologique, gynécologique...). Dans le but de rendre l'analyse plus lisible et synthétique, un travail de regroupement selon une logique clinique a été réalisé par les médecins de l'Observatoire de l'Accès aux Soins de MDM, réduisant à 84 le nombre d'items.

Les motifs de recours et les résultats de consultation seront donc dans un premier temps présentés par chapitre et ensuite par items regroupés.

L'analyse des résultats de consultation sera ensuite présentée selon différents axes :

- analyse des pathologies dont souffrent les patients de MDM selon leur durée prévisible de prise en charge (long, moyen terme ou de courte durée),
- pathologies à potentiel de gravité nécessitant une prise en charge et un suivi et/ou pouvant entraîner des demandes de régularisation,
- focus sur les pathologies et souffrances psychiques.

L'exploitation des données de santé s'appuie sur différents dénominateurs selon le type d'analyse réalisée, ces dénominateurs sont précisés dans le tableau suivant.

102. Classification internationale des maladies.

Tableau 38 : Les différents dénominateurs utilisés dans l'analyse des données médicales

Type d'analyse	Consultations sur lesquelles porte l'analyse	Dénominateurs (nb de consultations)
motifs de consultation par appareil	Consultations médicales où au moins un motif de recours a été codé par les médecins	29 473
motifs de consultation à partir des items regroupés de la CISP		
résultats de consultation par appareil	Consultations médicales où au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	23 816
résultats de consultation à partir des items regroupés de la CISP		
pathologies et souffrance d'ordre psychique		
pathologies à potentiel de gravité	Consultations médicales où au moins un diagnostic a été codé par les médecins. Les résultats de consultation codés uniquement par « symptômes et plaintes » sont exclus de l'analyse.	17 280
durées prévisibles de prises en charge	Consultations médicales où au moins un diagnostic a été codé par les médecins. Les résultats de consultation codés uniquement par « symptômes et plaintes » sont exclus de l'analyse de même que certains diagnostics où la durée de prise en charge n'a pas de sens (absence de maladie...)	16 454

5.1. Les motifs de recours exprimés par les patients

L'information recueillie est le motif de recours exprimé spontanément par la personne lorsqu'elle se présente à la consultation.

4 motifs distincts peuvent être recueillis pour une même consultation.

Ces motifs peuvent être de trois types :

- un symptôme ou une plainte exprimée par le patient
- une procédure (demande de vaccination, de médicaments, d'un certificat médical, résultats d'examens...)
- un diagnostic, dans le cas par exemple où le patient connaît déjà l'existence de sa pathologie

En 2007, un ou plusieurs motifs de consultation ont été codés dans 29 473 consultations, soit dans près de 90 % des consultations médicales¹⁰³.

Dans plus de 70 % des consultations, les patients n'ont exprimé qu'un seul motif de recours lorsqu'ils se sont présentés à MDM, 2 motifs ont été exprimés dans 22 % environ des passages et 3 ou plus dans environ 7 %.

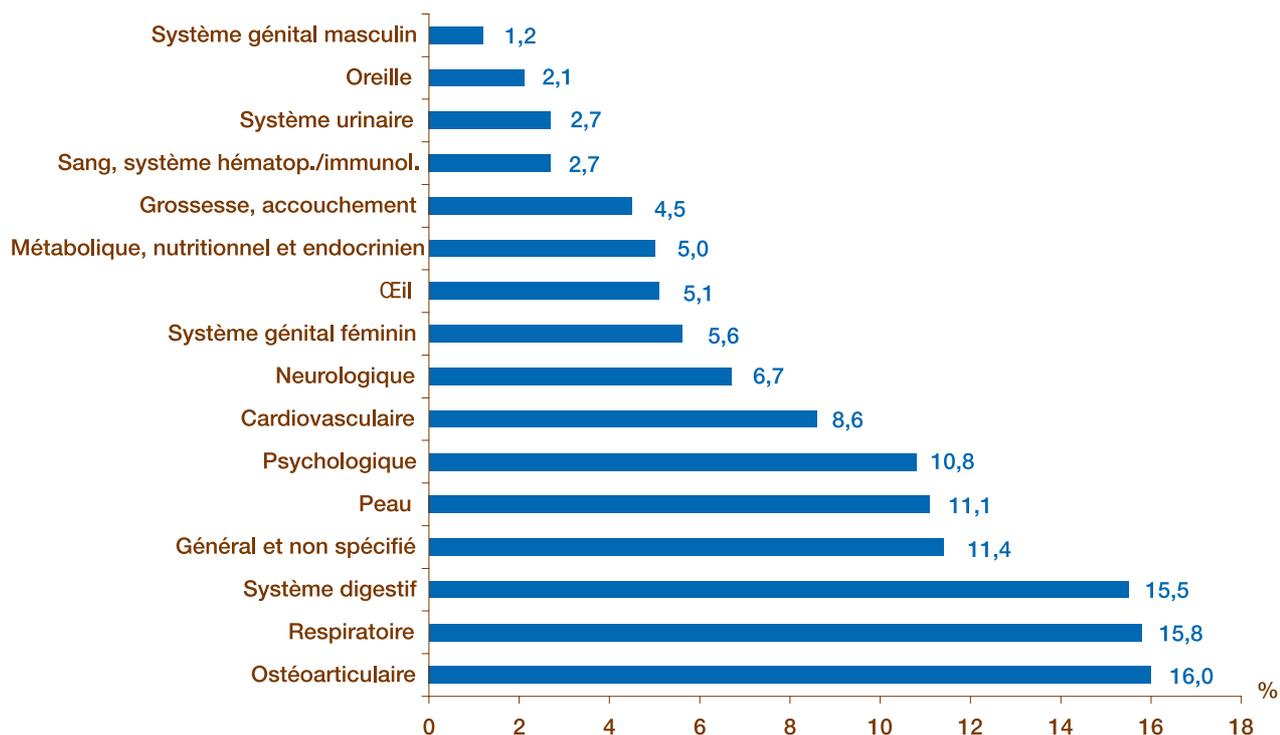
La figure 9 présente l'ensemble des motifs de consultation classés par appareil.

Les patients consultent en premier lieu pour des problèmes ostéoarticulaires, respiratoires ou digestifs. Viennent ensuite les affections dermatologiques et les troubles psychologiques qui regroupent chacun 11 % des recours, ainsi que la catégorie « général et non spécifié »¹⁰⁴.

103. Taux de réponses Motif(s) de consultation : 89,7 %.

104. Cette catégorie regroupe toutes les maladies et symptômes qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique générale de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc...) quand elles ne sont pas classables ailleurs, comme, par exemple, dans les maladies du foie (hépatite virale) ou du système immunitaire (infection par le VIH) ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

Figure 9 : Répartition des motifs de recours selon les 17 chapitres de la CISP



5.2. Les résultats de consultation relevés par les médecins

Il s'agit des problèmes de santé ou résultats de consultation ou diagnostics identifiés par le médecin à l'issue de la consultation.

Les résultats de consultation sont le plus souvent des diagnostics mais sont aussi parfois des symptômes et plaintes lorsque par exemple le diagnostic est en attente de résultats d'examens complémentaires. Ainsi, lorsqu'il y a suspicion d'une pathologie, on notera les symptômes et plaintes et non la pathologie. Il s'agit par ailleurs de noter les pathologies en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation¹⁰⁵.

Comme pour les motifs de recours, 4 résultats de consultation pouvaient être codés lors du passage d'un même patient.

En 2007, un ou plusieurs résultats de consultation ont été codés dans 23 816 consultations médicales, soit dans 72 % des consultations médicales¹⁰⁶.

Dans la majorité des cas, un seul résultat de consultation a été renseigné par les médecins, dans 28 % des passages environ 2 résultats ou plus ont été codés.

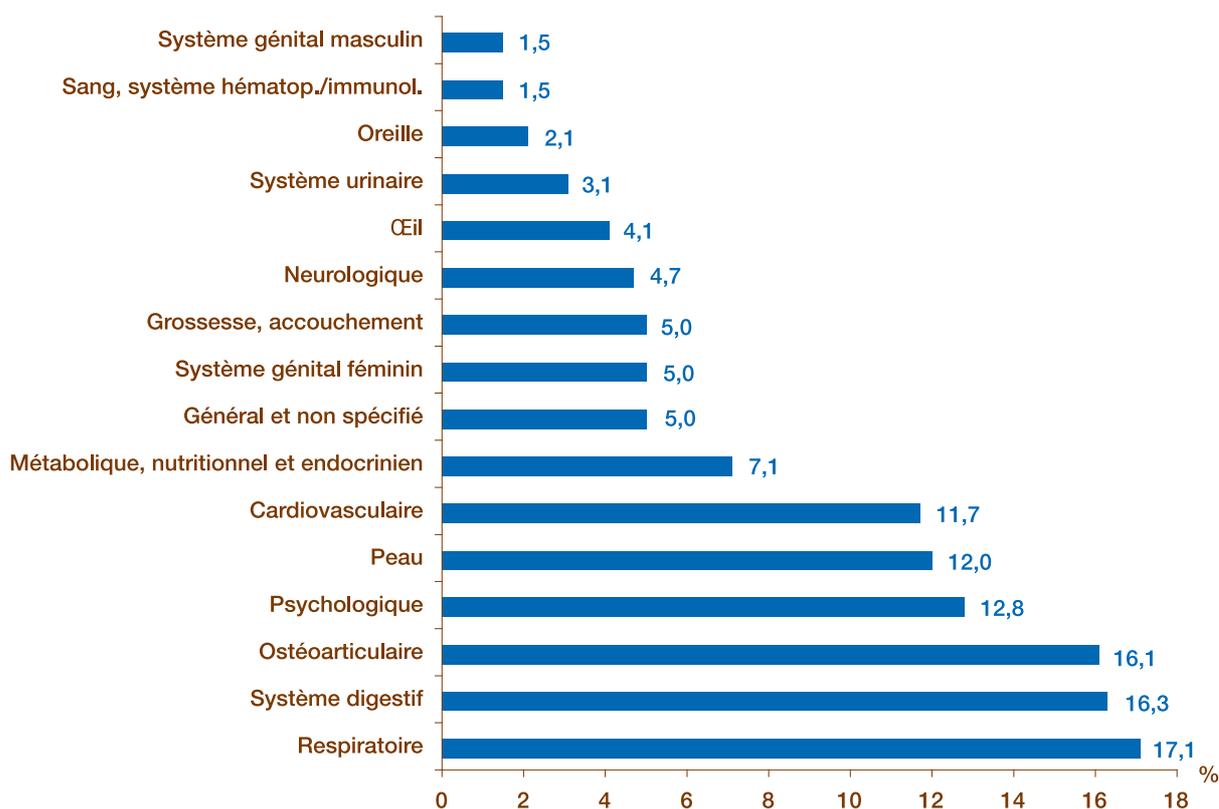
La hiérarchie des résultats de consultation présentée selon les chapitres de la CISP (figure 10) correspond globalement à celle des motifs de recours exprimés par les patients.

Les affections respiratoires, digestives et ostéoarticulaires occupent les premières places des diagnostics. Notons l'importance des troubles psychologiques qui sont à l'origine de 10,8 % des recours et qui sont relevés dans 12,8 % des consultations.

105. Pour une personne diabétique traitée qui se présente pour une grippe, on codera les deux pathologies.

106. Taux de réponses Résultat(s) de consultation : 72,5 %.

Figure 10 : Répartition des résultats de consultation selon les 17 chapitres de la CISP



6. Motifs de recours et résultats de consultation détaillés

L'analyse des recours à partir des items regroupés de la CISP apporte des précisions supplémentaires (tableau 39). On observe ainsi que les symptômes et plaintes ostéoarticulaires (symptômes et plaintes du rachis particulièrement) sont les motifs les plus fréquents qui amènent les patients à consulter (13,7 %), suivis des symptômes et plaintes digestives (10,8 % des recours) et de la toux (6,2 %).

Les troubles psychologiques, en particulier l'anxiété et les syndromes dépressifs sont aussi fréquemment à l'origine des consultations.

Dans un certain nombre de cas, les patients consultent pour une pathologie déjà identifiée. Citons notamment l'hypertension artérielle (3,4 % des consultations), l'asthme (0,7 %), l'épilepsie (0,5 %), une hépatite virale (0,5 %). Cette année, dans le cadre du projet prévention VIH, hépatites et tuberculose, beaucoup de patients sont revenus chercher des résultats (cela a occasionné 1 346 consultations).

La seconde partie du tableau 39 présente, au regard des motifs de recours, les résultats détaillés de consultation. La pathologie la plus fréquemment diagnostiquée est l'hypertension artérielle (7,1 % des consultations), juste devant les infections respiratoires supérieures (6,9 %).

Des troubles psychologiques ou psychiatriques, nous l'avons vu, sont mentionnés dans 12,8 % des consultations, il s'agit le plus souvent d'anxiété et de stress (6,2 %), voire de syndromes dépressifs (3,0 %). Cette fréquence élevée des troubles psychiques est bien sûr à rapprocher des événements traumatiques vécus, des conditions de vie et de la précarité que vivent les patients au quotidien.

Un certain nombre d'affections chroniques arrivent en bonne place dans la liste des diagnostics posés. Il s'agit, nous l'avons vu, de l'hypertension artérielle (7,1 %) mais aussi du diabète (4,6 %), des cardiopathies (1,5 %) ou des hépatites virales (1,5 %). **Cela souligne l'importance du dépistage des pathologies silencieuses, ou souvent asymptomatiques en l'absence de complication.**

La situation de tous ces patients le plus souvent en difficulté dans l'accès aux soins est préoccupante, dans la mesure où toutes ces pathologies, en l'absence d'un suivi adapté, sont susceptibles d'entraîner de graves complications¹⁰⁷.

Notons enfin que, dans environ 5 % des cas, le résultat de consultation mentionné est en lien avec la grossesse, qu'elle soit ou non pathologique, ce qui pose là aussi le problème du suivi de ces femmes¹⁰⁸.

107. Une analyse spécifique consacrée aux pathologies à potentiel de gravité est proposée dans la suite de ce travail.

108. Le cas des femmes enceintes sera également traité de façon spécifique.

Tableau 39 : Ensemble des motifs de recours et des résultats de consultation

Les motifs de recours et résultats de consultation détaillés les plus fréquents sont signalés en gras

Remarque : la somme des motifs ou des résultats détaillés ne correspond pas toujours strictement au total par appareil. Ces différences ont deux explications : certains motifs ou résultats ne sont codés que par la lettre désignant l'appareil sans plus de précision. Ils sont donc comptabilisés uniquement dans la ligne correspondant à l'appareil et non dans la partie détaillée. D'autre part, certains patients peuvent être affectés de plusieurs pathologies pour un même appareil. Ces pathologies sont susceptibles d'apparaître de façon distincte dans la partie détaillée, elles ne sont en revanche comptabilisées qu'une seule fois dans les fréquences par appareil.

	Motifs de recours		Résultats de consultation	
	%	Nombre de consultations	%	Nombre de consultations
Système digestif	15,5	4 561	16,3	3 889
Symptômes et plaintes du système digestif	10,8	3 175	5,6	1 322
Affections dents-gencives	2,6	770	3,1	741
Autres diagnostics du système digestif	0,8	228	4,9	1 164
Hépatite virale	0,5	148	1,5	353
Infections gastro-intestinales	0,2	43	0,7	177
Pathologies ulcéreuses	0,1	26	0,6	149
Ostéoarticulaire	16,0	4 721	16,1	3 827
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	8,1	2 389	4,2	1010
Symptômes et plaintes du rachis	5,6	1 665	2,5	585
Autres diagnostics locomoteurs	1,0	297	4,9	1 164
Syndrome dorso-lombaire	0,9	260	3,6	865
Respiratoire	15,8	4 663	17,1	4 065
Toux	6,2	1 827	1,6	381
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	4,3	1 253	1,3	312
Symptômes et plaintes nez-sinus	2,6	760	0,8	183
Infections respiratoires supérieures	1,2	495	6,9	1 649
Infections respiratoires inférieures	0,9	254	3,0	714
Asthme	0,7	194	1,5	353
Autres diagnostics du système respiratoire	0,6	188	2,6	613
Général et non spécifié	11,4	3 352	5,0	1 189
Symptômes et plaintes généraux	6,0	1 777	1,9	458
Diagnostics non classés ailleurs	0,3	79	1,7	398
Tuberculose	0,1	21	0,2	42
Neurologique	6,7	1 988	4,7	1 116
Symptômes et plaintes neurologiques	5,4	1 580	2,0	481
Autres diagnostics neurologiques	0,7	200	1,9	440
Epilepsie	0,5	132	0,7	169
Psychologique	10,8	3 170	12,8	3 047
Angoisse-Stress-Troubles somatiques	4,5	1 316	6,2	1 476
Syndrome dépressif	1,5	445	3,0	708
Autres problèmes psychologiques	0,8	221	1,8	426
Utilisation de substances psychoactives (alcool)	0,7	205	1,1	267
Psychose	0,2	58	0,9	223
Utilisation de substances psychoactives (drogues)	0,2	68	0,4	97
Utilisation de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,1	35	0,5	119
Peau	11,1	3 277	12,0	2 856
Symptômes et plaintes cutanés	4,0	1 190	1,8	420
Eruption cutanée / Tuméfactions	2,7	801	1,0	234
Autres pathologies cutanées	1,3	389	3,1	736
Infections cutanées	1,2	348	1,9	461
Parasitoses / Candidoses	0,8	242	2,2	517
Dermatites atopiques et contact	0,6	185	1,7	393
Cardiovasculaire	8,6	2 547	11,7	2 796
Hypertension artérielle	3,4	1 007	7,1	1 680
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,8	537	0,8	181
Pathologies vasculaires	0,8	228	1,7	412
Cardiopathies, troubles du rythme	0,6	164	1,5	346
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,5	132	1,1	263

Grossesse, accouchement	4,5	1 321	5,0	1 189
Grossesse et couches non pathologiques	2,7	805	3,4	813
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	0,6	163	0,5	106
Contraception	0,5	136	0,7	163
Grossesse et couches pathologiques	0,1	35	0,3	175
Métabolisme, nutrition, endocrinien	5,0	1 482	7,1	1 701
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	2,6	769	4,6	1 103
Autres diagnostics métaboliques	0,6	174	1,4	340
Symptômes et plaintes métaboliques	0,6	163	0,3	68
Excès pondéral-Obésité	0,3	82	1,1	270
Système génital féminin	5,6	1 648	5,0	1 192
Symptômes et plaintes du système génital féminin	2,5	744	1,5	357
Trouble des règles	1,5	451	1,2	281
Autres diagnostics du système génital féminin	0,3	86	1,1	266
Infections Sexuellement Transmissibles (femmes)	0,1	37	1,1	251
Système urinaire	2,7	791	3,1	729
Symptômes et plaintes urinaires	2,0	579	0,8	195
Infections urinaires / rénales	0,2	62	1,4	324
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,2	64	0,8	192
Œil	5,1	1 491	4,1	967
Symptômes et plaintes du système oculaire	2,0	576	0,7	157
Lunettes-lentilles	1,2	340	0,6	138
Autres diagnostics du système oculaire	0,9	278	1,2	284
Infections de l'œil	0,6	168	1,2	281
Oreille	2,1	623	2,1	506
Symptômes et plaintes du système auditif	1,6	476	0,5	117
Infections du système auditif	0,2	67	1,0	239
Autres diagnostics du système auditif	0,2	48	0,5	117
Système génital masculin	1,2	369	1,5	346
Symptômes et plaintes du système génital masculin	0,8	243	0,5	125
Infections Sexuellement Transmissibles (hommes)	0,1	24	0,3	61
Autres diagnostics du système génital masculin	0,1	35	0,6	132
Sang, système hémato/immunologique	2,7	800	1,5	345
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,2	66	0,1	31
VIH	0,1	29	0,3	76
Anémies	0,1	38	0,7	159
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,1	29	0,2	54
Catégories transversales				
Peurs de / Préoccupations	1,6	466	0,7	170
Traumatismes	1,4	400	2,6	616
Cancers	0,3	81	0,6	147
Maladies infectieuses non classées ailleurs	0,2	67	0,6	131
Procédures				
Résultats	4,6	1 346	----	----
Suivi	3,9	1 150	----	----
Traitements médicamenteux	2,9	851	----	----
Examen médical	1,8	531	----	----
Administratif	0,6	168	----	----
Autres procédures	0,6	180	----	----
Examens complémentaires	0,5	143	----	----
Avis / Counselling, écoute	0,4	126	----	----
Vaccination / Autres procédures préventives	0,3	75	----	----
Soins dispensés	0,2	67	----	----

Des motifs de consultations parfois anodins qui peuvent cacher des problèmes de santé plus graves.

Témoignage d'un infirmier de Nice :



M. P. d'origine roumaine, âgé d'une quarantaine d'années résidant en France depuis plusieurs années, vient chez MDM pour un problème de prurit.

Lors de l'entretien préalable à la consultation médicale, le patient me décrit un état dépressif sévère et m'explique qu'il a essayé de se suicider il y a deux semaines en ingérant divers produits. Puis, il me dévoile qu'il reçoit des informations par des extra terrestres qu'il entend dans sa tête. Je décide donc de prendre un rendez-vous en urgence chez la psychologue. Après la consultation chez la psychologue, cette dernière décide de l'orienter chez un psychiatre car ce monsieur a besoin d'un traitement médicamenteux et d'un suivi plus particulier.

M. B., âgé de 52 ans, d'origine tunisienne, réside de façon irrégulière en France depuis plus de 10 ans et essaie avec le Coviam¹⁰⁹ de régulariser sa situation. Il vient ce jour pour avoir une attestation de suivi par MDM, il n'a donc aucune demande médicale a priori.

Au cours de l'entretien, le monsieur me confie qu'il ne dort pas bien la nuit car il ne cesse de se lever pour uriner. En approfondissant l'entretien, le patient me décrit une pollakiurie qui dure déjà depuis plusieurs mois avec des difficultés mictionnelles. Cette information est donnée au médecin, qui le reçoit. A l'issue de la consultation médicale, il soupçonne alors un adénome prostatique et prescrit un bilan pour cette personne.

M. B., âgé de 30 ans, d'origine tunisienne, arrivé en France depuis un mois et demi vient ce jour pour une douleur dentaire. Lors de l'entretien, il m'explique que, depuis quelques semaines, il ressent une douleur constrictive au niveau du cœur avec des sueurs froides et que ces douleurs apparaissent le soir au coucher uniquement.

Ce patient est donc réorienté vers le médecin et après consultation, un ECG est prescrit en urgence.



7. Les problèmes de santé selon les durées nécessaires de prise en charge

Les points essentiels

- Dans la moitié des consultations où un diagnostic a pu être posé, les patients nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme d'au moins 6 mois. Les pathologies les plus fréquemment en cause sont l'hypertension artérielle, le diabète, certaines affections du système locomoteur, des syndromes dépressifs...
- Des affections nécessitant une prise en charge de courte durée sont diagnostiquées dans environ 40 % des consultations. Il s'agit majoritairement de pathologies infectieuses.
- Les patients nécessitant un suivi au long cours reviennent souvent plusieurs fois à MDM. Il s'agit plus fréquemment de femmes, d'étrangers et de patients âgés. Dans près de la moitié des consultations concernant des patients en logement précaire, sans logement ou sans couverture maladie, une prise en charge de moyen ou long terme devait être mise en œuvre.

109. Comité de vigilance des Alpes Maritimes.

Les pathologies diagnostiquées au cours des consultations ont été classées en trois groupes selon la durée prévisible de leur prise en charge :

- les affections nécessitant une prise en charge de courte durée (moins de 6 mois)
- les affections nécessitant une prise en charge à moyen ou long terme (plus de 6 mois)
- les affections dont la durée de prise en charge est indéterminée

Dans cette partie de l'analyse, seules les consultations au cours desquelles au moins un diagnostic a été posé par les médecins sont prises en compte (soit 16 454 consultations codées)¹¹⁰.

Les besoins de prise en charge des personnes malades qui ont recours à MDM s'inscrivent le plus souvent dans la durée. En effet, dans la moitié des consultations où au moins un diagnostic a été posé, les problèmes de santé identifiés nécessitaient une prise en charge à moyen ou long terme.

Le besoin de prise en charge de courte durée se retrouve dans un peu moins de 4 consultations sur 10 et une prise en charge de durée indéterminée dans environ un quart des consultations (tableau 40).

Tableau 40 : Répartition des consultations selon les durées nécessaires de prise en charge

Durée nécessaire de prise en charge	%	Nombre de consultations
Moyen ou long terme (plus de 6 mois)	50,3	8 279
Courte durée (moins de 6 mois)	38,9	6 403
Indéterminée	23,4	3 845

Le total dépasse 100 % dans la mesure où un même patient peut avoir plusieurs pathologies nécessitant des durées de prise en charge différentes.

Les principales pathologies diagnostiquées nécessitant une prise en charge au long cours sont présentées dans le tableau 41. Il s'agit le plus souvent d'hypertension artérielle, de diabète, ou d'affections du système locomoteur. Les pathologies et troubles psychologiques (dépression, syndrome de stress post-traumatique) arrivent en bonne place.

Les grossesses arrivent juste après en fréquence.

Dialyse refusée, il disparaît

Témoignage d'un médecin de Saint-Denis :



En avril 2007, M. A.S., âgé de 35 ans, d'origine algérienne, se présente au Caso accompagné d'un ami. Il a le teint pâle et « gris » des insuffisants rénaux. Effectivement, il nous dit être atteint d'une insuffisance rénale terminale et doit donc faire des dialyses 2 à 3 fois par semaine.

Il est arrivé 2 mois plus tôt en Espagne avec un visa de tourisme de 3 mois et toutes ses économies. A Alicante, il devait retrouver un ami qui lui avait promis de s'occuper de lui. Malheureusement, l'ami n'était pas au rendez-vous. Il est resté environ 3 semaines en Espagne, se faisant dialyser 2 fois par semaine (une dialyse est facturée de 200 à 300 €) et est ensuite venu en France. Il est resté quelque temps dans la région de Toulouse, continuant à payer ses dialyses, puis a gagné la région parisienne où il savait que vivaient des personnes de son « bled » qui pourraient l'aider.

C'est alors qu'il nous consulte, amené par son ami. Son visa n'est pas expiré mais il ne lui reste plus d'argent. Quand nous le voyons, il a dépensé 2 jours plus tôt ses derniers deniers et il doit absolument faire une nouvelle dialyse dans les 48 heures.

Seuls quelques hôpitaux parisiens font des dialyses. Logeant chez son ami dans l'Est parisien, nous l'adressons à l'hôpital Saint-Antoine. Bien que sachant que cet hôpital ne fait pas de dialyse, nous espérons que les praticiens de Saint-Antoine auront plus de poids que nous pour le faire admettre à l'hôpital Tenon. Malheureusement, n'ayant pas de droits sociaux ni ouverts ni potentiels, il n'est pas accepté. C'est son ami qui nous contacte 3 jours plus tard pour nous relater tout cela et nous dire qu'il a quand même pu être dialysé dans un établissement privé, la mosquée ayant fait une collecte, mais que cela ne pourra pas se renouveler. .../...

110. Les consultations pour lesquelles aucun résultat n'est codé ou ne mentionnant que des symptômes et plaintes (et pas de diagnostic) ne rentrent logiquement pas dans l'analyse.

Il nous sollicite pour tenter de trouver une solution. Après plusieurs appels dans différents hôpitaux et plusieurs discussions, le chef du service des dialyses de l'hôpital Necker, accepte de le prendre en charge dans son établissement en dépit de sa situation administrative.

Nous reprenons donc contact avec son ami. Malheureusement, ce dernier nous fait part de sa grande inquiétude car M. A.S. a disparu depuis la veille (juste après qu'il nous a appelés) et, depuis, il n'a aucune nouvelle craignant le pire pour lui...

Nous avons, quelques semaines plus tard, essayé de recontacter l'ami, mais sans succès.

Qu'est-il donc devenu, mort, disparu ou bien encore vivant ?



Tableau 41 : Principales pathologies diagnostiquées nécessitant une prise en charge à moyen ou long terme⁽¹⁾

	Nombre de consultations		Nombre de patients concernés	
	(n=16 454)		(n=10 570)	
	%	n	%	n
Nécessité d'une prise en charge à moyen ou long terme	50,3	8 279	49,3	5 206
dont...				
Hypertension artérielle	10,2	1 680	8,9	939
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	6,7	1 103	5,6	593
Autres diagnostics locomoteurs (syndrome cervical, arthroses...)	5,3	876	8,7	924
Syndrome dorso-lombaire	5,2	865	7,0	740
Syndrome dépressif	3,8	621	4,1	432
Grossesse et couches non pathologiques ⁽²⁾	3,6	596	5,1	543
Angoisse, stress, troubles somatiques (syndr. de stress post-traumatique, troubles anxieux...)	2,6	433	7,0	738
Autres diagnostics du système digestif (maladies de l'œsophage, maladies du foie...)	2,3	383	9,5	999
Asthme	2,1	353	2,6	272
Cardiopathies, troubles du rythme	2,1	346	2,5	265
Autres diagnostics métaboliques (hypo ou hyperthyroïdie...)	1,9	309	2,4	248
Autres diagnostics neurologiques (migraines, neuropathies périph, syndromes parkinsoniens...)	1,8	295	3,6	382
Autres problèmes psychologiques (troubles de la personnalité...)	1,8	293	2,8	292

⁽¹⁾ Le dénominateur est le nombre de consultations où au moins un diagnostic a été codé par les médecins. Les résultats de consultation codés uniquement par « symptômes et plaintes » sont exclus de l'analyse de même que certains diagnostics où la durée de prise en charge n'a pas de sens (absence de maladie...), soit en tout 16 454 consultations.

⁽²⁾ L'item de la CISP « grossesse et couches non pathologiques » apparaît dans le tableau bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie.

Prise en charge du diabète

On estime à 2,8 millions le nombre de diabétiques, soit 3,8 % de la population française. On estime entre 100 000 et 500 000 le nombre de personnes qui s'ignorent diabétiques. La prévalence du diabète a fortement augmenté entre 2000 et 2005 avec un taux de croissance annuel moyen de 5,7 %¹¹¹.

En France, le diabète frappe davantage les populations précarisées, qui se heurtent à des difficultés d'accès aux soins, peinent à assurer un suivi convenable de leur maladie ou tout simplement une hygiène de vie saine¹¹². Dans la population vivant en grande précarité, la prévalence du diabète est estimée à 6,2 % (4,8 % en centre d'hébergement d'urgence et 11,8 % en Lits haltes soins santé), avec des complications majeures plus fréquentes (17 % d'amputations vs 1,4 % en population générale diabétique), reflets d'une prise en charge souvent mal adaptée¹¹³.

Recommandations pour la prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité (extrait de la réunion de consensus d'octobre 2007)¹¹⁴

Les personnes en grande précarité doivent faire face à un certain nombre de problèmes :

- la tentation de l'abandon du traitement lors de l'arrivée dans la rue dû au découragement important et aux conditions de vie ;
- les problèmes d'alimentation avec un nombre de repas jour insuffisant, une inadaptation des repas (non équilibrés) ;
- la difficulté du traitement par l'insuline pour certains avec des expériences de vols des effets personnels (matériel d'injection, lecteur de glycémie...) et des difficultés pour conserver le traitement ;
- le suivi des pieds est une préoccupation importante chez ceux ayant subi des amputations, mais aussi chez les autres, conscients que les conditions de vie augmentent les risques de blessures (beaucoup de marche, chaussures inadaptées, hygiène défectueuse,...).

La réunion de consensus d'octobre 2007 a conclu que « la prise en charge des personnes diabétiques en situation précaire doit insister sur le fait que la précarisation est un facteur aggravant qui ne doit pas conduire à diminuer la prise en charge médicale de ces patients.

L'activité physique parfois importante chez les personnes en situation précaire conduit à un contrôle glycémique finalement moins déséquilibré que celui que l'on aurait pu attendre. En revanche, l'importance et la fréquence des complications, en particulier podologiques, confirment bien les points sur lesquels les structures de première ligne doivent concentrer leurs efforts.

La dimension sociale reste le cœur du problème et la prise en charge médicale du diabète dans cette population doit se faire dans le cadre d'un travail en réseau incluant tous les acteurs : les centres de soins des associations ou municipaux, les services des urgences mais aussi les PASS, les médecins traitants et les diabétologues. »

Pour mémoire, près de 6 % des patients rencontrés à Médecins du Monde souffrent du diabète.

Pour les migrants, la découverte d'une maladie chronique, et tout particulièrement du diabète, est le plus souvent perçue comme « un malheur de plus » dans une succession d'événements traumatiques antérieurs qui ont conduit un exilé au départ du pays d'origine¹¹⁵. La complexité de la prise en charge médicale et la multiplicité des démarches à entreprendre passent au premier plan, mobilisant le patient et le médecin. Les consultations rapprochées, si elles créent un lien thérapeutique de qualité, sont d'abord centrées sur la maladie chronique. Le médecin doit également prendre en compte le deuil de la « bonne santé » dont les effets s'ajoutent à la douleur de l'exil chez de nombreux patients. Si la connaissance du diabète est souvent très parcellaire, ses complications les plus graves sont très évocatrices. Et nombreux sont les patients dont un parent ou un proche a découvert la maladie au stade d'une complication irréversible (cécité, amputation).

La nécessité d'une prise en charge à moyen ou long terme varie de façon sensible selon les caractéristiques des patients (tableau 42).

111. Cnam, 2005.

112. Comede, *Maux d'exil n°21, Dossier « Diabète, migrations et précarité, une équation complexe », article « Le diabète, une maladie à prévenir d'urgence », Vexiau P., décembre 2007.*

113. Arnaud A, Fagot-Campagna A, Cuvelier I, Laporte A. *Dépistage du diabète sucré dans des centres d'hébergement d'urgence, Paris, 2006.*

114. *Recommandations accessibles sur le site du Samu social de Paris www.samusocial-75.fr, rubrique observatoire.*

115. Comede, *Maux d'exil n°21, Dossier « Diabète, migrations et précarité, une équation complexe », article « La maladie chronique, un malheur de plus », Fleury F., décembre 2007.*

Elle est de façon logique d'autant plus fréquente que les patients sont âgés. Les femmes sont également plus souvent concernées, de même que les patients de nationalité étrangère.

On relève également les difficultés auxquelles doivent faire face les personnes sans logement ou en logement précaire ainsi que celles ne disposant d'aucuns droits ouverts à la couverture maladie. En effet près d'1 fois sur 2, ces patients nécessitent eux aussi un suivi dans le temps, ce qui semble bien incompatible avec leur situation.

L'organisation et le fonctionnement des Lits halte soins santé

Un décret du 17 mai 2006 précise les modalités d'organisation et de fonctionnement des « lits halte soins santé » (LHSS) créés en 2005. Ces structures « assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social » au bénéfice de personnes sans domicile fixe « dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social ». Gérés par une personne morale publique ou privée, les LHSS peuvent être regroupés en un lieu unique - sans que la capacité puisse excéder 30 lits - ou répartis sur plusieurs sites. Les structures gérant des LHSS doivent disposer de locaux adaptés et d'une équipe pluridisciplinaire regroupant des personnels sanitaires et sociaux, dont au moins un médecin et une infirmière. Il peut s'agir soit de salariés de la structure soit d'intervenants extérieurs (salariés mis à disposition ou professionnels libéraux rémunérés à la vacation). L'admission au sein d'un LHSS est prononcée par le directeur, sur demande de l'intéressé et pour une période ne pouvant excéder deux mois, après avis d'un médecin de la structure. Cette admission ne peut être prononcée si des soins hospitaliers apparaissent nécessaires. Compte tenu de la prévalence des situations de troubles psychiatriques chez les personnes sans domicile fixe, le décret prévoit également l'obligation de passer une convention avec les établissements de la zone géographique concernée disposant d'une activité de psychiatrie.

200 LHSS doivent être ouverts chaque année sur une période de 5 ans. Un LHSS reçoit un financement de l'assurance maladie de 100 euros par jour et par patient (couvre l'ensemble des dépenses soins, hébergement, restauration). Le patient est pris entièrement en charge, quel que soit son statut administratif.

Les patients reçus dans ces structures (ouvertes 365 j/an ; 24h/24) bénéficient d'un encadrement pluridisciplinaire (médecin, infirmier, travailleur social...). Chaque structure rédige un règlement intérieur afin de fixer les règles de la vie en communauté (sortie, consommation d'alcool, participation aux tâches collectives, animaux de compagnie...).

La durée de séjour de 2 mois est prévisionnelle et doit être adaptée à l'état sanitaire de la personne. La structure qui accueille ces lits travaille en réseau avec les autres structures socio-sanitaires qui orientent les personnes qui n'ont pas de domicile mais qui ne relèvent plus des services hospitaliers.

Les Lits halte soins santé à Toulouse et à Bordeaux

A Toulouse

La Halte santé à Toulouse a été ouverte en 1994, à l'initiative de médecins de Médecins du Monde. Elle a une capacité de 13 lits. C'est une des expériences portée par le secteur associatif qui a pu être reprise par l'Etat.

Ces lits assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative.

A Bordeaux

Depuis 1992, Médecins du Monde est partenaire du Centre communal d'action sociale de Bordeaux dans la gestion des 14 lits (10 lits homme, 4 lits femme) à la halte santé du foyer Leydet, foyer d'hébergement d'urgence de la ville de Bordeaux. Ces lits sont réservés aux patients sans abri, présentant une pathologie sans besoin d'hospitalisation et nécessitant soins et repos.

Cet établissement accueille un total de 160 lits, ouvert de 18 heures à 7 heures du matin.

Après avoir assuré des permanences médicales 5 jours par semaine et participé aux réunions institutionnelles, 1 fois par mois, l'équipe s'est fortement mobilisée en 2007 pour défendre la création de « lits halte soins de santé » au sein de l'établissement. MDM a milité fortement pour que l'expérience des lits infirmiers de Médecins du Monde à Leydet donne naissance aux lits halte soins santé, en défendant cette idée auprès de la mairie de Bordeaux et en participant à de nombreuses réunions.

Aujourd'hui, Médecins du Monde a quitté Leydet tout en conservant un lien fort avec cette structure, le médecin coordonnateur salarié étant un des médecins bénévoles de MDM. Enfin, MDM continuera en 2008 à participer de façon ponctuelle sur toute question d'ordre médical concourant à l'amélioration de la prise en charge médicale sur les LHSS.

On note enfin que les personnes qui reviennent plusieurs fois aux consultations de MDM sont également plus souvent concernées par un suivi à moyen ou long terme, ce qui laisse penser que leur situation sociale et administrative reste précaire et qu'elles n'ont pas pu trouver de solution dans le dispositif de droit commun.

Tableau 42 : Diagnostics de prise en charge à moyen ou long terme selon les caractéristiques des patients

	Diagnostics de prise en charge à moyen ou long terme		
	%	OR(1)	p
Ensemble des consultations	50,3		
Sexe			
Hommes	45,8	réf	
Femmes	55,6	1,6	***
Nationalité			
Français	45,0	réf	
Etrangers	51,0	1,2	**
Age			
Moins de 18 ans	19,4	réf	
18-29 ans	37,4	2,4	***
30-44 ans	46,8	3,8	***
45-59 ans	64,2	7,0	***
60 ans et plus	77,6	11,4	***
Logement			
Fixe	56,0	réf	
Précaire	47,8	0,9	ns
Sans logement	45,1	0,9	*
Etat des droits à la couverture maladie			
Non ouverts	48,0	réf	
Ouverts	54,4	1,2	**
Fréquentation des Caso			
1 ^{er} consultation	45,1	réf	
2 ^e consultation et plus	53,3	1,2	***

(1) Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,6 significatif ($p < 0,001$) pour les patients de sexe féminin signifie que le besoin de prise en charge à moyen ou long terme est significativement plus fréquent chez les femmes par rapport aux hommes, toutes choses égales par ailleurs.

Les affections nécessitant une prise en charge de courte durée sont dominées par les pathologies infectieuses (respiratoires, cutanées, urinaires...), certaines pathologies digestives ainsi que les traumatismes (tableau 43).

Tableau 43 : Principales pathologies diagnostiquées nécessitant une prise en charge de courte durée⁽¹⁾

	Nombre de consultations		Nombre de patients concernés	
	(n=16 454)		(n=10 570)	
	%	n	%	n
Nécessité d'une prise en charge de courte durée	38,9	6 403	49,2	5 197
dont...				
Infections respiratoires supérieures (laryngite, trachéite aiguë, angine aiguë, sinusite aiguë/chronique...)	9,0	1 483	13,9	1469
Infections respiratoires inférieures (grippe, bronchite aiguë, bronchiolite...)	4,3	714	6,0	637
Autres diagnostics du système digestif (trouble de la fonction gastrique, cholécystite / choléliithiase, maladie bouche/langue/lèvres...)	3,7	604	9,5	999
Parasitoses/candidoses (gale/autre acariose, dermatophytose, candidose de la peau...)	3,1	517	4,3	457
Autres diagnostics respiratoires (rhinite allergique, autre infection respiratoire...)	2,2	362	4,9	514
Traumatismes	2,0	327	5,3	555
Infections urinaires/rénales	2,0	324	2,7	285
Infections cutanées	1,6	258	3,8	403
Infections de l'œil	1,6	258	2,4	255
IST femmes	1,5	246	2,0	216
Autres diagnostics locomoteurs (bursite, tendinite, synovite NCA...)	1,5	240	8,7	924
Infections de l'oreille (otites...)	1,4	230	2,1	219
Autres pathologies cutanées (lipome, kyste sébacé, urticaire)	1,4	229	5,9	618

⁽¹⁾ Le dénominateur est le nombre de consultations où au moins un diagnostic a été codé par les médecins. Les résultats de consultation codés uniquement par « symptômes et plaintes » sont exclus de l'analyse de même que certains diagnostics où la durée de prise en charge n'a pas de sens (absence de maladie...), soit en tout 16 454 consultations.

8. Les pathologies et souffrances d'ordre psychologique et psychiatrique

Les points essentiels

- Les troubles psychologiques et psychiatriques motivent environ 11 % des recours (6^e rang des motifs) et sont mentionnés dans près de 13 % des résultats de consultation (4^e rang).
- Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux et de stress (48 % des affections psychiques), parfois de syndromes dépressifs (23 %), plus rarement de pathologies psychiatriques lourdes (psychoses : 7 %).
- Ces troubles sont plus souvent rapportés lorsqu'il s'agit de patients français, sans logement ou en logement précaire, vivant seuls et plutôt dans la classe d'âge des 30-44 ans.
- Parmi les patients étrangers, ces troubles sont mentionnés deux fois plus souvent lorsque les consultants sont demandeurs d'asile.

Les troubles psychiatriques et la souffrance psychique, comme nous l'avons vu précédemment, motivent près de 11 % des consultations dans les Casos¹¹⁶.

Les médecins ont quant à eux repéré et noté sur les dossiers un ou plusieurs troubles psychologiques ou psychiatriques chez les patients dans près de 13 % des consultations (tableau 44).

Il s'agit dans près de la moitié des cas d'anxiété ou de stress (dont un syndrome de stress post-traumatique dans 12 % des diagnostics de stress), puis des syndromes dépressifs et même parfois de patients psychotiques.

Dans environ 15 % des cas où un problème psychique a été mentionné, il s'agissait d'un usage abusif de substances psychoactives¹¹⁷.

Tableau 44 : Répartition des troubles psychologiques et psychiatriques diagnostiqués au cours des consultations

	Nombre de consultations		Nombre de patients concernés	
	%	n	%	n
Diagnostics de troubles psychologiques ou psychiatriques	12,8	3 047	13,1	1 777
Parmi lesquels ⁽¹⁾...				
Angoisse, stress, troubles somatiques	48,4	1 476	56,2	998
Syndrome dépressif	23,2	708	25,9	461
Autres problèmes psychologiques	14,0	426	17,7	314
Psychose	7,3	223	7,3	130
Usage abusif de substances psychoactives ⁽²⁾	14,7	447	12,8	227

⁽¹⁾ Le dénominateur est le nombre de consultations au cours desquelles un diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques a été codé, soit 3 047 consultations.

Ces informations sont recueillies dans le cadre d'un diagnostic de trouble psychologique ou psychiatrique.

Les données présentées dans le paragraphe « 2. Les dépendances aux substances psychoactives » en début de chapitre sont issues de l'interrogatoire en début de consultation.

⁽²⁾ Alcool : 8,8 % tabac/médicaments : 3,9 % drogues : 3,2 %

Les troubles psychologiques et psychiatriques ne sont probablement pas les problèmes de santé les plus fréquemment repérés parmi les consultants de MDM (même si l'on peut penser qu'ils sont largement sous-estimés). Ils n'apparaissent en effet qu'au 6^e rang des motifs de recours et au 4^e rang des diagnostics. Ils semblent cependant se situer souvent en toile de fond d'autres pathologies somatiques. En effet, dans plus de 36 % des cas, les patients qui se présentent pour un problème psychique consultent également pour d'autres motifs (contre 28 % des autres consultants). On observe également que lorsqu'un trouble psychique a été mentionné par les médecins, d'autres affections ont été signalées dans près de 44 % des cas (vs 25 % pour les autres consultations où aucun problème psychique n'a été notifié).

Si l'on s'intéresse enfin au besoin de prise en charge de ces patients, l'analyse fait apparaître que, dans 72 % des consultations où un trouble psychique a été identifié, une prise en charge à moyen ou long terme s'avérait nécessaire (vs 47 % pour les autres consultations).

Le diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques varie de façon très nette selon diverses caractéristiques des patients (tableau 45).

Ainsi, la fréquence de ces troubles relevée au cours des consultations est largement augmentée lorsqu'il s'agit de patients de nationalité française, elle est également maximale parmi la classe d'âge des 30-44 ans.

Ces diagnostics sont également liés à la situation concernant le logement : ils sont significativement plus élevés lorsque les consultants disposent d'un logement précaire mais surtout lorsqu'ils sont sans logement.

116. La classification internationale des soins de santé primaire regroupe dans « l'appareil psychologique » aussi bien les troubles psychologiques que psychiatriques.

117 L'usage abusif de substances psychoactives, intégré souvent dans les troubles de nature psychique, est traité de façon distincte dans cette analyse.

La mission Santé mentale de proximité à Marseille

Les personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères portent les stigmates de la très grande pauvreté et de la maladie mentale. A ce titre, l'accès aux soins demeure problématique en raison de leurs difficultés à s'inscrire dans des dispositifs de prise en charge « classiques », d'une part à cause de leur maladie, et d'autre part à cause de l'absence de personnel soignant sur leur lieu de vie : la rue.

La mission Santé mentale de proximité a été mise en place progressivement depuis 2 ans sur la base d'un partenariat entre Médecins du Monde et l'AP-HM (Assistance publique - Hôpitaux de Marseille). Cette mission a pour objectif d'accompagner l'hôpital public à mettre en place, puis à gérer, une équipe mobile précarité/santé mentale constituée de salariés de l'AP-HM.

L'équipe mobile santé mentale est la seule organisation sur Marseille qui va directement à la rencontre des personnes de la rue affectées par des troubles psychiatriques sévères pour les accompagner vers des soins. On estime à plus de 1 000 le nombre de personnes concernées sur la ville. La file active de l'équipe mobile est de 130 à 140 personnes, avec 70 personnes suivies sur l'année environ. Depuis novembre 2007, 50 personnes ont été hospitalisées (durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours). Grâce à tout le travail réalisé en amont par l'équipe de rue, et un accompagnement individualisé à l'hôpital, la confrontation culture de rue / hôpital s'apaise, avec une meilleure compréhension de part et d'autre. Le projet permet une réelle amélioration de l'accès aux soins psychiatriques des personnes à la rue et Médecins du Monde est identifié comme un « aiguillon » nécessaire qui pousse l'AP-HM à mettre en œuvre ses engagements.

Au mois de mai 2008, l'équipe mobile santé mentale est constituée de salariés de l'AP-HM (service de psychiatrie « Véga » de l'hôpital Sainte-Marguerite), de salariés et de bénévoles de Médecins du Monde.

On observe de plus que les patients vivant seuls sont plus souvent concernés par des problèmes psychiques.

L'analyse a été renouvelée en ne prenant en compte que les consultants étrangers de façon à explorer le lien entre troubles psychiques, ancienneté du séjour en France et situation administrative.

Les mêmes associations sont logiquement retrouvées entre le diagnostic de troubles psychiques, l'âge, le logement et l'environnement social des patients.

On observe de plus que la fréquence de ces troubles semble augmenter lorsque la durée du séjour en France se prolonge. Mais on note surtout que le diagnostic de troubles psychiques est deux fois plus fréquent lorsque les étrangers sont demandeurs d'asile.

Notons que 12 % des troubles regroupés dans la catégorie « Angoisse, stress, troubles somatiques » sont des syndromes de stress post-traumatique (76 patients différents). Selon les observations du Comede, le risque de psychotraumatisme grave est 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence a pu être qualifiée de torture¹¹⁸.

La prise en charge des demandeurs d'asile atteints de troubles post-traumatiques présente une certaine spécificité : elle concerne le vécu prémigratoire, l'expérience de l'exil, la dimension transculturelle et le vécu postmigratoire¹¹⁹. Une médecin psychiatre parle de ces récits de vie, marquée par des périodes distinctes¹²⁰ : « Celle de la vie d'avant guerre ... une vie perdue, celle de la violence ... une vie meurtrie, celle du départ ... une vie risquée et celle de l'arrivée en France ... une vie suspendue, puis niée. »

118. La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2007 du Comede.

119 Dromer C., « Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France », mémoire de master 2 professionnel, Droits de l'homme, droit international humanitaire, année universitaire 2006-2007, université d'Evry, Val d'Essonne, France.

120 Drogoul F, « Contre une dénaturation du droit d'asile », Rhizome, Bulletin national de santé mentale et précarité ; 2005, n°21, p.10.

Tableau 45 : Diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques⁽¹⁾ selon les caractéristiques des patients

	Patients français et étrangers			Patients étrangers		
	%	OR ⁽²⁾	p	%	OR ⁽²⁾	p
Ensemble des consultations	11,0			9,5		
Sexe						
Hommes	12,2	1,0	ns	10,4	1,0	ns
Femmes	9,5	réf		8,5	réf	
Age						
Moins de 18 ans	4,4	réf		4,8	réf	
18-29 ans	9,9	1,8	***	9,0	2,4	***
30-44 ans	13,8	2,7	***	12,7	3,4	***
45-59 ans	11,1	2,1	***	9,8	2,7	***
60 ans et plus	4,1	0,8	ns	3,2	---	---
Nationalité						
Français	17,2	1,8	***	----	----	----
Etrangers	9,5	réf		----	----	----
Logement						
Fixe	9,1	réf		8,0	réf	
Précaire	10,6	1,1	*	10,1	1,1	ns
Sans logement	13,3	1,2	**	12,0	1,5	***
Environnement social ; vit...						
En couple, famille, amis...	8,4	réf		7,9	réf	
Seul	13,1	1,2	***	11,8	1,1	ns
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	----	----	----	7,3	réf	
De 3 mois à 1 an	----	----	----	8,2	1,3	**
De 1 an à 3 ans	----	----	----	13,9	2,1	***
De 3 ans à 10 ans	----	----	----	13,1	1,6	***
10 ans et plus	----	----	----	11,4	1,9	***
Demandeur d'asile						
Non	----	----	----	8,1	réf	
Oui	----	----	----	16,9	2,3	***
En situation administrative précaire						
Non	----	----	----	9,0	réf	
Oui	----	----	----	10,1	0,9	ns

⁽¹⁾ A l'exception de l'usage abusif de substances psychoactives

⁽²⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,8 significatif ($p < 0,001$) pour les patients français signifie que le diagnostic de troubles psychologiques est significativement plus fréquent lorsqu'il s'agit de patients français que de patients étrangers, toutes choses égales par ailleurs (sexe, âge, logement, environnement social).

Les équipes psychiatriques de Lyon et de Nice repèrent cette année une prédominance des hommes par rapport aux femmes dans leurs consultations : autodépréciation, sentiment de culpabilité, d'inutilité...

Ils se sentent humiliés dans leur place d'homme par cette situation de quête et de dépendance

Témoignage d'un psychologue de Lyon :



Cette année a vu une aggravation de la politique de « lutte contre l'immigration clandestine ». Les promesses de régularisations possibles ont amené nombre de personnes en situation irrégulière à se dévoiler en entamant des démarches auprès des préfectures, dans .../...

l'espoir de régulariser une situation intenable et de trouver ainsi une place reconnue en France. Rappelons que les guerres des Balkans ont entraîné un élan de solidarité de la part de la population en France, élan qui ne s'est pas forcément traduit par des mesures concrètes. Les régularisations ont été fort peu nombreuses au regard du nombre des demandes. La plupart des patients se trouvent ainsi dans une situation d'incertitude quant à l'avenir. Situation de peur aussi, dont ils parlent en rapprochant la peur de la police qu'ils éprouvent ici à celle de la police de leurs pays.

Un certain nombre de patients, parmi les plus assidus, ont parfois disparu et nous n'avons pu apprendre qu'incidemment leur expulsion, parfois par le biais d'un passage dans un centre de rétention administratif. Les autres sont en attente, renvoyés d'un bureau à l'autre, en quête de documents qui ne sont jamais complets. Ce sont souvent les femmes qui effectuent ces démarches, comme ce sont elles qui se chargent de l'accompagnement des enfants. Les hommes, à ce qu'elles disent, restent le plus souvent prostrés, soit qu'ils se perçoivent comme plus menacés que leurs épouses, soit qu'ils se sentent humiliés dans leur place d'homme par cette situation de quête et de dépendance, alors qu'ils ont souvent pris dans leur pays des positions engagées qui sont à l'origine de l'exil. Il est cependant difficile d'aider les couples sur ce point, puisque les maris sont rétifs à venir en consultation et que la situation sociale de la famille interdit, pour l'instant, toute remise en question. Les hommes viennent aussi moins souvent consulter comme on l'a vu, alors qu'ils sont souvent décrits comme beaucoup plus dépressifs que leurs épouses.

Cette situation n'est pas sans créer parfois des conflits conjugaux lorsque le mari veut conserver sa place de « chef de famille » par des crises d'autorité. Les épouses supportent d'autant plus mal que la réalité de la responsabilité repose sur leurs épaules. Les hommes qui viennent consulter sont souvent taraudés par un sentiment de culpabilité : ont-ils bien fait de s'engager ainsi, alors que cet engagement peut être la cause de tortures subies par leurs épouses, qu'ils sont sans nouvelle de leurs familles qu'ils ont dû quitter ? A cela se joint la profonde souffrance et l'humiliation qu'eux-mêmes ont ressenties lors de leur arrestation et des tortures qu'ils ont subies.

Aux uns comme aux autres, le retour au pays paraît inimaginable. Souvent, ils n'y ont plus de place, comme c'est le cas de ces Bosniaques dont le village est maintenant en république serbe et qu'on n'accepte pas non plus dans la Fédération bosniaque. Pour tous, il n'est pas concevable de retourner dans un pays (qualifié pourtant de « sûr » par les autorités) où l'on ne rencontrera que des souvenirs douloureux de parents disparus ou assassinés et où on croisera dans les rues ceux qui furent les tortionnaires et les violeurs. Ce serait également tenir pour rien la souffrance et la peur que fut souvent l'errance vers un pays d'accueil. On est loin, en présence de ces souffrances individuelles, des préoccupations politiciennes concernant les quotas...

Souvent les patients expriment l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de se souvenir de leur enfance ou plus généralement de leur vie antérieure au drame, massacre ou torture. C'est comme si leur vie avait commencé dans l'horreur. On l'a vu, leur futur, quant à lui, est dans l'incertitude angoissante d'un retour ou d'une improbable régularisation. Comment construire une histoire dans cette situation dans laquelle on ne peut que tourner en rond dans un présent où tout se mélange ?

On peut parfois s'interroger sur l'aide que peuvent, dans ce cadre où la réalité rejoint les fantasmes les plus terrifiants, apporter les psychologues. Mais il faut parallèlement s'interroger sur la « fidélité » des patients qui, par ailleurs, peuvent hésiter à se rendre à l'hôpital général pour des soins qui leurs sont nécessaires. « J'y suis obligé », me disait un patient. D'autres m'ont avoué que c'était le seul lieu où ils pouvaient se permettre de pleurer. Ce qu'ils trouvent au Caso, c'est peut-être un lieu et une écoute qui, sans apporter de réponse, leur permet tout simplement d'être, et d'être reconnus.

”



Les consultations ponctuelles deviennent rares, la plupart s'inscrivent dans la durée. On constate début 2007 dans nos consultations de soutien psychologique une arrivée importante d'hommes des pays de l'Est, majoritairement originaires de Tchétchénie et/ou du Caucase. C'est la première année où l'on observe plus d'hommes consultant que de femmes. Ces hommes paraissent d'autant plus marqués par les événements passés.

Il apparaît une évolution de la symptomatologie traumatique tendant vers une aggravation des troubles.

Le « simple » symptôme de stress post-traumatique semble maintenant étendu à divers tableaux cliniques, des conduites addictives au syndrome dépressif avec des troubles somatiques associés. Cela va jusqu'à une perte de repères avec fragilisation des structures psychiques tendant vers la psychose.

La somatisation des atteintes psychiques est très présente et coexiste avec les conséquences psychiques des tortures.

Ces changements sont à la fois le produit du durcissement des conditions de vie dans le pays d'origine et de la précarité de plus en plus grande de leur situation en France.

On peut toutefois s'interroger sur la spécificité masculine de ces troubles. Dans les cultures d'origine, les hommes s'investissent souvent dans un rôle très économique au sein de la famille. Etant destitués de cette fonction du fait de leur statut (pas d'autorisation de travail), ils ressentent une « inutilité » et la cellule familiale ne peut donc jouer un rôle protecteur face à ces manifestations psychiques. Ceci constitue alors un facteur aggravant dans l'évolution des symptômes.

Par ailleurs, une nouvelle catégorie de patients consultent régulièrement : il s'agit de personnes en recherche de soutien psychologique face à l'angoisse générée par la précarité de leur situation et ce d'autant plus dans cette période où le durcissement de la politique migratoire est manifeste.

Enfin, nous notons une augmentation des personnalités psychotiques dans nos consultations, notamment à tendance paranoïde. Il s'agit de populations extrêmement marginalisées qui en général ne se présentent qu'une seule fois et que nous tentons d'orienter.



9. Les pathologies à potentiel de gravité diagnostiquées

Les points essentiels

- Dans près du quart des consultations où un diagnostic a pu être posé, les patients souffraient d'une pathologie à potentiel de gravité (4 016 consultations).
- Ces affections sont dominées par des pathologies cardiovasculaires et le diabète.
- Deux profils de patients plus souvent concernés par ces pathologies émergent :
 - les affections les plus liées à l'âge sont logiquement majorées chez les plus âgés, les femmes semblent plus souvent touchées ;
 - les autres affections (maladies infectieuses (hors VIH et hépatite C), traumatismes, PTSD...) sont plus fréquemment rapportées chez les hommes, les 18-44 ans, les étrangers, les patients qui n'ont pas de logement fixe.
- Des pathologies graves enfin sont mentionnées dans plus de 20 % des consultations concernant des patients sans droits ouverts à la couverture maladie.

Cette partie traite spécifiquement de certaines pathologies présentant un potentiel de gravité important, qu'il soit immédiat ou consécutif aux complications de ces pathologies. Ces affections nécessitent toutes un suivi régulier et peuvent entraîner le cas échéant une demande de régularisation pour raison médicale. Les pathologies retenues sont les suivantes : asthme, syndrome de stress post-traumatique, infection VIH, hépatites virales B et C, tuberculose, épilepsie, diabète, certaines maladies cardiovasculaires, cancers, certaines pathologies thyroïdiennes, certains traumatismes¹²¹. Il s'agit des pathologies qui sont repérées comme étant les plus courantes dans les dossiers de demande de régularisation pour raison médicale.

Dans près d'1 consultation sur 4 où un diagnostic a pu être posé, les consultants souffraient d'une pathologie à potentiel de gravité (tableau 46).

Il s'agit le plus fréquemment d'affections cardiovasculaires (11,0 % de l'ensemble des consultations où un diagnostic a été posé), assez souvent également de diabète (6,4 %).

Les autres affections potentiellement graves représentent 0,2 à 2,0 % de l'ensemble des consultations. Soulignons la situation particulièrement préoccupante des patients présentant un cancer.

Tableau 46 : Pathologies à potentiel de gravité diagnostiquées au cours des consultations⁽¹⁾

	Nombre de consultations		Nombre de patients concernés	
	(n=17 280)		(n=10 570)	
	%	n	%	n
Au moins une pathologie à potentiel de gravité	23,2	4 016	24,1	2 546
Maladies cardiovasculaires	11,0	1 901	12,5	1 319
Diabète (insulino et non-insulino dépendant)	6,4	1 103	5,6	593
Asthme	2,0	353	2,6	272
Hépatites virales (A, B et C) ⁽²⁾	2,0	353	2,4	254
Pathologies thyroïdiennes	1,1	194	1,3	132
Cancers	1,1	182	0,9	93
Syndrome de stress post-traumatique	1,0	171	0,7	76
Epilepsie	1,0	169	1,1	114
Infection VIH	0,4	76	0,6	58
Tuberculose	0,2	42	0,3	36
Traumatismes	0,2	31	0,3	30

⁽¹⁾ Le dénominateur est les consultations au cours desquelles au moins un diagnostic a été codé (n=17 280).

⁽²⁾ Les hépatites sont réparties à parts égales entre hépatites B et C, les hépatites A sont très peu nombreuses (9 cas).

La fréquence des diagnostics de pathologies potentiellement graves varie selon différents facteurs (tableau 47). Le caractère le plus fortement associé à ce type de pathologies est avant tout l'âge, avec une augmentation linéaire de la fréquence de ces diagnostics lorsque l'âge augmente. Ainsi, dans 53 % des consultations concernant des patients de 60 ans ou plus, une pathologie à potentiel de gravité a été mentionnée. Ce type de diagnostics est également plus fréquemment rapporté lorsqu'il s'agit de femmes ainsi que de patients étrangers.

Les patients sans logement sont également concernés puisque, dans près du quart des consultations les concernant, des affections potentiellement graves sont relevées.

On note enfin que, dans plus de 20 % des consultations concernant des patients sans droits ouverts (patients qui sont de loin les plus nombreux), des pathologies graves sont également dépistées, ce qui pose bien évidemment la question des moyens de leur prise en charge.

¹²¹ La liste détaillée de ces pathologies est consultable en annexe 2, méthodologie.

Tableau 47 : Pathologies à potentiel de gravité selon les caractéristiques des patients

	Pathologies à potentiel de gravité		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des consultations	23,2		
Sexe			
Hommes	21,5	réf	
Femmes	25,4	1,2	**
Age			
Moins de 18 ans	5,4	réf	
18-29 ans	10,7	2,0	***
30-44 ans	17,5	3,7	***
45-59 ans	35,6	8,9	***
60 ans et plus	52,8	18,4	***
Nationalité			
Français	17,4	réf	
Etrangers	24,0	1,3	**
Logement			
Fixe	28,0	réf	
Précaire	21,4	1,0	ns
Sans logement	23,3	0,9	*
Droits à la couverture maladie			
Ouverts	23,1	réf	
Non ouverts	21,2	1,1	ns

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,2 significatif ($p < 0,01$) pour les femmes signifie qu'un diagnostic de pathologie à potentiel de gravité est plus fréquemment mentionné lorsqu'il s'agit de patients de sexe féminin, toutes choses égales par ailleurs (âge, nationalité, logement, couverture maladie).

En plus de la tuberculose (...) un diabète et une hépatite B.

Témoignage d'un médecin du Caso Paris au sujet d'une jeune femme d'une trentaine d'année, d'origine chinoise :



Mlle L. est venue début juin en consultation parce qu'elle se sentait fatiguée et toussait depuis quelques semaines. Elle venait de terminer une formation pour pouvoir travailler en tant que couturière et devait rapidement commencer à travailler, mais se sentait trop faible pour commencer. Mlle L. 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 24 heures ainsi qu'un bilan biologique standard. Un dépistage systématique des hépatites et du VIH a été proposé et accepté. Mlle L. était très souriante et remerciait tout le monde chaleureusement. Un mois plus tard, Mlle L. est revenue au Caso : elle sortait d'une hospitalisation de 3 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 2 pathologies chroniques à fort potentiel de gravité : un diabète et une hépatite B.



L'analyse des facteurs associés aux affections potentiellement graves est renouvelée dans le tableau 48 mais en scindant ces pathologies en deux groupes : le premier rassemble les affections les plus liées à l'âge (pathologies cardiovasculaires, diabète, cancers, pathologies thyroïdiennes), le second regroupe les autres affections citées au début de ce chapitre, plus indépendantes de l'âge des patients (asthme, syndrome de stress post-traumatique, infection VIH, hépatites virales B et C, tuberculose, épilepsie, traumatismes). L'objectif est de réaliser des groupes de pathologies plus homogènes et ainsi de pouvoir mettre en évidence d'autres associations précédemment masquées par l'effet très fort de l'âge.

La première partie de l'analyse consacrée aux affections très liées à l'âge retrouve globalement les mêmes associations avec des variations de la fréquence des pathologies graves essentiellement liées à l'âge et au sexe des patients. Autrement dit, les affections les plus liées à l'âge sont logiquement plus présentes chez les plus âgés, les femmes semblent également plus souvent touchées.

La seconde partie de l'analyse axée plus spécifiquement vers des pathologies infectieuses, les syndromes de stress post-traumatique, les traumatismes, affections potentiellement liées aux conditions de vie et au vécu des patients, permet de faire émerger un profil un peu différent du premier. On constate en effet que les hommes cette fois-ci sont plus souvent concernés que les femmes (sauf pour le VIH et l'hépatite C). La relation avec l'âge est également un peu modifiée avec une fréquence des affections graves qui apparaît majorée parmi les patients de 18-44 ans.

Une inversion de la relation entre pathologies graves et logement s'observe également avec des fréquences plus élevées lorsque le logement est précaire ou en l'absence de logement. Comme précédemment, les étrangers sont plus souvent concernés que les français.

Tableau 48 : Pathologies à potentiel de gravité selon les caractéristiques des patients

	Maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, pathologies thyroïdiennes			Asthme, PTSD, hépatites, tuberculose, VIH, épilepsie, traumatismes		
	%	OR ⁽¹⁾		%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des consultations	17,2			6,8		
Sexe						
Hommes	14,5	réf		7,9	réf	
Femmes	20,4	1,4	***	5,5	0,8	*
Age						
Moins de 18 ans	1,0	réf		4,5	réf	
18-29 ans	3,4	3,8	**	7,4	1,7	**
30-44 ans	9,9	14,1	***	8,1	1,8	**
45-59 ans	32,2	61,1	***	4,8	0,8	ns
60 ans et plus	49,2	125,5	***	5,7	1,2	ns
Nationalité						
Français	12,4	réf		5,2	réf	
Etrangers	18,1	1,1	ns	6,8	1,7	***
Logement						
Fixe	23,3	réf		5,7	réf	
Précaire	15,0	0,9	*	7,3	1,4	***
Sans logement	11,0	0,7	***	7,4	1,5	***
Droits à la couverture maladie						
Ouverts	14,3	réf		9,3	réf	
Non ouverts	15,6	1,7	***	6,1	0,5	***

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,4 significatif ($p < 0,01$) pour les femmes signifie qu'un diagnostic de pathologie à potentiel de gravité (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, pathologies thyroïdiennes) est plus fréquemment mentionné lorsqu'il s'agit de patients de sexe féminin, toutes choses égales par ailleurs (âge, nationalité, logement, couverture maladie).

Les 10 ans de la régularisation pour raison médicale

Dix ans après la promulgation de la loi du 11 mai 1998 instaurant le droit au séjour pour les étrangers malades ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine, les associations membres de l'ODSE¹²² continuent de dénoncer les multiples obstacles que rencontrent les malades en préfecture.

Ces obstacles reflètent l'impact des attaques politiques dont ce droit fait régulièrement l'objet. Cet impact est visible tant dans les dysfonctionnements administratifs que dans les consciences individuelles : véhiculé depuis 2002, le mythe du « faux malade » progresse insidieusement. Ce sont ces dix ans de vigilance, d'analyses et de réactions face à ces attaques et dysfonctionnements qui ont présidé à l'élaboration du rapport 2008 de l'ODSE : « *La Régularisation pour raison médicale en France – un bilan de santé alarmant* »¹²³.

Résumé du rapport

L'introduction dans la loi du droit au séjour pour raison médicale consacre, en 1998, la primauté des principes de solidarité, de respect des droits fondamentaux de la personne humaine et des enjeux de santé publique : la mise en place d'une véritable protection juridique avec droit au travail a prévalu sur les régularisations discrétionnaires auparavant soumises au bon vouloir des préfets ou ministres, et aux aléas contentieux.

L'esprit de la régularisation pour raison de santé n'est pas, comme le présentent trop souvent ses détracteurs, un moyen de venir se faire soigner en France. C'est le droit d'avoir un titre de séjour pour les étrangers, résidant en France, lorsqu'ils sont atteints d'une pathologie grave (découverte dans 94 % des cas en France dans le cas du VIH ou des hépatites) sans possibilité de prise en charge dans leur pays d'origine. C'est à un médecin inspecteur de santé publique (MISP) qu'il revient de se prononcer, sur la base d'un rapport médical complet transmis par un médecin agréé ou hospitalier, sur la gravité de la pathologie et la nécessité d'être soigné en France. La décision finale revient toutefois au préfet.

Pourtant, progressivement, ce droit au séjour pour raison médicale est devenu, à l'instar du droit d'asile, une variable d'ajustement de la maîtrise des flux migratoires et de la gestion comptable et économique de l'immigration. Au mépris du droit à la santé, en dépit des textes internationaux ratifiés par la France, il a fait, et continue de faire, l'objet d'attaques répétées.

Attaques politiques d'abord. Le rapport de l'inspection générale de l'administration de novembre 2002 (rapport Escoffier) plante le décor en s'appuyant sur le fantasme du « faux malade ». Les tentatives successives d'amputer par la loi le droit au séjour pour les malades ont finalement avorté grâce à la mobilisation des professionnels de santé et des associations. Mais les pouvoirs publics ont trouvé d'autres canaux, moins publics, moins visibles et tout aussi délétères : circulaires et outil en intranet (« fiches-pays » réduisant la notion de l'accessibilité effective à un suivi médical à la seule existence dans un pays d'une possibilité de soins).

Entraves dans la mise en application ensuite. Les dysfonctionnements rencontrés par les étrangers en préfecture sont légion : des conditions d'accueil déplorables à l'exigence de pièces non prévues par la loi ou de paiement de taxes abusives, de la violation du secret médical aux délais d'instruction improbables, les obstacles se multiplient pour accéder effectivement au titre de séjour prévu par la loi. A ces dysfonctionnements administratifs s'ajoute la défiance de certains préfets à l'égard des décisions des MISP.

Contraintes comptables enfin, avec les pressions exercées par des préfets soucieux de « faire du chiffre » en matière d'expulsion qui conduisent à instruire et trancher de manière expéditive. Et toujours une absence de statistiques publiques cohérentes et exhaustives sur les demandes et les titres délivrés, absence calculée pour permettre tous les fantasmes, terreau favorable aux détracteurs du droit au séjour pour raison médicale.

Tous les ingrédients sont là pour de francs dérapages : on assiste aujourd'hui à une véritable épidémie de refus de renouvellement des titres de séjour pour raison médicale à des personnes dont l'état de santé est loin de s'être amélioré (il s'agit de pathologies chroniques), à des placements en rétention, voire à des expulsions de malades.

Pour être moins spectaculaires, les conséquences cumulées de ces abus et dysfonctionnements ne viennent pas moins s'ajouter à celles de la maladie même : la précarisation induite par l'instabilité administrative est une entrave de plus à l'accès effectif aux soins, ce qui en fait un véritable enjeu de santé publique.

¹²² L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif d'associations luttant contre les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins, du droit au séjour pour raison médicale et de la protection contre l'éloignement des étrangers malades. Les organisations membres de l'ODSE sont : ACT UP Paris, AFVS, Aides, Arcat, Catred, Cimade, Comede, Créteil solidarité, Fasti, Ftcr, Gisti, Médecins du Monde, Mrap, Pastt, Association Primo Lévi, Sida info service, Solidarité Sida.

¹²³ www.odse.eu.org

(...) partagé entre le besoin de se soigner et la nécessité d'être en règle vis-à-vis de son pays d'accueil.

Témoignage de l'équipe de Toulouse :



M. F. est de nationalité malienne. Il est venu avec un visa touristique en mai 2005, porteur d'une hépatite C évolutive. Sa pathologie a été diagnostiquée en France. A son annonce, M. F. s'est informé sur ses possibilités de soins et de séjour, ne souhaitant pas être en situation irrégulière. N'ayant pas suffisamment de ressources pour commencer ses soins, il a cependant été « conduit » vers l'irrégularité : au cours des 3 premiers mois de présence en France, la loi stipule en effet que les soins urgents ne seront pris en charge que pour les enfants et pour les personnes en situation irrégulière. M. F. a eu beaucoup de difficultés à accepter cette situation, partagé entre le besoin et le désir de se soigner et la nécessité pour lui d'être en règle vis-à-vis de son pays « d'accueil ». M. F. a été reçu par la PASS qui l'a aidé dans ses démarches d'accès à la couverture maladie et d'accès aux soins. De notre côté, nous l'avons informé et soutenu dans sa demande de séjour pour raison de santé, c'est-à-dire dans des démarches purement administratives, mais également dans des questionnements personnels ou encore dans ses demandes sociales (accès au logement par exemple). M. F. est actuellement en cours de traitement.



Les équipes MDM de Bordeaux, Lyon, Marseille, Nantes et Toulouse ont mis en place des actions spécifiques pour accompagner les étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raison médicale.

Cet accompagnement est de plus en plus indispensable devant les difficultés et obstacles croissants, et pour des personnes qui doivent déjà faire face à la maladie et affronter en plus la crainte d'être arrêtées, expulsées.

Ces actions devraient être développées, car renvoyer ou laisser renvoyer un étranger malade dans un pays où il n'aura pas accès aux soins équivaut à une peine de mort différée. C'est pourquoi ce combat a réuni l'ensemble des Médecins du Monde en Europe.

10. Les retards de recours aux soins et les soins urgents

Les points essentiels

- Un retard de recours aux soins a été mentionné dans 11 % des consultations délivrées en 2007.
- Dans 8 % des consultations, l'état de santé des patients justifiait une ouverture immédiate des droits à la couverture maladie.
- Le retard de recours aux soins est plus fréquent lorsque la couverture maladie fait défaut ou lorsqu'elle est incomplète (uniquement couverture de base).
Il est plus fréquemment rapporté chez les patients adultes, en difficulté de logement et vivant seuls. Les étrangers en situation administrative précaire apparaissent plus souvent concernés par ce problème.

Dans plus de 11 % des consultations délivrées en 2007, les médecins ont estimé que le problème de santé aurait du être traité plus tôt¹²⁴. D'autre part, dans 8 % des cas, les patients présentaient des pathologies suffisamment graves justifiant une ouverture immédiate des droits à la couverture maladie (tableau 49)¹²⁵. En mai 2008, une nouvelle circulaire est venue à nouveau restreindre le champ des droits des plus pauvres¹²⁶. En effet, les ouvertures immédiates de droit à la CMU complémentaire ne seront plus effectives que pour une période de 3 mois. .../...

¹²⁴ Taux de réponses Retard recours aux soins : 34,6 %.

¹²⁵ Taux de réponses Soins urgents nécessitant ouverture des droits : 28,2 %.

¹²⁶ Circulaire interministérielle N°DSS/2A/2008/155 du 7 mai 2008.

Passé ce délai, la Cpm est censée avoir effectué tous les contrôles sur les conditions nécessaires à l'obtention du droit et adressé une nouvelle attestation pour les 9 mois restants (la CMUc est valable 1 an). Le législateur qui lui-même n'y croit guère a prévu le cas où la Cpm ne renverrait rien : la personne est réputée avoir un droit potentiel à la CMUc mais sans attestation, ce qui est strictement égal pour le patient puisque sans attestation il ne pourra avoir aucun accès aux soins. Cette nouvelle brèche ouverte dans la durée des droits pour les plus pauvres avait été annoncée dès janvier 2008 par le ministre du budget qui disait qu'il vaudrait mieux restreindre le bénéfice de la CMU à une période de 3 mois... dans une logique financière. Effectivement, le nombre de personnes qui abandonneront les démarches, et qui ne seront pas soignées, va très sûrement augmenter, mais ce calcul est-il humainement et politiquement acceptable ?

Nous disposons désormais grâce à l'étude de la Direction des recherches, études, enquêtes et statistiques (Drees) de données « gouvernementales » sur les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat en contact avec le système de soins¹²⁷. Rappelons l'implication de plusieurs années des associations, dont MDM et le Comede, dans la construction de cette enquête.

Selon cette étude, 15 % des patients vus en consultation et la moitié des patients hospitalisés avaient, selon les médecins, un besoin de soins urgents. Près de la moitié concerne des accouchements ou des suivis de grossesse simples ou compliqués. Un retard dans l'accès aux soins est signalé par le médecin pour 10 % des patients. Selon les auteurs de l'étude, les retards engendrés par les obstacles financiers et les refus de soins expliquent sans doute la proportion élevée de besoins de soins urgents relevés par les médecins.

Nous savons combien ces informations sont peu renseignées par les professionnels de MDM, élément qu'il faudra sans nul doute améliorer dans les années à venir. Mais, au-delà du peu de données recueillies, il faut noter que les médecins de MDM se sont habitués aux retards au recours aux soins tellement fréquents chez les patients : seuls les cas les plus flagrants retiennent leur attention.

Tableau 49 : Retard de recours aux soins et soins urgents nécessitant une ouverture immédiate des droits

Retard de recours aux soins et soins urgents	%	n
Retard de recours aux soins	11,4	1 270
Soins urgents nécessitant une ouverture immédiate des droits ⁽¹⁾	8,1	394

⁽¹⁾ Parmi les patients n'ayant pas de droits ouverts à la couverture maladie

Le tableau 50 propose une analyse des facteurs associés à un retard de recours aux soins. Le recours tardif aux soins apparaît plus fréquent chez les hommes ainsi que chez les patients français, mais sans que cette différence ne soit significative au plan statistique. Moins fréquent chez les jeunes patients, il est surtout repéré à l'âge adulte. Cela ne fait que confirmer ce que nous observons : les parents sont avant tout préoccupés de la santé de leurs enfants, laissant trop souvent la leur de côté.

La précarité ou l'absence de logement ainsi que le fait de vivre seul sont également clairement associés au retard aux soins.

On relève de plus toute l'importance d'une couverture maladie complète avec une fréquence du retard aux soins plus importante pour les patients n'ayant qu'une couverture de base ou aucuns droits ouverts.

127 Drees, *Etudes et Résultats*, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », n°645, juillet 2008.

Tableau 50 : Retard de recours aux soins selon les caractéristiques des patients

	Retard de recours aux soins		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des consultations	11,4		
Sexe			
Hommes	12,5	réf	
Femmes	10,1	0,9	ns
Age			
Moins de 18 ans	6,5	réf	
18-29 ans	11,8	1,8	**
30-44 ans	13,0	1,9	**
45-59 ans	10,8	1,8	**
60 ans et plus	10,2	1,3	ns
Nationalité			
Français	13,3	réf	
Etrangers	11,0	0,8	ns
Logement			
Fixe	10,0	réf	
Précaire	12,3	1,2	*
Sans logement	12,0	1,2	ns
Environnement social ; vit...			
En couple, famille, amis...	9,7	réf	
Seul	13,0	1,4	***
Droits à la couverture maladie			
CMUc/AME	9,1	réf	
Couverture de base	13,4	1,7	**
Aucuns droits ouverts	11,8	1,6	**

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,7 significatif (p<0,01) pour les patients disposant uniquement de la couverture maladie de base signifie que le retard de recours aux soins est significativement plus fréquent pour ces patients par rapport à ceux disposant de la CMU complémentaire ou de l'AME, toutes choses égales par ailleurs (sexe, âge, nationalité, logement, environnement social).

La même analyse a été renouvelée uniquement chez les patients étrangers (tableau 51).

On observe ainsi dans le tableau 51 que le retard aux soins ne varie pas très sensiblement selon la durée de résidence en France ou le fait d'être ou non demandeur d'asile, il est en revanche nettement plus fréquent parmi les patients en situation administrative précaire.

Les étrangers en situation administrative précaire qui présentent un retard de recours aux soins, nécessitent pour plus de la moitié d'entre eux une prise en charge médicale de plus de 6 mois, près d'une fois sur 3 ils souffrent d'une pathologie à potentiel de gravité élevé¹²⁸.

Pourquoi le bébé était bleu ?

Témoignage de l'équipe de Marseille :



Il s'agit du cas de deux femmes, Roms roumaines, âgées d'une vingtaine d'années, enceintes de huit mois passés, qui ont présenté toutes deux un hématome rétroplacentaire (décollement du placenta avec formation d'un hématome) ayant entraîné la mort in utero des deux fœtus concernés. Ceux-ci ont dû être extraits en urgence par césarienne. .../...

¹²⁸ Se référer au chapitre spécifique consacré aux pathologies à potentiel de gravité.

Ces deux femmes ne bénéficiaient jusqu'alors d'aucun suivi de grossesse. L'hématome rétroplacentaire peut notamment se manifester dans le cadre d'une prééclampsie (association d'une hypertension artérielle + protéinurie + œdèmes), phase initiale de l'éclampsie pouvant entraîner la mort du fœtus, voire de la mère. Il s'agit d'une pathologie qu'il faut dépister tôt et de manière systématique.

Les conditions de vie extrêmement précaires de ces patientes, rencontrées lors d'une maraude de l'équipe mobile de MDM dans une ancienne boulangerie désaffectée squattée par un groupe composé d'une centaine de personnes, sont conditionnées par la nécessité quotidienne de la survie. Une vie rythmée par le stress du harcèlement régulier de la police et des menaces d'expulsion, les plaintes du voisinage, des conditions sanitaires déplorables.

Comment vivre une grossesse, vivre tout court, sans toilettes, sans eau ni électricité ?

Il n'y a aucune garantie qu'un suivi régulier et rigoureux de ces femmes aurait permis d'éviter ou d'anticiper ces tristes complications. Il est néanmoins certain que l'isolement social de ces patientes et leur éloignement considérable des structures de prise en charge et de soins n'ont pas permis de prévenir la survenue de ces drames.

Se pose aujourd'hui le problème de la prise en charge du suivi postopératoire des patientes et de leurs proches. Quelle prise en charge psychologique ?

Le compagnon de l'une des jeunes femmes, qui a vu le corps du fœtus, est particulièrement choqué par cette vision et les conditions du décès. Il nous a notamment interrogés à plusieurs reprises « pourquoi le bébé était bleu ? » Les patientes, quant à elles, sont totalement perdues et désorientées.

Si la prise en charge hospitalière sur un strict plan médical et technique a été optimale, aucun suivi psychologique n'a été amorcé ni même proposé à ces couples endeuillés par l'interruption d'une grossesse désirée. Le risque de traumatisme et de séquelles psychiques est pourtant une réalité à prendre impérativement en considération dans une approche nécessairement globale de l'individu.

Les patientes ont subi une intervention par césarienne, intervention qui implique une surveillance de la cicatrisation, la réfection régulière des pansements en milieu propre, l'ablation des agrafes de suture ainsi qu'une surveillance médicale (risque infectieux, prise en charge de la douleur notamment). Là encore, aucune prise en charge postopératoire n'a été envisagée par l'hôpital.

Comment proposer un suivi médico-social approprié à ces patientes qui ont reçu, à peine quelques jours après leur drame, un avis d'expulsion du lieu qu'elles occupent ? Expulsion qui va à nouveau les confronter et les contraindre à la déshérence, au sentiment d'abandon et, très sûrement, à l'aggravation de leurs états psychique et clinique. Cette question engage l'ensemble de la collectivité, en premier lieu les autorités sanitaires ainsi que la communauté soignante.

A cantonner les personnes Rroms à la périphérie des soins, aux confins des réseaux de prise en charge, nous leur faisons courir d'immenses risques psychologiques et somatiques, prévisibles et souvent évitables.



Tableau 51 : Retard de recours aux soins des patients étrangers selon leurs caractéristiques

	Retard de recours aux soins		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des consultations de patients étrangers	11,0		
Durée de résidence en France			
Moins de 3 mois	11,0	réf	
De 3 mois à 1 an	10,2	0,7	**
De 1 an à 3 ans	10,6	0,8	ns
De 3 ans à 10 ans	11,1	0,7	*
10 ans et plus	12,9	0,9	ns
Demandeur d'asile			
Non	11,2	réf	
Oui	10,1	0,7	*
En situation administrative précaire			
Non	9,8	réf	
Oui	12,9	1,4	**

⁽¹⁾ Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau (l'ensemble des variables du tableau sont ajustées sur l'âge, le sexe, la situation du logement)

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif réf : population de référence

Lecture du tableau : un Odds Ratio ajusté=1,4 significatif (p<0,01) pour les patients en situation administrative précaire signifie que le retard de recours aux soins est significativement plus fréquent pour ces patients par rapport aux autres patients étrangers, toutes choses égales par ailleurs (sexe, âge, nationalité, logement, environnement social).

11. Les orientations et les traitements remis à l'issue des consultations

11.1 Les orientations à l'issue des consultations

Dans environ 3 consultations sur 10 (9 571 consultations), une orientation et/ou un dépistage ont été proposés aux patients (tableau 52).

Les orientations externes se font le plus souvent vers une PASS ou vers l'hôpital, assez rarement vers un professionnel de santé libéral (qui le plus souvent, a été identifié comme prenant en charge les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME).

Les dépistages les plus fréquemment proposés sont des bilans sérologiques du VIH et des hépatites B et C (notons la progression importante des patients orientés vers un examen sérologique : autour de 6 %). Ils étaient autour de 2,5 % en 2004 et de 4,5 % en 2005 et 2006). Environ 70 % des orientations vers un bilan sérologique ont été réalisées par les Caso de Paris et de Saint-Denis.

Les « autres examens » prescrits sont des bilans biologiques, des radiographies diverses ou encore des échographies.

Tableau 52 : Orientations et dépistages proposés à l'issue des consultations

	%	n
Orientés vers un dépistage	10,0	3 280
dont...		
VIH	6,4	2 103
VHB	6,3	2 084
VHC	6,3	2 075
Radio pulmonaire	2,8	942
Autre IST ⁽¹⁾	0,4	132
Plombémie	< 0,1	7
Frottis cervico-vaginal ⁽²⁾	0,6	81
Mammographie ⁽²⁾	0,3	42
Autres examens	3,8	1 219
Orientations externes	18,9	6 201
dont...		
Vaccination	1,0	340
Dentiste	0,5	181
Consultation psychiatre	0,1	51
PMI ⁽³⁾	6,1	89
Planning familial	0,4	142
Centre de santé	1,2	384
PASS	3,8	1 248
Hôpital (hors PASS)	4,7	1 553
Médecin généraliste	0,3	96
Médecin spécialiste	0,8	252
Centre spécialisé	1,2	392
Autre	5,7	1 908
Orientations internes (vers d'autres intervenants du Caso)	6,1	2 010

⁽¹⁾ patients de 15 ans et plus ⁽²⁾ femmes de 15 ans et plus ⁽³⁾ enfants de moins de 7 ans

Selon l'étude de la Drees sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins parue en juillet 2008¹²⁹, une fois les obstacles d'accès aux soins surmontés, les bénéficiaires de l'AME entrés dans le dispositif de soins semblent bénéficier d'une continuité de suivi, d'autant plus nécessaire qu'un certain nombre d'entre eux souffrent de pathologies chroniques.

Analyse descriptive de 100 patients de la consultation sans rendez-vous de l'hôpital Saint-Louis, orientés par le Caso de Paris.

Nous présentons ci-dessous les résultats d'une enquête rétrospective réalisée par la PASS de Saint-Louis sur 100 patients que le Caso de Paris lui a adressés¹³⁰.

Données générales recueillies auprès de 100 patients consécutifs vus de janvier à décembre 2007 :

Age moyen : 44 ans.

44 % de femmes, 56 % d'hommes.

Aucun patient n'avait de couverture maladie.

Les pathologies des patients adressés par Médecins du Monde sont particulièrement lourdes et nécessitent le recours à une structure hospitalière. Un traitement a été prescrit après 49 % des consultations, un bilan biologique a été prescrit après 47 % des consultations.

25 % des consultations ont été suivies d'une consultation spécialisée.

.../...

¹²⁹ Drees, *Etudes et Résultats*, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », n°645, juillet 2008.

¹³⁰ Nous remercions le Dr. Claire GEORGES, responsable de la PASS Saint-Louis de nous permettre de diffuser les résultats du travail de son équipe.

8 % des consultations ont été suivies d'une hospitalisation dont 6 programmées et 2 en urgence. Dans le repérage des diagnostics réalisés par la PASS, on relève sur 100 patients :

- 6 diabètes de type 1
- 11 diabètes de type 2 dont 8 compliqués
- 2 diabètes de type 2 insulino requérant
- 6 HTA (hors diabète) dont 1 maligne et 1 sévère
- 9 hépatites B
- 9 hépatites C
- 2 infections VIH
- 6 cancers déjà connus et 6 suspicions de cancer

Les autres diagnostics sont plus « éclatés » mais on relève :

- 1 comitialité
- 1 BPCO
- 1 insuffisance cardiaque sévère
- 1 insuffisance rénale nécessitant une dialyse
- 1 syndrome neurologique complexe
- 3 suspicions de tuberculose nécessitant des explorations
- 1 patient porteur d'une valve cardiaque
- 1 ulcère duodénal
- 1 thrombopénie à 20 000/ mm³
- 1 maladie de Behcet avec poussée oculaire
- 1 médiastinite + ostéite sternale
- 1 arthériopathie des membres inférieurs
- 1 cirrhose décompensée
- 4 problèmes urologiques réclamant des avis spécialisés (2 hématuries macroscopiques, 1 sténose urétrale, 1 lithiase sur rein unique avec hospitalisation en urgence...)
- 1 éléphantiasis d'un membre.

Ces données permettent d'insister sur l'importance des PASS pour l'accueil des populations démunies et la prise en charge adaptée de leurs besoins sanitaires.

11.2. Traitements remis et/ou prescrits

Lorsque des traitements ont été prescrits, ils ont été remis dans 90 % des cas¹³¹.

La distribution de médicaments dans les Casos, au sein des actions mobiles et de réduction des risques : état des lieux et perspectives.

Valérie Solbes, pharmacien, service technique d'appui aux opérations de Médecins du Monde

Au cours des consultations médicales, les médecins de Médecins du Monde sont amenés à prescrire des médicaments aux patients qu'ils reçoivent.

Les traitements prescrits sont remis directement aux patients, à partir des stocks des pharmacies de chacun des centres.

Ces stocks sont, pour l'essentiel, constitués de médicaments non utilisés (MNU) ayant fait l'objet d'une sélection et d'un tri rigoureux après avoir été récupérés dans le cadre du système Cyclamed. Or, un nouveau cadre législatif de février 2007 promet de modifier complètement la gestion des médicaments existante et effective jusqu'à présent.

La loi n° 2007-248 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament du 26 février 2007 a modifié l'article L.4211-2 du code de la santé publique, en vue d'interdire, après une période transitoire de 18 mois, toute distribution et toute mise à disposition des médicaments non utilisés.

L'ordonnance n° 2007-613 du 26 avril 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire ratifiée par la loi n° 2008-337 le 15 avril 2008 prévoit l'entrée en vigueur de cette interdiction au 31 décembre 2008. .../...

¹³¹ Taux de réponses Traitements : 63,3 %.

Une période transitoire a ainsi été aménagée par la loi pour permettre aux acteurs impliqués dans une activité de récupération et d'utilisation des MNU de se mettre en conformité avec la loi ou de réorienter leurs actions.

C'est ainsi qu'à partir du mois de mars 2007, un groupe de travail réunissant les principaux acteurs concernés a été mis en place à la direction générale de la Santé afin d'identifier des alternatives au système actuel.

Ces alternatives reposent sur des conditions parmi lesquelles :

- l'identification et l'engagement de partenaires pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution de médicaments ;
- un financement pérenne pour couvrir les coûts d'approvisionnement, de stockage et de distribution de ces médicaments ;
- des adaptations législatives destinées à donner un cadre légal de gestion des médicaments dans les centres de soins et par les équipes mobiles de MDM ;

Si la dernière condition a été réglée par un décret, nous n'avons à ce jour encore aucune visibilité ni garantie sur les sources de financements destinés à couvrir les coûts précités, ni sur la mise en œuvre opérationnelle d'un nouveau circuit de distribution, dans les délais imposés par la loi.

Au final, c'est bien la dispensation de médicaments aux patients de MDM qui est en jeu, avec toutes les conséquences en termes de santé publique qu'un défaut d'accès aux soins, en particulier aux médicaments, pourrait engendrer.

12. La santé bucco-dentaire

12.1. L'indice CAO des patients vus en consultation dentaire

En 2007, 4 964 consultations dentaires ont été dispensées dans 10 Caso pour 2 223 patients différents (tableau 53).

Six Caso de MDM proposent spécifiquement des consultations dentaires, Nancy et Le Havre dispensent des consultations hors de leurs locaux, Toulouse propose des consultations de prévention et oriente ensuite en externe si nécessaire, le Caso de Saint-Denis enfin a noué une collaboration avec l'association Bus social dentaire¹³² vers lequel il oriente ses patients. La consultation dentaire de Montpellier n'a pas fonctionné en 2007 faute de dentistes bénévoles, l'activité a repris en 2008.

Tableau 53 : Répartition des consultations dentaires par centre (% en colonne)

	Consultations dentaires		Nombre de patients		CAO réalisés par patient	
	%	n	%	n	%	n
Nice	30,5	1 514	30,7	684	30,4	208
Marseille	17,7	877	18,5	412	33,4	140
Paris	17,0	846	18,9	420	27,8	117
Strasbourg	16,7	828	11,2	249	18,5	46
Bordeaux	11,2	558	11,3	252	69,0	174
Nancy	3,2	160	2,7	61	44,3	27
Saint-Denis	1,8	91	3,1	69	18,9	13
Rouen	1,1	52	1,7	38	28,9	11
Toulouse	0,6	28	1,2	28	82,1	23
Le Havre	0,2	10	0,4	10	40,0	4
Total	100,0	4 964	100,0	2 223	34,3	763

Les consultations à MDM sont l'occasion, pour un certain nombre de patients, de réaliser un bilan global de leur état bucco-dentaire au moyen de l'indice CAO.

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

¹³² L'association a mis en place une vacation hebdomadaire du bus dentaire à proximité du Caso. La consultation a démarré mi-septembre 2007.

Il se décompose en 3 indices :

- C : indice carieux, nombre de dents cariées
- A : nombre de dents absentes
- O : nombre d'obturation, de dents soignées

L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées.

Il peut être utilisé globalement ou de manière éclatée selon ses différentes composantes.

Au cours du temps chez un même sujet, l'indice CAO ne peut pas diminuer : il augmente chaque fois qu'une dent antérieurement saine est atteinte par la carie (C), laquelle peut avoir été obturée (O) ou extraite (A)¹³³.

L'indice CAO a pu être mesuré pour 763 patients (tableau 53), il s'élève en moyenne à 10,7 parmi les personnes qui ont pu être examinées (tableau 54).

On ne relève pas de différence sensible de l'indice ou de ses différentes composantes selon le sexe. On note en revanche que le nombre moyen de dents obturées est 2 fois plus élevé chez les Français que chez les étrangers, témoignant probablement d'un accès aux soins dentaires moins difficile pour les Français.

Les variations les plus nettes s'observent logiquement en fonction de l'âge des patients avec un nombre moyen de dents absentes qui s'élève à 2,4 parmi les 15-24 ans et à 11,4 parmi les consultants de 50 ans et plus.

Tableau 54 : Indice CAO des patients⁽¹⁾ de Médecins du Monde examinés lors des consultations dentaires selon la nationalité, le sexe et l'âge

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents obturées	Nombre moyen de dents absentes	Indice CAO
Ensemble des patients examinés	3,4	2,3	5,6	10,7
Nationalité				
Français	3,7 ^{ns}	4,1 ^{***}	5,2 ^{ns}	11,8 ^{ns}
Etrangers	3,4	2,1	5,7	10,5
Sexe				
Hommes	3,5 ^{ns}	2,1 ^{ns}	5,8 ^{ns}	10,9 ^{ns}
Femmes	3,2	2,5	5,2	10,3
Age				
15-24 ans	4,4 ^{***}	1,3 [*]	2,4 ^{***}	7,6 ^{***}
25-34 ans	3,9	2,2	3,5	9,3
35-49 ans	2,9	2,6	6,2	11,2
50 ans et plus	2,7	2,6	11,4	15,4

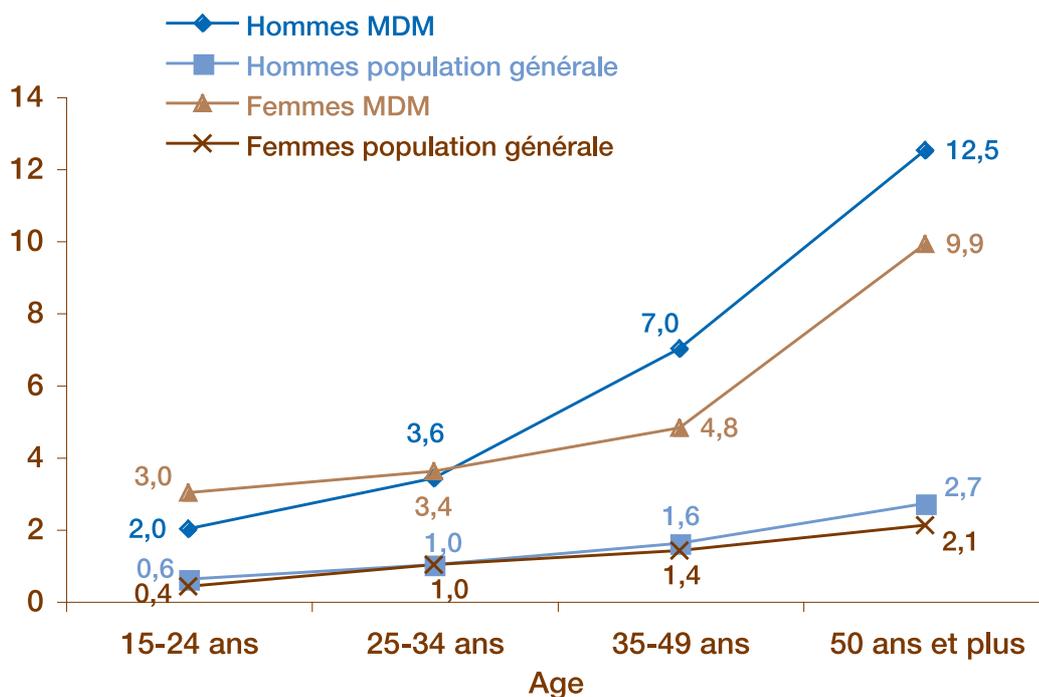
⁽¹⁾ l'analyse est limitée aux patients de 15 ans et plus

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

Les dernières données dont nous disposons en matière de santé bucco-dentaire de la population générale sont aujourd'hui un peu anciennes mais permettent néanmoins de mettre nos résultats en perspective. La figure 11 présente, par âge et par sexe, le nombre moyen de dents absentes parmi les consultants de MDM et en population générale. On relève immédiatement un écart important en défaveur de la population précaire, ceci pour les deux sexes et quelle que soit la classe d'âge.

C'est cependant au-delà de 35 ans que l'écart se creuse de façon très significative avec un nombre de dents absentes en population précaire multiplié par plus de 4 par rapport à la population générale.

Figure 11 : Nombre moyen de dents absentes non remplacées selon l'âge et le sexe, population de Médecins du Monde et population générale¹³⁴



La santé bucco-dentaire, plus encore sans doute que d'autres thématiques de santé, est fortement liée à la situation socio-économique. De nombreuses études y font référence et soulignent les fortes inégalités sociales de santé dans ce domaine.

L'enquête Santé et protection sociale de 2004¹³⁵ par exemple indique que 10 % des personnes adultes de plus de 18 ans ont renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/ou à l'achat de lunettes pour des raisons financières. Ces renoncements aux soins sont notamment majorés chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie.

Selon une étude de l'Insee, 14 % des personnes sans complémentaire santé déclarent avoir des caries non soignées, soit deux fois plus que le reste de la population¹³⁶.

D'autres auteurs rappellent que les affections bucco-dentaires restent une cause de morbidité très liée à l'accès aux soins et soulignent les relations étroites qui existent entre problèmes dentaires et précarité. Ainsi le nombre de dents manquantes non remplacées et les besoins de soins dentaires augmentent avec la précarité des ressources financières, avec l'incertitude de l'emploi ou l'instabilité en matière de logement et encore plus avec le cumul de ces diverses dimensions¹³⁷. Ainsi, une étude de l'Insee sur la santé des plus pauvres montre que 11 % d'entre eux souffrent de caries contre 6 % du reste de la population¹³⁸.

Une autre étude menée auprès d'une population similaire à celle de MDM¹³⁹ (les usagers des centres de soins gratuits) aboutit aux mêmes conclusions. Et pour cause, les trois quarts des personnes interrogées dans cette étude l'ont été à MDM. Les auteurs relèvent comme nous une très forte dégradation de l'état de santé dentaire avec l'âge. Ils relèvent également, de façon apparemment paradoxale, que plus le besoin de soins dentaires est important, plus le recours aux soins dentaires est faible. Leur explication est que les usagers des centres de soins gratuits ne semblent pas considérer comme prioritaire la nécessité de soigner leurs dents. Ainsi très souvent les personnes en situation de précarité attendent le dernier moment pour se rendre chez un dentiste, par exemple lorsque la douleur est trop forte ou qu'elle les empêche de manger.

On conçoit bien en effet que la fragilité sociale des personnes en grande difficulté peut reléguer au second plan la maintenance d'une bonne santé, en particulier bucco-dentaire, quand il s'agit pour beaucoup d'entre eux de gérer au quotidien la question du logement ou de la nourriture.

134 Credes, *Précalog 1999-2000* et Insee, *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*. A noter : dans l'enquête du CREDES, les données concernant le nombre de dents absentes sont déclaratives et non obtenues au moyen d'un examen clinique comme à MDM.

135 Enquête santé protection sociale, Irdes, 2004.

136 Insee Première, « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », n° 1142, juin 2007.

137 Azogui-Lévy S., Boy-Lefèvre ML. *La santé bucco-dentaire en France. Actualité et dossiers en santé publique* no 51 juin 2005.

138 Insee première, « La santé des plus pauvres », n° 1161, octobre 2007.

139 Beynet A, Menahem G, *Problèmes dentaires et précarité*, Credes, no 1369, février 2002.

Ce recours tardif aux soins dentaires est visible dans les consultations de MDM (tableau 55). Dans les trois quarts des cas où la question a été renseignée, le dentiste a estimé que les problèmes bucco-dentaires auraient dû être traités plus tôt.

Or, les besoins en soins sont importants avec un nombre moyen de caries ou de dents absentes proche de 9 et une proportion de 46 % des consultants ayant besoin de prothèses dentaires¹⁴⁰.

Tableau 55 : Retard aux soins dentaires et besoins de prothèses dentaires des consultants

Retard aux soins dentaires et besoin de prothèses dentaires	
Retard aux soins bucco-dentaires ⁽²⁾	75,6 %
Besoin de prothèse dentaire ⁽²⁾	46,2 %
Indice CA ⁽¹⁾	8,6

⁽¹⁾ Nombre moyen de dents cariées ou absentes

⁽²⁾ Les taux de réponses à ces deux items sont extrêmement faibles (7 à 9 %) et entachent de façon importante la validité des réponses

Nous espérons que les dentistes de Médecins du Monde s'attacheront à l'avenir à décrire plus précisément les retards aux soins dentaires et les besoins de prothèses dentaires. C'est la base de notre témoignage.

12.2. Traitements dentaires mis en œuvre et orientations

Le tableau 56 détaille l'ensemble des interventions et traitements dentaires mis en œuvre au cours des consultations.

Pour la très grande majorité des patients (95 %), aucune orientation particulière n'a été proposée (en attendant l'ouverture des droits), seuls 5 % ont été orientés soit vers l'hôpital soit vers un professionnel libéral¹⁴¹.

Tableau 56 : Les interventions dentaires pratiquées lors des consultations (plusieurs réponses possibles)

Interventions dentaires	%	n
Traitement coronaire	27,0	1 169
Extraction	19,5	846
Prothèse	13,8	600
Détartrage/ hygiène	11,5	497
Traitement radiculaire	11,3	489
Radiologie	6,5	281
Pansement provisoire	6,4	277
Prescription	4,1	177
Traitement parodontologique	2,9	127
Autres	9,2	401

Nos données et les diverses études sur le sujet soulignent l'importance des besoins de soins dentaires dans un contexte de faible prise en charge de leurs coûts par l'assurance maladie, mais aussi d'insuffisance de structures de soins susceptibles d'accueillir des patients en situation difficile. Cela repose la question en général de l'organisation de l'offre de soins bucco-dentaires, et en particulier de la carence des PASS dentaires en France.

Rappelons, si c'est encore utile, les taux de refus de soins des dentistes dans l'enquête testing de Médecins du Monde auprès de 230 dentistes dans 10 villes de France en 2002 : 53 % des dentistes refusaient l'AME, 35 % refusaient la CMU.

Ces données peuvent désormais paraître anciennes, et nous aurions pu espérer une amélioration... Mais la réalité quotidienne de terrain est tout autre. Nos équipes sont toujours obligées d'établir des listes de dentistes vers lesquels elles peuvent orienter les patients sans crainte qu'ils soient refusés.

L'équipe de Saint-Denis a récemment tenté d'appeler les 13 dentistes de Saint-Denis, 10 d'entre eux ont pu répondre. Sur les dix, six ont catégoriquement refusé de prendre des bénéficiaires de l'AME. A Aubervilliers, sur les 7 dentistes qui ont pu être joints, seuls deux acceptent les détenteurs de l'AME.

Le témoignage suivant de l'équipe de Marseille est tout aussi éloquent.

¹⁴⁰ Taux de réponses Besoin de prothèse dentaire : 8,8 % ; Retard de recours aux soins : 7,0 %.

¹⁴¹ Taux de réponses Interventions dentaires mises en œuvre : 87,3 % ; Orientation : 14,9 %.

Il nous faut contacter neuf praticiens différents, avant d'en trouver un qui accepte de la recevoir.

Témoignage de l'équipe de Marseille :



Nous recevons aujourd'hui jeudi 02/08/2007 Mme T. H., d'origine bosniaque, résidant en France depuis 2004 et domiciliée avec son époux dans le 15^e arrondissement de Marseille.

Madame T. H. bénéficie d'une aide médicale Etat (AME) valable du 13/07/2007 au 12/07/2008, Elle déclare n'avoir rencontré aucune difficulté pour des visites médicales auprès de médecins généralistes et a donc déjà pu utiliser et faire valoir son AME. En revanche, elle n'a pas pu obtenir de rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste. C'est ce qui l'amène ce jour au centre de Médecins du Monde.

Elle nous explique que lorsqu'elle a tenté de présenter son AME dans des cabinets dentaires, elle s'est trouvée confrontée à un barrage du secrétariat, et s'est entendu dire par 5 secrétaires médicales différentes : « Nous n'acceptons pas cela. » On note qu'une secrétaire sur cinq seulement a demandé s'il y avait douleur dentaire. Aucune n'a pris la peine de lui indiquer une autre orientation.

Aujourd'hui Mme T. H. se présente à Médecins du Monde sur l'indication d'un ami.

Nous donnons suite à la demande de soins dans un premier temps. Parallèlement, nous essayons de la réorienter vers le système de droit commun puisqu'elle a une AME valide. Il nous faut contacter neuf praticiens différents, avant d'en trouver un qui accepte de la recevoir.

