

## Focus sur les différents publics reçus dans les Caso

Cette année encore, nous souhaitons poursuivre les focus sur les mêmes groupes de population que les années précédentes, afin de continuer à mettre en évidence certaines spécificités aussi bien sociales que concernant les problématiques de santé.

#### Les populations concernées sont les suivantes :

- les femmes, parce que contrairement à la population générale en France, celles qui viennent à Médecins du Monde sont moins bien couvertes par l'assurance maladie que les hommes ; un focus particulier sera fait sur les femmes enceintes rencontrées ;
- les mineurs, parce qu'ils sont en situation de vulnérabilité particulière et qu'ils doivent normalement, selon la convention de l'ONU du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant<sup>142</sup>, bénéficier du meilleur accès à la santé possible ;
- les jeunes de 16-24 ans, car ils sont pour beaucoup sortis du système scolaire, sans emploi, mais sans droit au RMI;
- les personnes âgées de 60 ans et plus, population que l'on voit émerger dans quelques centres, sachant que les bénéficiaires du minimum vieillesse sont de fait exclus de la CMUc (ils se situent au-dessus du seuil) ;
- les Français, parce qu'ils devraient tous, sans aucune difficulté, bénéficier de la sécurité sociale et de la couverture maladie complémentaire, mais aussi parce qu'on commence à voir augmenter leur proportion dans certains centres ;
- les personnes sans domicile, parce qu'elles cumulent toutes les précarités et que l'influence négative du mal-logement ou du non-logement sur la santé doit être réaffirmée ; cette population a par ailleurs largement augmenté en 2007 ;
- les personnes concernées par une demande d'asile, parce que le droit d'asile est toujours bien mal respecté dans notre pays des droits de l'homme ;
- les personnes en situation administrative précaire, parce qu'elles cumulent elles aussi toutes les précarités, dans un contexte politique qui leur est largement défavorable ;
- Les étrangers originaires d'Union européenne, d'une part du fait de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE, dont les ressortissants représentent une part importante dans nos centres, mais aussi du fait de leur exclusion de la CMU depuis 2007 ;
- Les anciens patients, parce que nous devons être attentifs aux raisons qui font qu'ils ne trouvent (toujours) pas le chemin des structures de droit commun.

Les données recueillies avec la CISP mettent en évidence les 10 principaux problèmes de santé et les durées nécessaires de prise en charge pour chaque groupe de population.

L'analyse des données recueillies en 2006 nous avait permis de préciser des problématiques de santé pour les différents groupes de population. Nous avons choisi cette année de poursuivre ces travaux en détaillant davantage quelques-unes de ces problématiques, pour chaque groupe de population. Il s'agit pour les femmes des pathologies cardiovasculaires et des IST; pour les mineurs des maladies infectieuses; pour les jeunes des traumatismes et de la souffrance psychique; pour les patients âgés de 60 ans et plus des cancers; pour les Français des pathologies psychiatriques et des addictions; pour les personnes à la rue des pathologies psychiatriques également; pour les demandeurs d'asile de la souffrance psychique; pour les personnes en situation administrative précaire de certaines pathologies à potentiel de gravité; et enfin pour les anciens patients des pathologies psychiatriques et des pathologies à potentiel de gravité (dans leur ensemble).

Rappel méthodologique: 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. Les résultats présentant les problématiques de santé ont été établis sur la base des patients reçus en consultation médicale, soit 16 690 patients différents.

142 En France, la Convention Internationale a été mise en application le 2 Juillet 1990 et publiée le 12 Septembre de la même année au Journal Officiel (Source : Enfants du Monde - Droits de l'Homme).



#### Les points essentiels

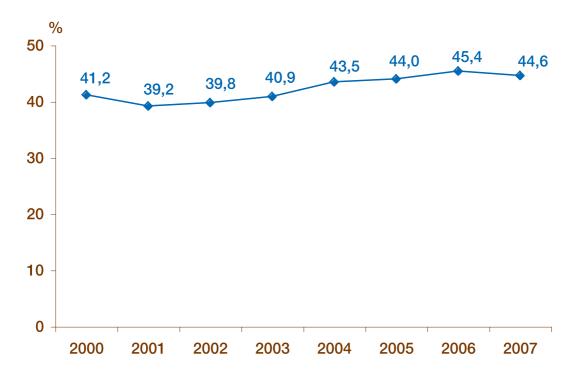
- Près de 45 % des patients sont des femmes en 2007 ; la féminisation des consultants amorcée en 2001 se confirme mais ne progresse pas cette année.
- La moyenne d'âge des femmes françaises (environ 32 ans), est sensiblement plus faible que celle des autres patients (35 à 36 ans). La part des moins de 30 ans est globalement plus élevée chez les femmes, quelle que soit la nationalité.
- Plus de 91 % des patientes sont étrangères (hommes 86 %), principalement d'Afrique subsaharienne (28,5 % des femmes) et de l'Union européenne (22 %); les Roumaines restent les plus nombreuses (18 % des femmes) mais en nette diminution par rapport à 2006 (27 %).
- 17 % des femmes n'ont pas de logement, plus fréquemment les patientes françaises (26 %) que les patientes étrangères (16 %) ; 6 femmes sur 10 ont un ou plusieurs enfants.
- Le quart des consultantes ne relèvent d'aucun dispositif de couverture maladie, les autres femmes (pouvant bénéficier de droits) sont plus de 81 % à n'avoir aucun droit ouvert.
- 14 464 consultations médicales ont été dispensées à des femmes en 2007 (soit 2 par personne, proportion identique chez les hommes). Les affections digestives, respiratoires et ostéoarticulaires dominent les résultats de consultation, juste devant les diagnostics gynécologiques et les suivis de grossesse qui sont également fréquents. 55 % des femmes nécessitent un suivi médical d'au moins 6 mois (vs 45 % des hommes).

En 2007, près de 45 % des patients de Médecins du Monde sont des femmes. La tendance depuis plusieurs années était marquée par une féminisation croissante des consultants, cette tendance semble actuellement se stabiliser (tableau 57). Cependant, à Cayenne, Lyon et Nantes, les femmes représentent plus de la moitié de la population reçue.

Tableau 57 : Evolution du nombre et de la proportion de femmes parmi les patients de MDM de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	41,2	39,2	39,8	40,9	43,5	44,0	45,4	44,6
Effectif	11 184	9 355	8 743	7 664	8 782	9 699	9 931	8 537

Figure 12 : Evolution du nombre et de la proportion des femmes de 2000 à 2007



#### Caractéristiques sociodémographiques

La moyenne d'âge des femmes et des hommes, comme nous l'avons vu au début de ce rapport, est relativement proche (respectivement 34,3 ans et 34,8 ans).

Si l'on détaille cependant l'âge des patients selon le sexe et la nationalité, on observe que les femmes françaises sont en moyenne nettement plus jeunes (31,9 ans contre 35,8 ans pour les hommes français). Parmi les étrangers, la moyenne d'âge des hommes et des femmes est comparable, ces dernières sont un peu plus nombreuses que les hommes à être âgées de moins de 30 ans.

C'est parmi les Françaises que l'on relève la part la plus élevée de patients mineurs, les plus de 60 ans en revanche sont également représentés quel que soit le sexe ou la nationalité (tableau 58).

Tableau 58 : Répartition par âge des patients de MDM selon la nationalité et le sexe (% en colonne)

	Etrar	ngers	Fran	ıçais
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%	%	%	%
Classes d'âge				
Moins de 18 ans	8,8	9,6	6,9	12,5
18-29 ans	28,2	33,0	31,3	38,4
30-44 ans	40,8	32,1	33,5	25,7
45-59 ans	15,4	17,2	20,7	16,4
60 ans et plus	6,8	8,1	7,6	7,0
Age moyen	34,8 ans	34,6 ans	35,8 ans	31,9 ans

L'analyse de la nationalité des patients selon le sexe a déjà été détaillée au début de ce travail, nous en rappelons les principaux points.

La proportion de patients étrangers est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (91,5 % vs 86,4 %). Les femmes étrangères proviennent le plus souvent d'Afrique subsaharienne (28,5 % des patientes), d'Union européenne (22,3 %) et du Maghreb (18,3 %). Chez les hommes, le Maghreb est le groupe continental le plus représenté (28,5 % des patients).

La répartition des femmes par nationalité (figure 13) révèle que ce sont les Roumaines qui sont le plus largement représentées (17,9 % des patientes), suivies des Algériennes (10,6 %), des Françaises (8,5 %) et des Camerounaises (6,0 %).

Les principales évolutions des caractéristiques des patients sont traitées à part entière dans la suite de ce rapport, relevons cependant que si les Roumaines restent les plus nombreuses, leur proportion a assez nettement diminué par rapport à l'année 2006 où elles représentaient 26,6 % des patientes. Cette évolution est probablement attribuable à la diminution de l'activité globale du Caso de Saint-Denis notamment au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2007. En effet, la Cpam du 93 n'a accordé aucune couverture maladie pendant toute cette période aux ressortissants de l'UE non français. Beaucoup de patients ont alors cessé de tenter un accès aux soins et aux droits.

Les femmes de nationalité étrangère enfin résident en France depuis moins longtemps que les hommes : 32 % sont en France depuis moins de 3 mois (vs 28 % des hommes), 64 % depuis moins d'un an (vs 53 % des hommes).

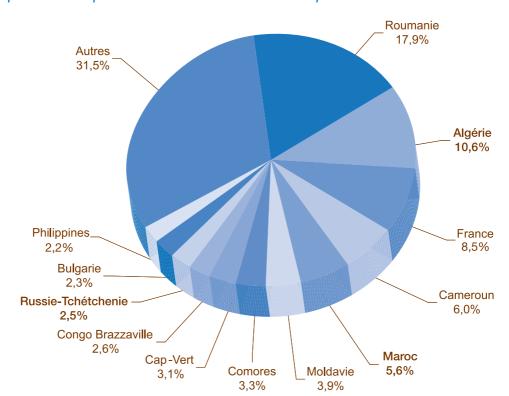


Figure 13 : Répartition des patientes de Médecins du Monde par nationalité

#### Logement et lien social

Plus de la moitié des femmes connaissent de grosses difficultés de logement : seules 48 % disposent d'un logement fixe (hommes 37 %), alors que 35 % vivent dans un logement précaire (hommes 35 %) et 17 % à la rue (hommes 28 %).

Comme pour l'ensemble des patients, la situation des femmes concernant le logement varie sensiblement selon la nationalité (tableau 59). Ainsi les patientes françaises sont en proportion plus nombreuses à se trouver sans logement mais également à disposer d'un logement fixe, les étrangères au contraire vivent plus fréquemment dans un logement précaire.

Tableau 59 : Situation des femmes vis-à-vis du logement selon la nationalité (% en ligne)

	Situation du logement								
	Fixe		Préd	caire	Sans logement				
	%	n	%	n	%	n			
Ensemble des femmes	48,0	3 780	35,0	2 747	17,0	1 347			
Femmes françaises	52,8	349	21,5	142	25,7	170			
Femmes étrangères	47,6	3 413	36,0	2 584	16,4	1 172			

L'environnement social des patientes est détaillé dans le tableau 60.

Un peu moins du tiers des femmes déclarent vivre seules, 35 % environ vivent avec de la famille ou des amis, les autres vivent soit en couple (26,5 %), soit avec des parents (7,2 %).

Les patientes étrangères sont beaucoup moins souvent isolées que les patientes françaises, elles sont près de 2 fois plus nombreuses à vivre avec de la famille ou des amis.

La majorité des femmes d'autre part (près de 60 %) a un ou plusieurs enfants, ceci plus fréquemment chez les étrangères que chez les Françaises.

Si l'on s'intéresse à la situation du logement des femmes qui ont des enfants, on observe que ces dernières ne sont pas mieux logées que les autres patientes : plus de 17 % (soit 684 patientes) n'ont aucun logement et 36 % (1 429 patientes) vivent dans un logement précaire.

Tableau 60 : Environnement social des femmes selon la nationalité (% en colonne)

	Ensemble des femmes		Etrangères		Françaises	
	%	n	%	n	%	n
Environnement social, vivent						
Seules (avec ou sans enfant(s))	31,7	2 514	30,4	2 206	46,4	308
En couple (avec ou sans enfant(s))	26,5	2 098	26,7	1 939	23,9	159
Avec famille, amis (avec ou sans enfant(s))	34,6	2 742	35,9	2 610	19,9	132
Avec parents (mère et/ou père)	7,2	574	7,0	509	9,8	65
Ont un ou plusieurs enfants	59,6	3 977	60,6	3 720	47,7	257

Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les femmes comme les hommes sont près de la moitié à relever du dispositif AME (tableau 61).

On observe de plus que le quart d'entre elles ne peuvent accéder à aucun droit (contre environ 20 % des hommes), soit parce qu'elles ne remplissent pas le critère de stabilité de résidence ininterrompue de 3 mois en France, soit parce qu'elles sont étrangères de passage.

Tableau 61 : Droits potentiels à la couverture maladie selon le sexe (% en colonne)

	Femmes		Hommes	
	%	n	%	n
Assurance maladie: SS/CMU	26,3	2 001	31,7	2 987
AME	48,6	3 698	48,6	4 579
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence	14,6	1 113	11,0	1 034
Aucun droit	10,5	798	8,8	830

La confrontation des droits théoriques à la couverture maladie et des droits effectivement ouverts (tableau 62), fait apparaître que seules 18,6 % des femmes qui devraient bénéficier d'une couverture maladie disposent de droits ouverts lorsqu'elles s'adressent à MDM, proportion significativement plus faible que celle des hommes (environ 20,7 %).

Cette différence d'accès aux droits selon le sexe est particulièrement marquée pour les patientes de nationalité française.

Tableau 62 : Croisement des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie selon le sexe et la nationalité (% en ligne)

	Droits effectifs				
	Ouverts Non o			ouverts	
	%	n	%	n	
Patients pouvant prétendre à une couverture maladie					
Femmes	18,6	1 027	81,4	4 491	
Hommes	20,7	1 513	79,3	5 803	

Patients étrangers				
Femmes	15,2	753	84,8	4 200
Hommes	14,8	913	85,2	5 263
Patients français				
Femmes	48,2	268	51,2	281
Hommes	53,2	590	46,8	519

Comme nous l'avons souligné au début de ce travail, l'un des tout premiers obstacles à l'accès aux droits est la nécessité d'une domiciliation. Les femmes apparaissent un peu moins souvent concernées que les hommes par cette question : 43 % d'entre elles ont besoin d'une domiciliation pour environ 52 % des hommes. On observe cependant que lorsqu'un besoin de domiciliation existe, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à en être dépourvues (77 % vs 70 %).

La hiérarchie des obstacles à l'accès aux droits cités spontanément par les patients est sensiblement la même chez les femmes et chez les hommes.

Les femmes sont cependant encore plus nombreuses (27 % vs 23 % des hommes) à citer<sup>143</sup> les obstacles liés à l'absence de droits (aucun droit possible, pas de renouvellement des droits, pas de preuve de résidence), ce qui est cohérent avec l'analyse précédente concernant leurs droits potentiels.

Les autres freins cités les plus fréquemment par les femmes sont la méconnaissance des droits et les difficultés à s'orienter dans le système de soins (26,3 %), les difficultés administratives (23 %), l'obstacle linguistique (21,5 %).

#### Les problématiques de santé

Les femmes ont bénéficié en 2007 de 14 464 consultations médicales pour 7 413 patientes différentes, soit environ 2 consultations par patiente (la moyenne est identique chez les hommes).

Les diagnostics mentionnés chez les femmes sont dominés par les affections digestives, respiratoires et ostéoarticulaires. Les grossesses et les problèmes gynécologiques sont également fréquents (figure 14).

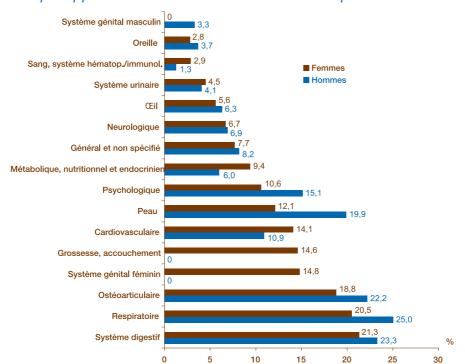


Figure 14 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients selon le sexe

De façon plus précise, on observe que 10 % des résultats de consultation sont des infections respiratoires supérieures ou des grossesses non pathologiques, 8 à 9 % de l'hypertension artérielle ou des symptomatologies digestives (tableau 63).

Les différences les plus marquées entre les femmes et les hommes sont une fréquence plus élevée des affections cardiovasculaires et métaboliques parmi les patientes et au contraire des pathologies respiratoires, ostéoarticulaires, dermatologiques et psychologiques plus importantes chez les hommes.

<sup>143</sup> Les accueillants notent dans la partie « obstacles à l'accès et à la continuité des soins » ce que les patients ont déclaré à un moment ou à un autre de l'entretien social.

On observe par ailleurs que 55 % des femmes nécessitent une prise en charge médicale à moyen ou long terme contre environ 45 % des hommes, ce qui est cohérent avec les fréquences plus élevées d'affections cardiovasculaires et métaboliques chez les femmes.

Outre les affections cardiovasculaires, les analyses réalisées les années précédentes montraient une fréquence plus élevée des IST chez les femmes. Cette particularité est encore observée cette année (3,5 % des femmes vs < 0,1 % des hommes).

Cela peut s'expliquer par l'importance des consultations gynécologiques ou liées à la grossesse qui sont probablement autant d'opportunités de dépistage ainsi que par l'orientation privilégiée vers certains centres de personnes se prostituant.

Tableau 63 : Principales pathologies diagnostiquées chez les patients selon le sexe (% en colonne)

	Femmes	Hommes	
	%	%	р
Groupes de pathologies les plus fréquement diagnostiquées <sup>144</sup>			
Infections respiratoires supérieures	10,0	11,5	**
Grossesse et couches non pathologiques(1)	9,9		
Hypertension artérielle	8,8	5,4	***
Symptômes et plaintes du système digestif	8,4	8,2	ns
Autres diagnostics locomoteurs	7,0	6,7	ns
Autres diagnostics du système digestif	7,0	7,7	ns
Angoisse-stress-troubles somatiques	6,2	8,3	***
Syndrome dorso-lombaire	5,7	5,2	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,2	7,5	***
Symptômes et plaintes du système génital féminin	5,1		
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>145</sup>			
Courte durée	46,5	51,4	***
Long ou moyen terme	54,9	44,5	***
Détail de quelques pathologies			
Pathologies cardiovasculaires	11,7	8,1	***
Infections sexuellement transmissibles	3,5	< 0,1	***

<sup>(1)</sup> L'item de la CISP « grossesse et couches non pathologiques » apparaît dans le tableau, bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie.

#### Comment peut-on mettre à la rue une femme malade et un nourrisson de deux mois ?

Témoignage de l'équipe mobile auprès des Rroms de Marseille :



Marseille, septembre 2007. Il est 22 H lorsque l'équipe mobile arrive pour la première fois sur un lieu de vie d'une famille Rrom roumaine, suite à une consultation au Caso. Malgré l'heure tardive, nous sommes accueillis avec le sourire. Cinq hommes, trois femmes et un bébé logent dans une petite maison désaffectée. A nos questions, on nous répond que tout le monde va bien. Le bébé est en bonne santé, bien qu'il n'ait pas été vu par un médecin depuis l'accouchement et que les vaccinations nécessaires ne soient pas prévues. Sa mère nous inquiète plus. Elle est pâle, et une rapide consultation médicale montre qu'elle est très asthénique, que sa tension artérielle est trop basse et qu'elle se plaint de douleurs pelviennes qui peuvent marquer une affection du post-partum. Elle n'a pas pu allaiter.

Il est tard... Le médecin de l'équipe propose de repasser le lendemain pour explorer plus à fond les problèmes médicaux. .../...

<sup>144</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=13 572).

<sup>145</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=10 555).

Le groupe nous fait part de sa peur d'être délogé le lendemain car le propriétaire des lieux leur a fait dire qu'il viendrait avec la police. Aucun papier d'expulsion ne leur a pourtant été montré. Nous les rassurons : « Il faut qu'il y ait un arrêté d'expulsion pour que l'on vous déloge... » Le lendemain midi, nous revenons sur ce lieu de vie. Un gros cadenas sur la grille d'entrée annonce la couleur... La maison est vide... Une poussette est abandonnée sur le trottoir... La famille a été délogée dans la matinée. Les passants et voisins nous racontent que les policiers sont venus le matin et les ont expulsés, qu'ils ont dû partir rapidement avec des poussettes... Après maintes recherches dans la journée, il est 22 H quand nous arrivons sur le nouveau « lieu de vie »... C'est un terrain vague jonché de déchets situé juste en dessous d'un échangeur d'autoroute. Quelques mètres carrés ont été aménagés pour passer la nuit.Les matelas et un lit ont été récupérés l'après-midi sur les trottoirs de Marseille. Le mobilier est resté dans le lieu de vie du matin... Deux « tentes » aux armatures de planches récupérées ont été confectionnées avec des couvertures pour les couples, un lit a été trouvé qui servira au bébé et à ses parents. Les autres matelas sont mis à même le sol. Tout l'après-midi a été consacré à la recherche de cet endroit et à son aménagement de fortune. C'est vendredi soir et le foyer d'hébergement d'urgence est fermé pour un mois pour réfection.

Les femmes sont alarmées par les conditions matérielles de ce terrain. Nous repartons, avec un sentiment d'impuissance et des questions : comment peut-on mettre à la rue une femme malade et un nourrisson de deux mois ? Le lendemain, nous apprenons que dans la nuit, quatre personnes sont venues les déloger et qu'ils ont difficilement trouvé une maison « qui est très, très sale »... Deux semaines après, la famille n'a toujours pas trouvé de lieux de vie décent... Le bébé n'a toujours pas été vacciné, la femme n'a pas consulté de médecin dans une structure de santé... Il est cependant probable que si cette situation de précarité extrême se pérennise, la vie de l'enfant et de sa mère sont mises en danger...

## Le Lotus bus : un programme de promotion de la santé auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris.

Depuis 2002, Médecins du Monde intervient à Paris auprès des personnes chinoises se prostituant. L'objectif est de réduire les risques liés aux pratiques prostitutionnelles et de favoriser l'accès aux soins et aux droits en allant au devant de cette population. Le Lotus bus répond à un très fort besoin d'information et d'accès aux soins d'une population très exposée à de multiples risques et cumulant les facteurs de vulnérabilité liée à leur activité et à leur situation de personnes migrantes.

L'équipe a décidé de mener une enquête ponctuelle auprès des personnes qui fréquentent le bus afin de mieux les connaître, d'adapter les activités à leurs besoins et de renforcer par ailleurs l'action de témoignage. L'enquête devait également servir de support pour aborder plus en profondeur le suivi gynécologique, les pratiques à risques, ... et ainsi améliorer les connaissances des femmes en matière de VIH, IST, et hépatites et favoriser des comportements à moindres risques dans leurs pratiques prostitutionnelles.

Les résultats, présentés ci-dessous, sont extraits du rapport d'enquête<sup>146</sup>.

Le questionnaire était anonyme et confidentiel. Il a été posé directement aux femmes venant sur le bus, de manière aléatoire, en chinois, par une personne de l'équipe du Lotus bus formée spécifiquement pour cette enquête.

Les principaux thèmes couverts par cette enquête sont : la situation personnelle actuelle de la personne, son état de santé général, son suivi gynécologique, son recours au dépistage et enfin ses pratiques sexuelles et prises de risques.

L'enquête a duré 21 semaines entre septembre 2007 et janvier 2008.

**93 questionnaires** ont été recueillis sur **65 tournées avec enquêteurs** sur les 4 sites couverts par le Lotus Bus (Strasbourg Saint-Denis, Porte Dorée, Crimée, Belleville).

Le nombre d'enquêteurs sinophones était de 8.

Sur ces 65 tournées, nous avons eu **2 590 contacts** sur le bus, **311 personnes** ont été **sollicitées** pour participer à l'enquête. Parmi elles, **218 ont refusé de participer.** Sur une semaine, un minimum de 2 enquêtes ont pu être réalisées et un maximum de **9**.

Le principal motif de refus était le manque de temps.

Un peu plus du tiers des femmes interrogées est en France depuis moins d'un an, et un tiers sont en France depuis plus de 3 ans.

La majorité des femmes interrogées connaît le bus depuis moins d'un an (62,5 %) dont près de 20 % d'entre elles depuis moins de 3 mois. A contrario, près de 36 % connaisse le bus depuis plus d'un an (3 personnes le connaissent depuis plus de 3 ans).

L'âge moyen des personnes interrogées est de 42 ans, dont 30 % entre 35 et 39 ans, 30 % entre 40 et 44 ans.

Les femmes sont isolées : 80 % vivent seules en France (44 % sont divorcées et 13 % sont célibataires, les autres femmes sont mariées mais leur mari vit en Chine).

Elles sont quasiment toutes mères puisque 90 % d'entre elles ont au moins un enfant qui vit en Chine.

Leur suivi gynécologique n'est pas satisfaisant au regard de leur âge et de leurs conditions de vie : 46 % d'entre elles n'ont pas de suivi gynécologique régulier ou approprié, tandis que 36 % ont déjà eu des infections génitales ou des infections sexuellement transmissibles.

45 % des femmes n'ont jamais effectué un dépistage VIH.

Il existe un lien significatif entre le recours au dépistage du VIH et la connaissance du Lotus bus puisque celles qui ont effectué un dépistage du VIH en France sont celles qui connaissaient le Lotus bus depuis relativement plus de temps.

70 % des femmes ont déjà été confrontées à une rupture de préservatif.

Les femmes sont mal informées sur le traitement post exposition et n'ont pas pour « réflexe » d'aller aux urgences. De fausses croyances sont très répandues comme pratiquer des douches vaginales après un rapport à risques.

A l'issue des enquêtes, une forte demande d'informations complémentaires a émergé concernant les orientations gynécologiques, les adresses pour effectuer des dépistages, le matériel de prévention comme le préservatif féminin et la digue dentaire, le traitement post exposition et les adresses d'hôpitaux.

#### Focus sur les femmes enceintes

En 2007, 540 femmes enceintes<sup>147</sup> (soit près de 9 % des femmes) ont bénéficié de 727 consultations médicales. Environ 1 fois sur 10, la grossesse était pathologique.

Près de 70 % des femmes enceintes ont été reçues dans trois Caso : Saint-Denis (34,3 %), Lyon (18,9 %) et Paris (15,6 %)<sup>148</sup>.

Les principales caractéristiques sociales des femmes enceintes sont précisées dans le tableau 64.

147 Nos résultats ne nous permettent pas d'évaluer le stade des grossesses. 148 Les Caso qui proposent des consultations gynécologiques sont Lyon, Nice, Paris, Saint-Denis et Strasbourg. Il s'agit pour 95 % d'entre elles de patientes de nationalité étrangère (39 % environ proviennent d'Afrique subsaharienne, 28 % d'Union européenne et 10 % d'Europe hors UE).

Ces patientes étrangères enceintes sont pour la plupart en situation administrative précaire (66 %), 11 % d'entre elles sont concernées par une demande d'asile.

Elles sont âgées pour la majorité d'entre elles de 18 à 29 ans, le tiers a plus de 30 ans, 6 % sont mineures. Leur situation concernant le logement n'est pas meilleure que celle des autres patients dans la mesure où 37 % vivent dans un logement précaire et **21** % **environ sont sans logement.** De plus, 28 % d'entre elles vivent isolées.

Sur le plan de la couverture maladie enfin, seules 6 % ont effectivement des droits ouverts. Selon l'étude de la Drees précédemment citée sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins<sup>149</sup>, la fréquence des grossesses à risque et des accouchements complexes est élevée (28 % des motifs d'hospitalisation), en lien avec un moins bon suivi de grossesse des populations étrangères, mais également avec les conditions précaires d'existence.

#### Enceinte ? Revenez plus tard. Témoignage de l'équipe de Cayenne :



Le 24 mai 2007, Mme R. vient pour voir un médecin au Caso de Cayenne car elle a des nausées et vomissements depuis plusieurs jours. Elle réside depuis un an en Guyane avec son petit garçon, mais ils n'ont pas de couverture maladie. Elle est travailleuse du sexe et par conséquent elle est particulièrement exposée aux risques infectieux mais également aux violences. Nous l'informons donc de ses droits et lui remettons un livret de santé bilingue français - espagnol.

Comme chaque jeudi, c'est une sage-femme qui assure la consultation. Le test de grossesse est positif et un examen complet est effectué. La sage-femme bénévole l'oriente ensuite vers la PMI pour le suivi de sa grossesse et la PASS pour un bilan sanguin et une ouverture de droits immédiate à la couverture maladie.

Mme R. revient vers nous le 29 mai car un agent du bureau des entrées de l'hôpital lui a remis un document qu'elle ne peut lire. Il s'agit de la liste des documents à fournir pour l'ouverture de ses droits qui spécifie en bas de page que passé un délai de 15 jours après une prise en charge au CH de Cayenne, l'usager aura « à supporter l'intégralité des frais d'hospitalisation, soit la somme de  $673,19 \in par$  jour plus le forfait journalier d'un montant de  $10,67 \in N$ . L'orientation vers les travailleurs sociaux de la PASS n'a pas été effectuée par l'agent du bureau des entrées et cette situation accroît le stress de la patiente.

Par ailleurs, elle n'a pas été prise en charge par la PMI de la Digue Rojon. En effet, il lui a été demandé de fournir une attestation de couverture maladie dont elle ne dispose pas encore et, pour son garçon de 4 ans, une traduction du carnet de vaccination. Ce qu'elle a fait moyennant 30 € alors que ce n'est absolument pas obligatoire. De plus, la PMI a refusé d'établir un carnet de santé pour son fils.

Nous la réorientons vers la PMI en spécifiant qu'elle n'a pas de couverture maladie et que cela ne doit pas entraver sa prise en charge ni celle de son enfant de 4 ans.

Le 14 juin, elle est de nouveau au Caso pour un problème de santé d'origine infectieuse. Elle a perdu 3 kilos et la bandelette urinaire montre des traces de protéine et d'acétone dans ses urines. Son état de santé nécessite une prise en charge qui lui est refusée faute d'avoir une AME.

Les différents refus et retards de prise en charge médicale ont participé à l'aggravation de l'état de santé de cette maman enceinte de trois mois sans compter le stress que peut occasionner ce type de situation chez elle, mais également chez son jeune fils de 4 ans.

Tableau 64 : Principales caractéristiques des femmes enceintes ayant consulté

	%	n
Ensemble des femmes enceintes	4,0	540
Nationalité	·	
Françaises	5,3	28
Etrangères	94,7	498
Age	·	
Moins de 18 ans	6,0	32
18-29 ans	60,9	324
30-44 ans	32,3	172
45 ans et plus	0,8	4
Logement	·	
Fixe	42,1	211
Précaire	37,3	187
Sans logement	20,6	103
Environnement social, vivent		
Couple, famille, parents	71,6	366
Seules	28,4	145
Droits à la couverture maladie		
Ouverts	6,4	31
Non ouverts	71,8	349
Non concernées	21,8	106

### Médecins du Monde auprès des femmes Rroms en Île-de-France

Extrait du dossier de presse « Médecins du Monde auprès des femmes Rroms » paru en mars 2008<sup>150</sup>

Médecins du Monde intervient depuis 1992 auprès des populations Rroms en région parisienne puis à Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg et Boulogne-sur-Mer. Les équipes assurent des consultations médicales sur les lieux de vie des Rroms pour leur faciliter l'accès aux soins et aux droits. Devant l'ampleur des besoins rencontrés, Médecins du Monde a également développé des activités périnatales ciblant les plus vulnérables : **les enfants et les femmes enceintes.** Les équipes périnatalité se concentrent sur l'accès à la contraception, le suivi de grossesse et la prise en charge médicale des bébés et enfants en bas âge. La mission Banlieue (en Île-de-France) a ainsi développé un volet périnatalité dans ses actions.

L'objectif de cette mission n'est pas de créer un système de prise en charge parallèle mais d'informer les femmes enceintes et de les accompagner vers les structures de soins. « Notre mission est de faire le lien avec les structures de santé. Nous ne sommes pas dans la substitution mais dans l'accompagnement », explique Maryse, sage-femme de la mission Rroms en Seine-Saint-Denis. A chaque nouvelle consultation, la sage-femme constitue un dossier de suivi de grossesse, dont elle remet un double à la patiente.

« Elles pourront remettre ce double à l'hôpital ou lors de toutes les consultations auxquelles elles pourront se rendre. Ce dossier leur sert de parole. Il contient les réponses à certaines questions que les médecins ou sages-femmes pourront leur poser et auxquelles elles ne peuvent pas toujours répondre. Ce dossier est aussi une trace de leur parcours de grossesse », précise Maryse.

**La démarche** adoptée par les équipes périnatalité consiste à intervenir régulièrement sur un même terrain afin d'établir une relation de confiance permettant d'aborder plus facilement les questions de santé sexuelle et reproductive. .../...

Mais le nombre croissant d'expulsions rend de plus en plus difficile le suivi régulier des femmes et des enfants. Ces déplacements posent également le problème de la scolarisation des enfants. Officiellement, les portes des écoles leur sont ouvertes, pourtant sans carnet de vaccination à jour, sans structures adaptées pour les aider dans leurs démarches administratives, seule une minorité de Rroms franchit le seuil des salles de classe.

**En région parisienne,** Médecins du Monde est essentiellement intervenu cette année en Seine-Saint-Denis auprès de deux groupes Rroms venant de Roumanie. En un an, les équipes y ont effectué **60 sorties obstétriques et 40 sorties pédiatriques** auprès de 115 enfants. Au-delà des informations collectives délivrées lors des sorties obstétriques, près d'une centaine de femmes ont bénéficié d'entretiens individuels, dont :

- 36 entretiens suivis d'une orientation pour une contraception ;
- 30 entretiens avec des femmes enceintes suivis d'une orientation vers un service de PMI (protection maternelle et infantile), ou un service de maternité ;
- 16 femmes ont été orientées pour une demande d'IVG;
- 27 femmes ont été physiquement accompagnées chaque fois que nécessaire par un membre de MDM dans les structures de soins vers lesquels elles avaient été orientées.

Les entretiens de suivi de grossesse menés en 2007 ont permis de recueillir des données révélatrices de la situation des femmes Rroms.

L'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans. Ce chiffre doit être relativisé au regard de l'âge des femmes rencontrées, en moyenne 22 ans.

Seules 8,3 % des femmes enceintes étaient suivies pour leur grossesse.

Accès à la contraception : seules 10 % des femmes utilisent un moyen de contraception. IVG : 43,3 % des femmes avaient déjà avorté à seulement 22 ans d'âge moyen. Le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,3 et de 3,3 pour celles ayant déjà subi au moins une IVG. A noter que le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences graves sur la santé des

femmes : hémorragies, infections, stérilité et fausses-couches à répétition.

Les femmes ont eu en moyenne 4 grossesses dont seule la moitié a abouti à une naissance d'un enfant vivant (risques liés aux grossesses précoces, faibles suivis de grossesses, fausses couches et IVG).

Ces données trouvent une part de leur explication dans l'étude de la situation des pays d'origine. En Roumanie, l'interdiction de la contraception et de l'avortement durant la période communiste explique en partie les difficultés que rencontrent aujourd'hui les femmes roumaines en matière de contrôle des naissances.

Ainsi, par manque d'informations, seule une minorité de femmes est suivie au cours de sa grossesse. La situation d'extrême dénuement économique et socio-éducatif dans laquelle se trouvent ces femmes renforce leur méconnaissance des moyens contraceptifs. Un manque d'informations qui les conduit souvent à recourir à l'IVG.

Les complexités administratives, le manque d'informations adaptées et les expulsions privent les femmes d'un suivi de grossesse régulier. A cela s'ajoutent les pressions régulières des forces de l'ordre mais aussi les stéréotypes et les discriminations dont elles sont victimes quotidiennement.

Si les difficultés d'accès aux soins sont nombreuses pour la population Rroms, le problème devient particulièrement sensible lorsqu'il s'agit du suivi des femmes enceintes ou des enfants en bas âge.



#### Les points essentiels

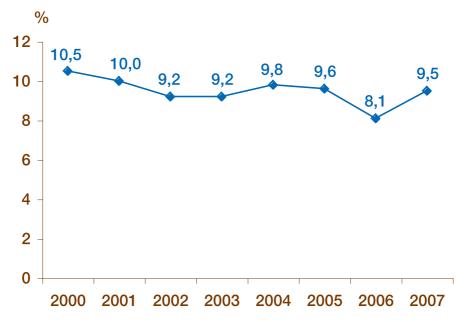
- 9,5 % des patients reçus en 2007 étaient mineurs, proportion qui fluctue peu depuis 2001.
- Beaucoup de ces mineurs sont très jeunes : 45 % ont moins de 7 ans, 26 % ont entre 7 et 12 ans et 29 % sont âgés de 13 à 17 ans ; la plupart (87 %) vivent auprès de leurs parents ou de la famille (qu'ils aient un logement ou pas).
- Comme pour l'ensemble des patients, 90 % des mineurs sont étrangers, les jeunes consultants sont cependant beaucoup plus fréquemment originaires d'Union européenne : 31 % sont roumains (vs 13 % des patients adultes).
- 27 % des patients mineurs n'ont pas de logement. Parmi eux, près de la moitié a moins de 7 ans.
- 90 % des consultants mineurs ne disposent d'aucune couverture maladie.
- 2 581 consultations médicales ont été dispensées à des mineurs (soit 1,5 consultation par mineur vs 2 pour les autres patients). Un mineur sur deux consulte pour une pathologie infectieuse, essentiellement respiratoire ; 20 % nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme.

En 2007, les mineurs représentent 9,5 % des patients de MDM soit 1 772 consultants. Cette proportion a relativement peu fluctué depuis 2001 (tableau 65, figure 15).

Tableau 65 : Evolution du nombre et de la proportion de mineurs parmi les patients de MDM de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	10,5	10,0	9,2	9,2	9,8	9,6	8,1	9,5
Effectif	1 813	2 423	2 025	1 721	1 974	2 101	1 756	1 772

Figure 15 : Evolution de la part des mineurs de 2000 à 2007



#### Caractéristiques sociodémographiques

Les jeunes consultants sont pour près de la moitié d'entre eux âgés de moins de 7 ans, 26 % environ ont entre 7 et 12 ans et 29 % 13 ans ou plus. La part des jeunes mineurs (moins de 7 ans) comme on peut l'observer est en proportion nettement plus élevée chez les Français que chez les étrangers (tableau 66). Ces jeunes mineurs français de moins de 7 ans sont reçus pour la moitié dans 3 centres : Marseille (n=31), Lyon (n=22) et Cayenne (n=14).

Tableau 66 : Répartition des patients mineurs selon l'âge et la nationalité (% en colonne)

	Ensemble des mineurs		Mineurs	français	Mineurs étrangers		
	%	n	%	n	%	n	
0-6 ans	45,1	749	67,7	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	

On compte quasiment autant de patients étrangers parmi les mineurs (89,2 %) que parmi les patients plus âgés (88,7 %). Si l'on observe cependant la répartition des consultants par groupe continental, on note que les mineurs comptent 2 fois plus d'étrangers d'Union européenne que les adultes (37,5 % vs 18,1 %).

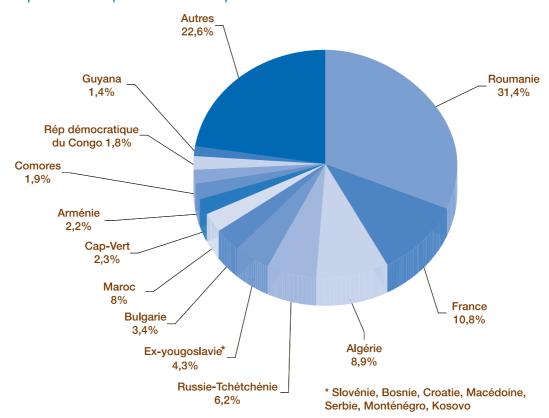
Plus de 80 % de ces jeunes patients en provenance d'Union européenne sont d'origine roumaine, leur répartition par âge est conforme avec celle présentée dans le tableau 67 pour l'ensemble des mineurs étrangers. Les jeunes patients en contrepartie comptent moins d'étrangers originaires d'Afrique subsaharienne (15 % vs 24 % des adultes) ou du Maghreb (14 % vs 25 %).

L'analyse par nationalité (figure 16) montre la large prédominance des Roumains parmi les mineurs (31,4 %), loin devant les Français (10,8 %) et les Algériens (8,9 %).

Notons la présence des ressortissants de Russie/Tchétchénie et des pays de l'ex-Yougoslavie parmi les nationalités les plus représentées chez les mineurs ; ces étrangers sont sensiblement moins nombreux en population adulte.

Les jeunes patients étrangers, qu'ils soient accompagnés ou non de leurs parents, séjournent en France depuis moins longtemps que les adultes : près de la moitié sont en France depuis moins de 3 mois (vs 28 % des étrangers adultes), les trois guarts sont ici depuis moins d'un an (vs 56 %).

Figure 16 : Répartition des patients mineurs par nationalité



#### Logement et lien social

Les conditions de logement des patients mineurs sont globalement aussi dégradées que celles des adultes : seuls 37 % environ disposent d'un logement fixe alors que 37 % vivent dans un logement précaire et 27 % environ n'ont pas de logement (tableau 67).

Les mineurs de nationalité étrangère, comme on peut l'observer, sont en plus grande difficulté que les Français dans ce domaine.

Les mineurs sans logement sont souvent très jeunes, près de la moitié sont âgés de moins de 7 ans, 7 sur 10 environ de moins de 13 ans.

Tableau 67 : Situation des mineurs vis-à-vis du logement selon la nationalité (% en ligne)

			Situation d	u logement		
	Fixe		Précaire		Sans logement	
	%	n	%	n	%	n
Ensemble des mineurs	36,6	548	36,6	549	26,8	402
Mineurs français	59,8	92	24,0	37	16,2	25
Mineurs étrangers	33,9	456	38,1	512	28,0	377

Les consultants mineurs vivent pour la plupart avec leurs parents (60 %) ou de la famille (27 %), près de 7 % d'entre eux cependant déclarent vivre seuls.

Relevons enfin que seuls 32 % des 509 enfants de moins de 7 ans sont suivis par les services de PMI.

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les consultants mineurs relèvent majoritairement de l'assurance maladie, un quart environ de l'AME (tableau 68). Si l'on détaille les droits effectivement ouverts des mineurs relevant de l'assurance maladie ou de l'AME, on constate que plus de 86 % d'entre eux ne possèdent pas de couverture maladie, les plaçant dans une situation encore plus défavorable que les patients adultes (80 % n'ont pas de droits ouverts).

Pourtant, les enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière doivent bénéficier d'un accès à l'AME dès le 1<sup>er</sup> jour de leur arrivée sur le territoire. Les enfants mineurs doivent être identifiés en leur nom propre au titre de l'AME, qui prend effet au jour de la demande<sup>151</sup>.

Au total, et quelle que soit leur situation administrative, ce sont seulement 10 % des consultants mineurs qui disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent la première fois aux consultations de MDM.

L'analyse des obstacles à l'accès aux droits concernant les patients mineurs ne révèle pas de différence sensible avec les autres patients justifiant d'être soulignée. Il s'agit des obstacles rencontrés par leurs parents.

Tableau 68 : Droits potentiels des mineurs à la couverture maladie (% en colonne)

	Mineurs		Autres patients		
	%	n	%	n	
Assurance maladie: SS/CMU	62,0	559	28,1	4 382	
AME	38,0	342	50,6	7 890	
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence			12,2	1 906	
Aucun droit			9,1	1 422	

Présomption de non-droit : la discrimination à la française.

#### Témoignage de l'équipe de Nice :



Un couple de Tunisiens avec un enfant de 18 mois. Ils sont installés en France depuis 25 ans, sont titulaires d'un titre de séjour de 10 ans et travaillent. Ils viennent nous voir car l'enfant est malade et doit voir un médecin. Devant leur situation administrative, nous nous étonnons que l'enfant ne bénéficie pas de la couverture maladie de ses parents. .../...

C'est alors qu'ils nous expliquent qu'ils se sont présentés au guichet Cpam avec un acte de naissance et qu'on leur a demandé un certificat de l'OMI alors que, d'une part, aucun titre n'est exigible pour un enfant et que, de plus, ce certificat est délivré dans le cas d'un regroupement familial. En fait, le couple était en vacances en Tunisie alors que Madame était enceinte de 7 mois et elle a accouché prématurément en Tunisie. L'acte de naissance a donc été établi en Tunisie, d'où la demande non fondée de pièces complémentaires. Là encore, un courrier a été nécessaire pour que cet enfant soit ayant droit de ses parents...

#### Ignorance ou mauvaise volonté? Témoignage de l'équipe de Nice:



Une petite fille de 8 ans, tunisienne, atteinte de surdité. A la demande de ses parents restés en Tunisie, elle est recueillie par son oncle résidant régulièrement en France. Un acte de tutelle confiée à l'oncle a été établi en Tunisie.

L'oncle vient nous voir car il n'arrive ni à faire scolariser l'enfant ni à l'inscrire comme ayant droit sur sa sécurité sociale.

Il nous explique qu'à la première demande de rattachement, le centre de paiement réclame un certificat OMI<sup>152</sup> (fourni dans le cadre du regroupement familial ce qui n'est pas le cas ici) ainsi qu'un certificat de scolarité.

L'assistante sociale de MDM joint à la demande d'inscription à la sécurité sociale l'acte de tutelle traduit et indique que l'enfant ne peut être scolarisée en raison de son handicap ; pour obtenir une scolarisation dans un établissement spécialisé, une prise en charge sécurité sociale est nécessaire. Le dossier nous est à nouveau retourné par la CPAM demandant un jugement d'adoption rendu par un tribunal français : or il n'a jamais été question d'adoption !

Face à cette situation, une demande d'AME pour un mineur est alors faite. Et enfin, grâce à l'intervention de notre interlocutrice AME à la CPAM auprès du service réglementation, la question est enfin tranchée : on ne peut exiger de titre de séjour pour les mineurs et, dès l'instant où son placement présente un caractère durable et que la famille d'accueil assume la charge de l'enfant, cette dernière peut bénéficier de la qualité d'ayant droit.

L'ensemble de ces démarches a duré 4 mois, à l'issue desquelles l'assistante sociale de MDM a enfin pu orienter cette enfant vers des structures de soins et de scolarisation.

### "

#### Les problématiques de santé

1 680 patients mineurs ont été reçus en consultation médicale, ils ont bénéficié de 2 581 consultations soit un peu plus de 1,5 consultation par mineur en 2007 (vs 2 pour les autres patients). C'est d'autant plus étonnant que les mineurs relèvent de l'AME sans délai et que la circulaire soins urgents stipule que tout soin auprès d'un mineur est réputé urgent. Les mineurs ne devraient donc jamais avoir besoin d'une deuxième consultation à MDM.

Les résultats de consultation concernant les jeunes patients sont très largement dominés par les pathologies infectieuses, et tout particulièrement les infections respiratoires, qui représentent près d'1 diagnostic sur 3, mais également les infections dermatologiques (tableau 69, figure 17).

Les besoins de prise en charge des patients mineurs sont le plus souvent de courte durée, près de 20 % d'entre eux cependant nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme de plus de 6 mois, ce qui semble bien incompatible avec le fait que seuls 10 % des mineurs ont une couverture maladie.

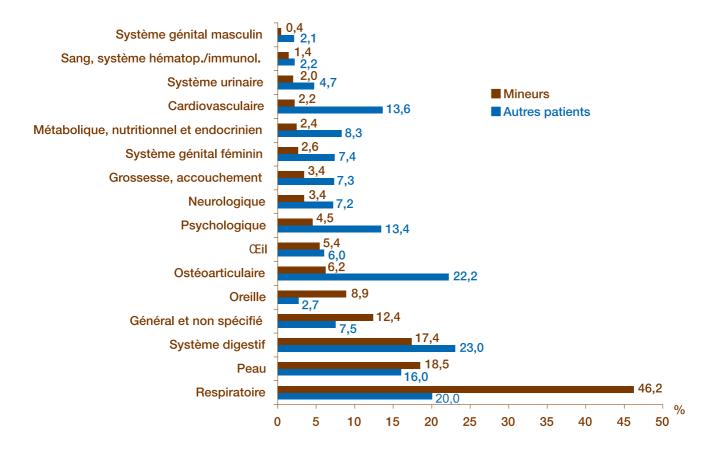


Tableau 69 : Principales pathologies diagnostiquées chez les patients mineurs et besoins prévisibles de prise en charge (% en colonne)

	Patients mineurs	Autres patients	р
	%	%	
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagnostiquées <sup>15</sup>	3		
Infections respiratoires supérieures	29,3	8,7	***
Infections respiratoires inférieures	7,1	4,4	***
Diagnostics non classés ailleurs	6,5	2,5	***
Infections des oreilles	6,6	1,1	***
Toux	6,6	2,0	***
Symptômes et plaintes du système digestif	4,9	7,0	**
Autres diagnostics respiratoires	4,7	3,6	ns
Autres pathologies cutanées	4,4	4,6	ns
Affections dents-gencives	4,1	5,0	ns
Parasitoses/ candidoses	3,8	3,3	ns
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>154</sup>			
Courte durée	70,1	46,7	***
Long ou moyen terme	19,1	52,4	***
Détail de quelques pathologies	•		
Maladies infectieuses (respiratoires, dermatologiques)	40,4	18,5	***

<sup>153</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=12 733).

<sup>154</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=9 935).

#### Une adolescente de 14 ans, violée par son « oncle », consulte au Caso pour savoir si elle est enceinte.

Témoignage d'une accueillante du Caso de Paris :



Mercredi 24 octobre, jour traditionnel de forte affluence, trois médecins généralistes, le dentiste et son assistante, la volante de la CPAM pour l'AME, les avocats de Droits d'Urgence. Vers dix heures trente, alors que la plupart des arrivants ont déjà été orientés, je remarque du coin de l'œil une petite silhouette brune qui pousse la porte du centre.

Je vois les filles du premier accueil qui lui disent gentiment qu'il n'y a plus de place pour le médecin : elle devra revenir à 13h30.

La jeune fille semble fortement intimidée mais traverse quand même la salle pour renouveler sa quête au comptoir. Face à la même demande, je ne peux que lui redonner la même réponse de revenir en début d'après-midi ou peut-être lundi si elle veut voir la gynécologue. Et puis a-t-elle l'AME, ce qui lui permettrait d'aller voir un médecin libéral ?

Elle me répond qu'elle a son assurance scolaire et me tend une carte d'écolière ; un coup d'œil et sa date de naissance me saute aux yeux : 13/05/1993 ! Bien qu'en paraissant dix-huit, elle a quatorze ans et demi... C'est donc plus compliqué que cela, est-elle avec ses parents ? Un tuteur ?

C'est alors que je vois qu'il y a vraiment urgence ; elle s'agite, sa voix devient de plus en plus inaudible, ses yeux se brouillent en répétant comme un leitmotiv qu'elle veut voir un médecin, et tout de suite. Je décide alors d'essayer de la prendre en surnombre ; par chance, nous avons ce matin trois médecins dont deux femmes et je me promets de demander à l'une d'elle de la recevoir entre deux consultations. L'une d'entre elles la recevra sitôt terminée sa consultation en cours.

Je commence donc à remplir le dossier social avec la jeune fille et j'en apprends un peu plus sur son cas : sa mère est camerounaise actuellement en Italie, son père ivoirien a disparu de la circulation, elle a une sœur en Allemagne. Elle a été envoyée en France pour ses études accompagnée d'un tuteur (son « oncle » dit-elle) qui le lendemain de leur arrivée a tenté de la violer (« il m'a déchiré mon pantalon »). Il l'a déjà violée à plusieurs reprises, mais cette fois elle s'est enfuie et loge depuis chez une autre sœur à Paris, absente actuellement, mais qui lui avait confié ses clés.

Elle veut voir un médecin pour savoir si elle est enceinte mais voudrait que ce soit discret car elle a peur du tuteur...

J'alerte notre assistante sociale qui sera avec le médecin pour la consultation médicale.

Elle restera avec nous jusqu'à midi puis notre assistante sociale l'accompagnera à la Brigade des mineurs et ensuite à l'hôpital. Elle déjeunera avec elle et il lui faudra la rassurer et la mettre en confiance pour qu'elle accepte de l'accompagner : elle aurait préféré attendre le retour de sa maman pour faire quoi que ce soit...

Un cas à part ? Certainement, et il est heureux que les circonstances nous aient conduits à prendre ces dispositions exceptionnelles.

Après coup, je m'interroge : combien d'autres cas similaires ont-ils pu ainsi nous échapper ? Il aurait suffit que la fille soit un peu moins opiniâtre ou encore plus timide, que l'équipe soit moins attentive ou plus absorbée par l'affluence.

Elle serait alors repartie sans réponse, ni aide, toute seule, paniquée... A quoi tiennent les choses ?





#### Les points essentiels

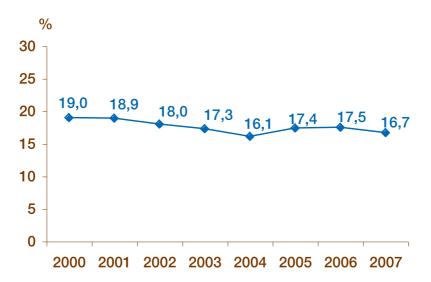
- Les jeunes de 16-24 ans représentent, en 2007, 16,7 % des consultants ; cette proportion reste stable depuis 2000.
- Les 16-24 ans sont plus souvent de sexe féminin et de nationalité française que les autres patients. Les ressortissants d'Union européenne sont toutefois majoritaires parmi les jeunes avec en premier lieu les Roumains (21 % des 16-24 ans).
- Comme pour l'ensemble des patients, près d'1 jeune sur 4 est sans logement, 37 % dans un logement précaire.
- Seuls 14 % des 16-24 ans qui pourraient avoir une couverture maladie ont effectivement des droits ouverts, proportion encore plus faible que parmi les autres consultants (20 %).
- Les 16-24 ans ont bénéficié de 3 994 consultations médicales (soit 1,6 consultations par personne). Le principal résultat de consultation dans ce groupe est la grossesse qui concerne 20 % des jeunes filles. Par ailleurs, 37 % des jeunes nécessitent un suivi médical dans la durée (à moyen ou long terme).

En 2007, 3 094 patients reçus à MDM, soit 16,7 % des consultants, étaient âgés de 16 à 24 ans. Ce groupe de patients a assez peu évolué depuis l'année 2000 où il représentait 19 % des consultants (tableau 70, figure 18).

Tableau 70 : Evolution du nombre et de la proportion des jeunes de 16-24 ans parmi les patients de MDM de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	19,0	18,9	18,0	17,3	16,1	17,4	17,5	16,7
Effectif	5 126	4 503	3 508	3 244	3 228	3 828	3 808	3 094

Figure 18 : Evolution de la part des jeunes de 16-24 ans de 2000 à 2007



#### Caractéristiques sociodémographiques

Plus de la moitié (53 %) des 16-24 ans sont des femmes, proportion nettement supérieure à celle relevée parmi les autres patients (43 %), on compte également chez les jeunes une part plus élevée de patients français (16 % vs 10,4 %).

Plus de 25 % des 16-24 ans sont originaires d'Union européenne (hors France) (vs 19 % des autres patients), 23 % d'Afrique subsaharienne (vs 23 %), 15 % du Maghreb (vs 26 %). La répartition des jeunes par nationalité (figure 19) recouvre globalement celle que l'on connaît pour l'ensemble des patients.

On repère toutefois des nationalités parmi les jeunes de 16-24 ans qui n'apparaissaient pas en 2006, c'est le cas des Moldaves, des Tchétchènes, des Comoriens, ou encore des Camerounais.

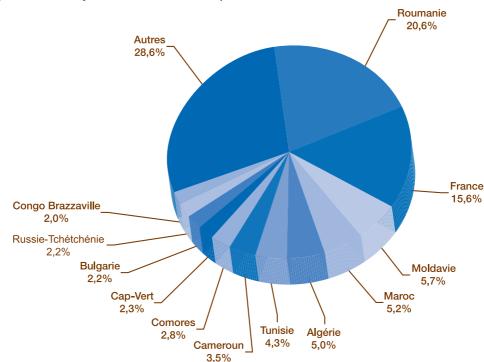


Figure 19 : Répartition des jeunes de 16-24 ans par nationalité

#### Logement et lien social

Les conditions de logement des 16-24 ans sont assez voisines de celles que connaissent l'ensemble des autres patients. 4 sur 10 disposent d'un logement fixe alors que 37 % vivent dans un logement précaire et 23 % à la rue (tableau 71).

La spécificité des patients français par rapport aux étrangers vis-à-vis du logement se retrouve également parmi les 16-24 ans. Les jeunes français sont beaucoup plus fréquemment sans logement que les étrangers du même âge, qui eux connaissent plus souvent des conditions de logement précaire.

Un peu moins fréquemment que leurs aînés, 41 % des jeunes vivent seuls (vs 48 % des patients plus âgés), 2 sur 10 environ ont un ou plusieurs enfants.

-			•		•	• /		
		Situation du logement						
	F	Fixe		caire	Sans lo	gement		
	%	n	%	n	%	n		
Ensemble des 16-24 ans	40,0	1 183	37	1 097	23,0	681		
Jeunes français	39,8	182	25,4	116	34,8	159		
Jeunes étrangers	40,0	994	39,3	978	20,7	516		

Tableau 71 : Situation des jeunes de 16-24 ans vis-à-vis du logement selon la nationalité (% en ligne)

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les 16-24 ans relèvent pour 34 % d'entre eux de l'assurance maladie et pour 46 % de l'AME. Environ 20 % ne relèvent d'aucun dispositif, le plus souvent en raison du critère de stabilité de résidence (concerne près de 14 % des 16-24 ans). Les jeunes ne se démarquent pas sensiblement des autres patients dans le domaine des droits théoriques à la couverture maladie.

La confrontation des droits potentiels et des droits effectivement ouverts en revanche indique que les jeunes sont encore moins nombreux que les autres patients à faire valoir leurs droits à la couverture maladie (tableau 72) : seuls 14 % des jeunes qui pourraient y prétendre ont des droits ouverts contre 20 % des autres consultants. Cette spécificité des 16-24 ans s'observe aussi bien parmi les français que parmi les étrangers.

Notons plusieurs éléments d'explication. Les jeunes sont en général moins préoccupés par leur santé que les plus âgés, et en tous cas ne pensent pas à être prévoyants. Par ailleurs, les jeunes de moins de 25 ans français ou en règle n'ont pas droit au RMI, ils fréquentent donc moins les structures où on pourrait les informer et ne se lancent pas dans les démarches spécifiques pour obtenir une couverture maladie.

Ce phénomène de non-recours à la complémentaire santé se retrouve particulièrement chez les jeunes en situation de précarité. Une étude de l'Insee sur le recours à la complémentaire santé <sup>155</sup> montre que 14 % des 18-29 ans en population générale n'étaient pas couverts par une complémentaire santé en 2003 (alors qu'ils étaient encore 23 % en 1992 et 33 % en 1981). La création de la CMU en 2000 a en effet apporté une nette amélioration du taux de couverture santé.

Les auteurs soulignent que c'est parmi les jeunes que le taux de non-couverture est le plus fort, du fait en particulier de la perte du bénéfice de la complémentaire de leurs parents, de leurs revenus plus faibles, mais aussi probablement d'une meilleure santé en moyenne.

Tableau 72 : Croisement des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie selon l'âge et la nationalité (% en ligne)

	Droits effectivement ouver		
	%	n	
Patients pouvant prétendre à une couverture maladie			
Jeunes de 16-24 ans	14,4	358	
Autres patients	20,1	2 293	
Patients étrangers			
Jeunes de 16-24 ans	9,1	187	
Autres patients	15,3	1 533	
Patients français			
Jeunes de 16-24 ans	39,5	168	
Autres patients	55,9	744	

Nous avons vu au début de ce rapport que le principal obstacle à l'accès aux soins restait encore aujourd'hui la nécessité d'une domiciliation pour l'ouverture de droits.

Les jeunes plus encore que les autres patients sont concernés par ce problème puisque 55 % d'entre eux nécessitent une domiciliation (vs 47 % des autres patients).

Or les trois quarts environ (74 %) n'en disposent pas lorsqu'ils sont vus pour la première fois à MDM (vs 73 % des autres patients).

Interrogés sur les autres obstacles qui freinent l'accès aux soins, plus de 31 % des jeunes (vs 26 % des autres patients) citent en tout premier lieu leur méconnaissance des droits auxquels ils peuvent accéder ainsi que des structures et dispositifs délivrant des soins, devant les difficultés administratives citées par 25 % d'entre eux (vs 24 %), ou encore la barrière linguistique (citée par 24 % des 16-24 ans vs 19 % des autres patients).

#### Les problématiques de santé

En 2007, 2 440 jeunes de 16-24 ans ont bénéficié de 3 994 consultations médicales, soit 1,6 consultations par personne (vs 2 pour les autres patients).

Les résultats de consultation sont détaillés dans la figure 20 et le tableau 73.

De façon globale, ce sont les affections digestives et respiratoires qui dominent chez les 16-24 ans, juste devant les consultations liées à la grossesse. Les problèmes de grossesse arrivent d'ailleurs en tête des résultats détaillés de consultation. Ce sont en effet plus de 20 % des jeunes filles de 16-24 ans qui sont concernées par une grossesse. 40 % d'entre elles sont originaires d'un pays de l'UE (essentiellement de Roumanie), 28 % d'Afrique subsaharienne, et 11 % d'un pays d'Europe (hors UE).

Les autres affections les plus fréquentes sont les infections respiratoires supérieures, les plaintes digestives, le stress et l'anxiété.

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

La comparaison des 16-24 ans avec les autres patients, à l'exception bien sûr des situations de grossesse, ne met en évidence que les variations normales liées à l'âge (moins d'affections ostéoarticulaires, cardiovasculaires et métaboliques).

Le taux important de traumatismes chez les jeunes peut-être rapporté aux conditions de vie dans la rue. Les durées prévisibles de prise en charge des jeunes patients sont le plus souvent courtes, plus du tiers d'entre eux cependant nécessitent un suivi à moyen ou long terme.

Figure 20 : Répartition par appareil des résultats de consultation des 16-24 ans et des autres consultants

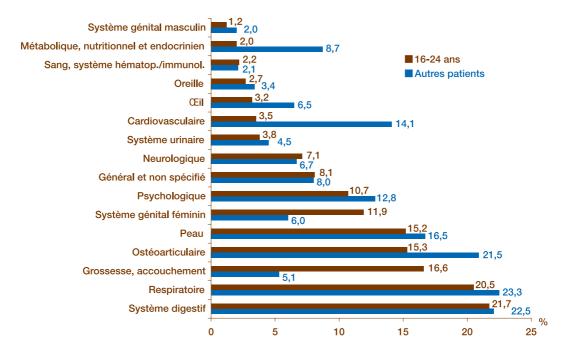


Tableau 73 : Principales pathologies diagnostiquées chez les jeunes de 16-24 ans et besoins prévisibles de prise en charge (% en colonne)

,2 3	3,5 ***	
	3.5 ***	
	3.5	
	٥,٠	k
,5 1	0,9 ns	3
1 8	* *	
0 7	7,0 ns	3
7 4	4,6	*
0 7	7,5 *	
2 6	6,6 *	
2 3	3,8 **	r
0 4	4,5 ns	3
3 4	4,8 ns	3
,2 4	-8,5 **	r
,6 5	51,0 ***	*
•		
2 3	3,8 **	r
3 5	5,6 *	
	1 8 0 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 8,5 ** 0 7,0 ns 7 4,6 ** 0 7,5 ** 2 6,6 ** 2 3,8 ** 0 4,5 ns 3 4,8 ns 2 48,5 ** 6 51,0 ** 2 3,8 **

<sup>&</sup>lt;sup>(i)</sup> L'item de la CISP « grossesse et couches non pathologiques » apparaît dans le tableau bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie.

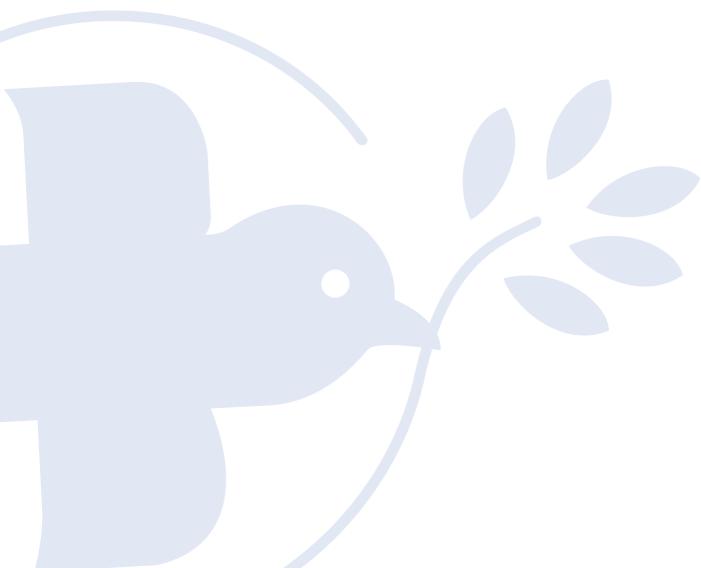
<sup>156</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=12 733).

<sup>157</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultations codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=10 570).

#### Il se taillade la main pour se donner du courage Témoignage de l'équipe de Calais :



Cet entretien a été réalisé lors d'une consultation de MDM à Loon Plage en août 2007. Le médecin a reçu ce jeune homme kurde de 24 ans pour des plaies sur la main gauche. Avant la consultation, nous lui avons demandé comment il s'était blessé et il nous a répondu qu'à chaque fois qu'il manquait un passage, il se taillait la main avec un couteau. Nous lui avons demandé pourquoi il se punissait de la sorte et il nous a expliqué que cela faisait déjà un mois qu'il tentait de rejoindre l'Angleterre et qu'il n'y arrivait pas, alors qu'il ne lui avait fallu qu'un mois pour effectuer le voyage du Kurdistan aux côtes nord de la France. Il a de plus en plus de difficultés à supporter l'idée qu'il pourrait échouer si près du but. En se taillant la main, il cherche à se redonner du courage. La veille, il a essayé de passer, mais une fois de plus la police l'a interpellé au moment où il montait dans un camion. Il nous a raconté que la police l'avait relâché dans une friche industrielle, loin de tout, à 1h du matin. Il lui a fallu quatre heures de marche pour rejoindre son camp. Il est diplômé en anglais et était professeur d'anglais dans un lycée. Il a servi d'interprète aux américains présents dans sa région. Lorsqu'ils sont partis, il s'est retrouvé à la merci des opposants à la présence Américaine en Irak. Il explique qu'il a en sa possession un document qui prouve que sa vie était menacée. Il espère que ce document lui permettra d'obtenir l'asile en Angleterre. Par la suite, il souhaite retourner à l'université, trouver un travail et peut être revenir en Irak afin d'aider son pays à sortir du chaos dans lequel il est plongé.



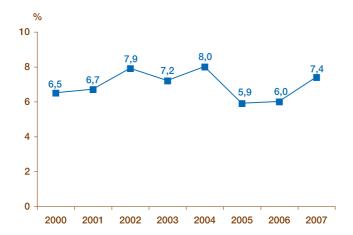
#### Les points essentiels

- 7 % des patients en 2007 sont âgés d'au moins 60 ans. On ne relève pas d'évolution importante par rapport aux années précédentes.
- Les femmes sont plus représentées dans ce groupe de patients, les étrangers par ailleurs sont en moyenne plus âgés que les Français.
- 89 % des 60 ans et plus sont étrangers, principalement originaires du Maghreb (33 % sont Algériens) et d'Afrique subsaharienne (24 %). Leur durée de résidence en France est 2 fois plus élevée que celle des patients plus jeunes (5 ans en moyenne), tout particulièrement pour les ressortissants du Maghreb, même si l'on compte une proportion élevée de « primo-arrivants » parmi les plus de 60 ans (53 %).
- Plus du tiers des plus de 60 ans connaissent de graves difficultés de logement : 20 % ont un logement précaire, 15 % sont à la rue.
- 45 % d'entre eux ne peuvent accéder à aucun dispositif de couverture maladie (2 fois plus que les patients plus jeunes), les autres sont seulement 32 % à disposer de droits ouverts.
- 3 381 consultations médicales ont été dispensées à ce groupe de patients (soit 2,5 par personne). Les problématiques de santé traditionnellement liées à l'âge sont logiquement fréquentes chez ces patients : près de 40 % souffrent de pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, troubles du rythme), 31 % de troubles ostéoarticulaires, 22 % d'affections métaboliques (18 % présentent un diabète). 79 % des 60 ans et plus nécessitent un suivi médical d'au moins 6 mois.

En 2007, un peu plus de 7 % des patients sont âgés d'au moins 60 ans, proportion qui reste proche de celles relevées depuis plusieurs années (tableau 74, figure 21).

Tableau 74 : Evolution du nombre et de la proportion de patients âgés de 60 ans et plus de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	6,5	6,7	7,9	7,2	8,0	5,9	6,0	7,4
Effectif	1 753	1 604	1 547	1 351	1 606	1 300	1 318	1 380



#### Caractéristiques sociodémographiques

La proportion d'étrangers parmi les consultants âgés d'au moins 60 ans est voisine de celle des autres patients (environ 89 %), ils comptent en revanche une part plus importante de femmes que parmi les patients plus jeunes (48,4 % vs 44,5 %).

L'âge moyen dans ce groupe de patients est de 67,3 ans, proche chez les hommes et les femmes mais plus élevé chez les patients étrangers que chez les Français (67,5 ans vs 66,0 ans). En effet, plus de la moitié des Français sont âgés de moins de 65 ans contre 38 % des étrangers (tableau 75).

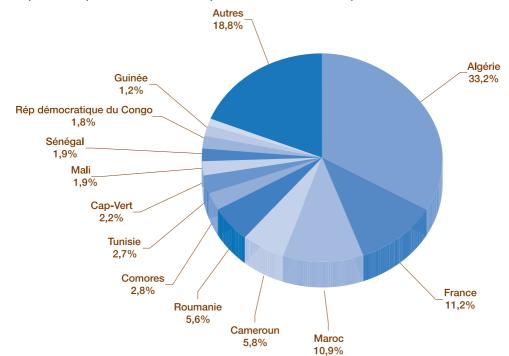
Tableau 75 : Répartition par âge des patients de 60 ans et plus selon la nationalité (% en colonne)

	Ensemble des 60 ans et plus		Fran	ıçais	Etrangers		
	%	n	%	n	%	n	
60-64 ans	39,5	535	51,0	77	38,1	458	
65-69 ans	29,7	402	23,2	35	30,5	367	
70-74 ans	17,2	232	15,9	24	17,3	208	
75 ans et plus	13,6	184	9,9	15	14,1	169	

Deux groupes continentaux regroupent 70 % des patients de 60 ans et plus. Il s'agit avant tout du Maghreb (47,1 %), et ensuite de l'Afrique subsaharienne (23,9 %).

La répartition par nationalité montre bien la large prépondérance des Algériens parmi ces patients (figure 22).

Figure 22 : Répartition par nationalité des patients de 60 ans et plus



Les patients âgés de 60 ans et plus

La durée de résidence en France des étrangers de plus de 60 ans est plus élevée que celle des étrangers plus jeunes (5 ans en moyenne vs 2,3 ans) même si l'on compte une proportion élevée de « primo-arrivants » parmi les plus de 60 ans (53 %).

En effet, l'ancienneté du séjour en France des 60 ans et plus n'est pas homogène : elle est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes du même âge (7,1 ans en moyenne vs 1,4 ans), elle est également plus importante pour les ressortissants du Maghreb (environ 6 ans en moyenne).

#### Logement et lien social

Plus du tiers des consultants de plus de 60 ans connaîssent de graves difficultés de logement (tableau 76), proportion qui est en deçà de celle des patients plus jeunes qui connaissent des situations encore plus dramatiques, mais qui reste très élevée compte tenu de l'âge des personnes concernées.

Parmi les 60 ans et plus, ce sont les hommes qui se trouvent le plus en difficulté ainsi que les patients âgés de 60 à 69 ans.

Sur le plan de l'environnement social, 38 % des patients de 60 ans et plus déclarent vivre seuls (vs 44 % des patients plus jeunes), tout particulièrement les Français (81 % vivent seuls contre 32 % des étrangers du même âge).

Tableau 76 : Situation des patients de 60 ans et plus vis-à-vis du logement selon le sexe et l'âge (% en ligne)

	Situation du logement							
	Fi	Fixe		Précaire		gement		
	%	n	%	n	%	n		
Ensemble des patients de 60 ans et plus	64,6	833	20,4	263	15,0	193		
Hommes	55,1	369	23,6	158	21,3	143		
Femmes	75,0	462	17,1	105	7,9	49		
Age								
60-64 ans	59,9	305	21,4	109	18,7	95		
65–69 ans	60,4	230	25,5	97	14,2	54		
70-74 ans	74,0	168	13,7	31	12,3	28		
75 ans et plus	75,6	130	15,1	26	9,3	16		

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les consultants de 60 ans et plus relèvent à parts égales de l'assurance maladie ou de l'AME. Par ailleurs, plus de 45 % d'entre eux (soit le double des patients plus jeunes) ne peuvent accéder à une couverture maladie parce qu'ils ne remplissent pas les critères de base pour l'obtention de droits.

Parmi les patients de 60 ans et plus pouvant théoriquement bénéficier de droits, un peu moins de 32 % ont effectivement des droits ouverts, proportion qui est meilleure que celle des patients plus jeunes mais qui reste cependant faible à un âge où les besoins en soins peuvent être importants.

Les obstacles à l'accès aux soins exprimés par ces patients sont du même ordre que ceux avancés par les consultants plus jeunes, ils sont cependant dominés par les difficultés liées à l'impossibilité d'accéder à une couverture maladie (cité par 36 % des patients de 60 ans et plus vs 20 % des autres patients).

Tableau 77 : Droits à la couverture maladie des patients de 60 ans et plus et des autres patients (% en colonne)

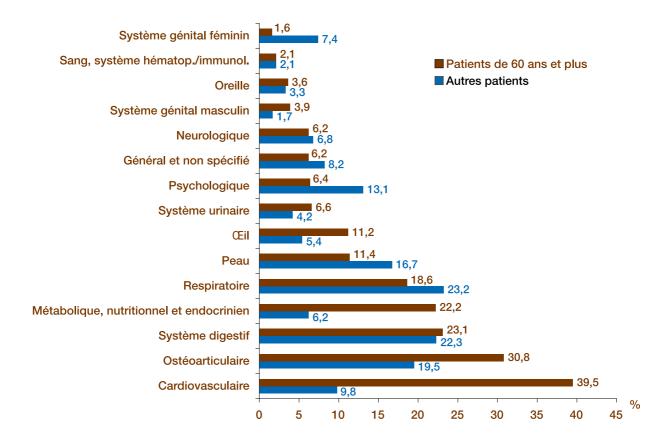
	Patients de 6	0 ans et plus	Patients de m	oins de 60 ans					
	%	n	%	n					
Droits théoriques à la couverture maladie									
Relèvent de l'assurance maladie (CMU)	27,3	347	29,4	4 594					
Relèvent de l'AME	27,5	350	50,4	7 882					
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence	18,5	236	12,1	1 898					
Aucun droit possible	26,7	340	8,1	1 262					
Droits effectifs (parmi les patients disposant de droits théoriques)									
Ouverts	31,8	214	19,0	2 288					
Non ouverts	68,2	458	81,0	9 785					

#### Les problématiques de santé

Les patients âgés de 60 ans et plus ont bénéficié en 2007 de 3 381 consultations médicales pour 1 380 patients différents, soit 2,5 consultations par patient (vs 1,9 pour les patients plus jeunes). Cela reflète le cumul de pathologies nécessitant un suivi et le fait que beaucoup n'ont aucun droit potentiel à une couverture santé.

Les résultats de consultation présentés par grandes catégories diagnostiques (figure 23) mettent en avant les pathologies dont la prévalence augmente avec l'âge : affections cardiovasculaires et ostéoarticulaires, troubles métaboliques et endocriniens.

Figure 23 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients de 60 ans et plus et des autres consultants



Les patients âgés de 60 ans et plus

Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées sont présentées de façon plus détaillée dans le tableau 78 : près de 29 % des 60 ans et plus souffrent d'hypertension artérielle, 18 % de diabète. Par ailleurs, 1,8 % de ce groupe de patients sont touchés par une affection cancéreuse.

Nous notons l'importance des problèmes ophtalmologiques (cécité, cataracte, complications du diabète...) qui peuvent avoir des conséquences sur l'autonomie.

Les besoins de prise en charge, enfin, sont importants : 79 % des patients âgés d'au moins 60 ans nécessitent un suivi médical régulier d'au moins 6 mois alors que, comme nous l'avons vu, peu d'entre eux disposent de droits ouverts à une couverture maladie.

Tableau 78 : Principales pathologies diagnostiquées chez les patients de 60 ans et plus (% en colonne)

	Patients de 60 ans et plus	Patients de moins de 60 ans	р
	%	%	
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagnostique	ées <sup>158</sup>		
Hypertension artérielle	28,6	4,8	***
Diabète (insulinodépendant et non insulinodépendant)	18,0	3,0	***
Autres diagnostics locomoteurs	17,7	5,8	***
Symptômes et plaintes du système digestif	10,4	8,1	**
Autres diagnostics du système digestif	8,6	7,2	ns
Syndrome dorso-lombaire	8,2	5,2	***
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	8,1	6,2	*
Cardiopathies, troubles du rythme	7,5	1,4	***
Autres diagnostics respiratoires	5,7	3,5	***
Autres diagnostics œil	5,3	1,3	***
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>159</sup>			
Courte durée	33,1	50,9	***
Long ou moyen terme	79,4	45,5	***
Détail de quelques pathologies			
Cancers	1,8	0,6	***

<sup>158</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=12 733).

<sup>159</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=9 935).



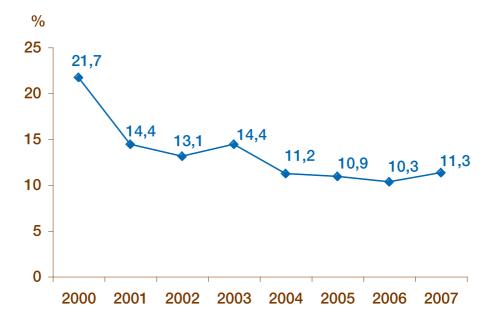
#### Les points essentiels

- 11 % des patients sont français en 2007. La part des Français a été divisée par 2 entre 2000 et 2004, elle reste stable depuis cette date.
- Les consultants français sont plus souvent de sexe masculin, les femmes françaises par ailleurs sont plus jeunes que les autres patients.
- Les patients français beaucoup plus souvent que les étrangers sont sans domicile, et tout particulièrement les hommes (50 % vivent à la rue).
- Près d'1 Français sur 2 n'a pas de couverture maladie, plus particulièrement les patients les plus jeunes.
- 3 839 consultations médicales ont été dispensées à des patients français (1,9 par personne, 22 % des Français sont venus consulter 3 fois et plus le médecin en 2007). Leurs problèmes de santé concernent en premier lieu comme beaucoup d'autres consultants les infections respiratoires supérieures, ils souffrent également plus fréquemment que les autres patients de troubles psychologiques (anxiété, dépression), de pathologies dermatologiques et traumatiques.

Environ 11 % des patients en 2007, soit 2 087 consultants, sont de nationalité française. La part des Français a fortement chuté depuis l'année 2000, année de la mise en place de la CMU, où elle se situait à près de 22 % pour se stabiliser autour de 11 % depuis 2004 (tableau 79, figure 24). Cette stabilité générale masque toutefois 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.

Tableau 79 : Evolution du nombre et de la proportion des patients français de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	21,7	14,4	13,1	14,4	11,2	10,9	10,3	11,3
Effectif	5 762	3 306	2 856	2 640	2 209	2 315	2 195	2 087



#### Caractéristiques sociodémographiques

Les deux tiers des patients français sont des hommes, proportion nettement plus élevée que parmi les patients étrangers (54 %).

Si, comme nous l'avons vu précédemment, l'âge moyen des Français et des étrangers est proche (respectivement 34,5 ans et 34,7 ans), les Françaises se distinguent des autres patients par une moyenne d'âge sensiblement plus faible (32 ans environ contre 35 à 36 ans).

#### Logement et lien social

Traditionnellement, la situation des patients de MDM vis-à-vis du logement est très tranchée selon la nationalité, les consultants de 2007 ne font pas exception (tableau 80).

Ainsi les Français sont deux fois plus souvent sans logement que les étrangers qui eux vivent plus fréquemment dans un logement précaire.

Si l'on s'intéresse uniquement aux patients français, on observe que la moitié des hommes vivent à la rue et environ le guart des femmes.

Tableau 80 : Situation des patients de MDM vis-à-vis du logement selon la nationalité et le sexe (% en ligne)

	Situation du logement					
	Fixe % n		Précaire		Sans logement	
			%	n	%	n
Ensemble des patients	42,0	7 385	34,7	6 111	23,3	4 100
Français	37,9	752	20,1	400	42,0	834
Etrangers	42,5	6 633	36,6	5 711	20,9	3 266
Patients français						
Hommes	30,4	400	19,4	256	50,2	662
Femmes	52,8	349	21,5	142	25,7	170

L'environnement social des consultants français est beaucoup plus souvent marqué par l'isolement : 67 % d'entre eux vivent seuls contre 41 % des étrangers.

Cet isolement social est particulièrement prégnant parmi les hommes français qui sont près de 76 % à déclarer vivre seuls, situation qui concerne environ 47 % des femmes françaises.

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

La totalité des patients français doit théoriquement bénéficier d'une couverture maladie.

Dans les faits, seuls 52 % d'entre eux disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont reçus à MDM (tableau 81). Parmi ces derniers, la moitié dispose de la CMU complémentaire et l'autre moitié de la CMU de base seulement. Les hommes, comme on peut le noter, ont plus souvent des droits ouverts que les femmes, mais l'état des droits à la couverture maladie chez les Français varie essentiellement en fonction de l'âge, avec une proportion de patients couverts particulièrement faible chez les plus jeunes. Cette proportion augmente parmi les patients plus âgés mais reste globalement autour de 62 % au-delà de 45 ans.

Tableau 81 : Etat des droits à la couverture maladie des patients français

	Droits ouverts à une couverture maladie		
	%	n	
Ensemble des patients français	52,1	928	
Sexe			
Hommes	53,3	634	
Femmes	49,7	292	
Age			
Moins de 18 ans	35,2	43	
18-29 ans	42,6	259	
30-44 ans	57,6	315	
45-59 ans	63,7	219	
60 ans et plus	56,7	76	

Les Français comme les étrangers sont concernés par l'obligation d'une domiciliation pour l'ouverture des droits (ils sont 44 % contre 49 % des étrangers). Néanmoins, lorsqu'ils sont confrontés à cette difficulté, ils sont beaucoup plus nombreux que les étrangers à y faire face (60 % des Français ayant besoin d'une domiciliation en ont une contre 24 % des étrangers).

Interrogés par ailleurs sur les principaux obstacles à l'accès aux soins auxquels ils sont confrontés, les patients français citent en tout premier lieu les difficultés administratives (citées par 33 %), ainsi que les freins liés à l'absence de couverture complémentaire et aux difficultés d'avance de frais (24 %). Rappelons que la moitié de ceux qui ont une couverture maladie n'ont qu'une couverture de base.

#### Les problématiques de santé

En 2007, 1 975 patients français ont bénéficié de 3 839 consultations médicales, soit 1,9 consultations par personne (vs 2 consultations pour les patients étrangers).

22 % des Français sont venus consulter 3 fois et plus un médecin cette année, dont 4 % plus de 10 fois, le maximum de consultations est de 55 consultations pour un même patient.

Les résultats de consultation chez les Français sont dominés par les pathologies respiratoires et tout particulièrement les infections respiratoires supérieures (figure 25, tableau 82).

Relevons également la fréquence importante des affections dermatologiques ainsi que des troubles psychologiques parfois sévères (anxiété, syndromes dépressifs), ou des pathologies psychiatriques avérées qui, si elles restent peu fréquentes, concernent plus souvent des Français.

Ainsi les patients français se démarquent des patients étrangers par des fréquences plus importantes pour toutes les affections citées précédemment mais également pour les pathologies traumatiques et dentaires, ce qui semble cohérent avec leurs conditions de vie (plus de personnes sans domicile, plus de problèmes d'usage abusif de substances psychoactives).

On relève enfin que 56 % des patients français nécessitent une prise en charge de courte durée et 42 % une prise en charge à moyen ou long terme pour leurs problèmes de santé.

Figure 25 : Répartition par appareil des résultats de consultation selon la nationalité

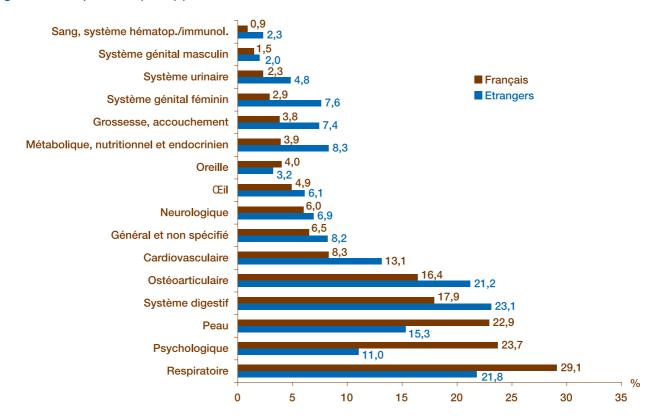


Tableau 82 : Principales pathologies diagnostiquées chez les consultants français et besoins prévisibles de prise en charge (% en colonne)

	Patients français	Patients étrangers	р
	%	%	
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagnost	iquées <sup>160</sup>		
Infections respiratoires supérieures	13,9	10,3	***
Angoisse-stress-troubles somatiques	10,7	6,6	***
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,2	6,3	ns
Affections dents-gencives	6,7	4,7	***
Symptômes et plaintes du système digestif	6,7	8,5	**
Parasitoses / candidoses	6,5	2,9	***
Infections respiratoires inférieures	6,1	4,5	**
Traumatismes	6,0	3,8	***
Autres pathologies cutanées	5,9	4,4	**
Syndrome dépressif	5,9	3,0	***
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>161</sup>			
Courte durée	56,2	47,9	***
Long ou moyen terme	42,0	50,0	***
Détail de quelques pathologies	·		
Pathologies psychiatriques (psychoses)	2,5	0,7	
Addictions (1)	6,6	0,7	

<sup>(1)</sup> Usage abusif d'alcool ou de tabac ou de médicaments ou d'autres substances psychoactives

<sup>160</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=12 586).

<sup>161</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=9 826).



#### Les personnes sans domicile

#### Les points essentiels

- 23 % des patients reçus en 2007 ne disposaient d'aucun logement. La hausse amorcée en 2006 se poursuit très nettement cette année.
- Les sans-domicile sont plus jeunes parmi les étrangers et au contraire plus âgés parmi les Français. Les hommes y sont nettement plus représentés de même que les patients de nationalité française et roumaine.
- Près de 80 % des consultants sans logement ne disposent pas de couverture maladie. Le principal frein à l'accès aux soins est la nécessité d'une domiciliation pour l'obtention de droits (la grande majorité des sans-domicile est concernée par ce problème et parmi eux, 65 % n'ont pas domiciliation).
- 7 737 consultations médicales ont été dispensées à des patients sans domicile soit, 2,1 consultations par patient.
  - Ils souffrent plus fréquemment de pathologies infectieuses respiratoires, d'affections dermatologiques et de troubles psychologiques. Les traumatismes sont également plus fréquents dans cette population de même que certaines pathologies psychiatriques (psychoses). 44 % d'entre eux nécessitent un suivi médical d'au moins 6 mois.

Les situations concernant le logement sont celles décrites et ressenties par les patients eux-mêmes. Les personnes disposant d'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 CHRS, dans un hôtel...

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

Plus de 23 % des patients reçus en 2007 ne disposent d'aucun domicile, même précaire. Cette proportion est en nette augmentation relativement aux années précédentes où elle se situait autour de 18-19 % (tableau 83, figure 26).

Comme déjà dit plus haut dans le rapport, l'un des éléments d'explication, en dehors du mal-logement les telles lien toujours plus fort entre les actions mobiles auprès des personnes sans domicile et les Caso, en particulier à Marseille, Lyon, Toulouse et Strasbourg.

Tableau 83 : Evolution du nombre et de la proportion de patients sans domicile de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	16,1	17,6	18,5	19,9	18,0	17,8	19,0	23,3
Effectif	3 725	3 867	3 454	3 553	3 451	3 630	3 761	4 133

162 La situation du mal-logement en France, malgré les discours et les lois, ne cesse de s'empirer. Selon le rapport 2008 sur l'état du mal-logement en France de la Fondation Abbé-Pierre, la France compte toujours plus de 3 millions de personnes non ou mal logées en France, 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.

Figure 26 : Evolution du nombre et de la proportion de patients sans domicile de 2000 à 2007



#### Caractéristiques sociodémographiques

La proportion de patients vivant à la rue varie de façon très importante selon le sexe et la nationalité (tableau 84). Ainsi, la moitié des hommes de nationalité française sont sans logement, le quart des hommes étrangers et des femmes françaises, et 16 % environ des femmes étrangères.

Toutes les classes d'âge sont concernées et tout particulièrement les 45-59 ans ainsi que les mineurs, ce qui est nouveau. Ces mineurs sans domicile ne sont pas isolés, les familles à la rue avec des enfants sont de plus en plus nombreuses à s'adresser à MDM.

Les patients sans logement sont de façon globale légèrement plus jeunes que les autres patients (34 ans vs 35 ans). Si l'on observe cependant l'âge moyen de ces patients selon la nationalité, on note que parmi les étrangers, les sans-domicile sont plus jeunes que les étrangers disposant d'un logement (33 ans vs 35 ans). Parmi les Français, au contraire, les sans-domiciles sont en moyenne plus âgés (37 ans vs 34 ans).

Tableau 84 : Part des patients sans logement selon le sexe, la nationalité et l'âge

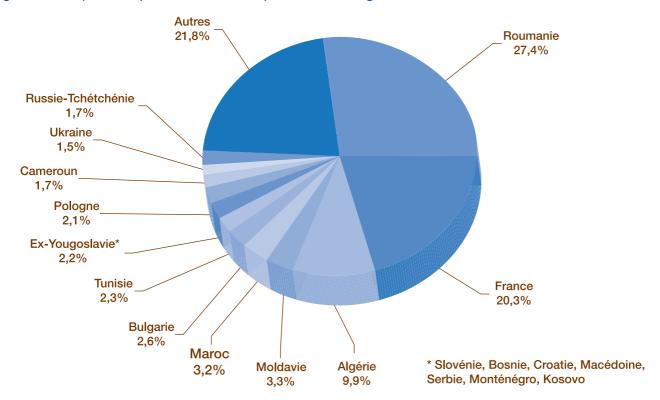
	%	n
Ensemble des patients	23,3	4 133
Hommes français	50,2	662
Femmes françaises	25,7	170
Hommes étrangers	24,8	2 088
Femmes étrangères	16,4	1 172
Classes d'âge		
Moins de 18 ans	26,4	405
18-29 ans	22,5	1 226
30-44 ans	23,4	1 495
45-59 ans	26,2	755
60 ans et plus	15,0	193

Les patients sans domicile proviennent pour plus de la moitié d'entre eux (56 %) d'Union européenne (y compris la France), 16 % sont originaires du Maghreb.

Comme les années précédentes, les Français sont largement surreprésentés parmi les sans-logement, ils ne représentent en effet que 11 % de la totalité des patients mais plus de 20 % des sans-domicile, de même que les Roumains, qui représentent 15 % des patients et 27 % des sans-logement (figure 27).

Les autres nationalités les plus représentées sont les ressortissants du Maghreb, les Moldaves et les Bulgares.

Figure 27 : Répartition par nationalité des patients sans logement

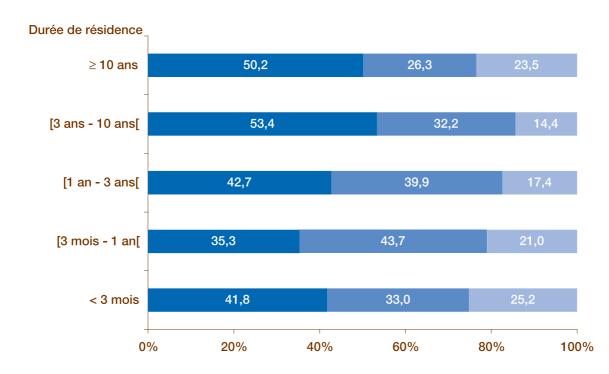


La figure 28 déjà présentée au début de ce travail détaille les conditions de logement des patients étrangers selon leur durée de résidence en France.

Ainsi, si les « primo-arrivants » sont les plus nombreux à être dépourvus de logement, la situation des étrangers présents en France depuis plus longtemps reste très difficile, avec une majorité d'entre eux qui reste soit sans logement soit dans un logement précaire, donc susceptible de prendre fin à n'importe quel moment. Cette nouvelle dégradation de la situation par rapport au logement au bout de 10 années passées en France, pourrait peut-être être mise en relation avec le processus d'alcoolisation constaté au bout de 10 années passées sur le territoire français ou encore l'épuisement de la solidarité de l'entourage.

Si l'on s'intéresse enfin à l'environnement social des patients, on observe qu'absence de logement et isolement sont fortement corrélés : 63 % des patients vivant à la rue déclarent vivre seuls contre environ 38 % des autres patients.

Figure 28 : Situation des patients étrangers au regard du logement selon leur durée de résidence en France



# Les personnes sans domicile

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les patients sans logement relèvent principalement de l'assurance maladie (41,8 %), un peu moins fréquemment de l'AME (35,6 %). Par ailleurs, plus de 14 % d'entre eux, ne remplissant pas le critère de stabilité de résidence, sont écartés d'une couverture maladie, proportion légèrement plus élevée que chez les autres patients (tableau 85).

La confrontation des droits théoriques avec les droits effectivement ouverts indique que 23 % des patients sans logement pouvant bénéficier d'une couverture maladie disposent de droits ouverts contre environ 19 % pour l'ensemble des autres consultants. Cela reflète la plus grande proportion de Français dans cette population de sans-domicile : en effet, les Français ont un accès plus facile que les étrangers pour l'ouverture des droits y compris dans les mêmes conditions de vie, de droits, etc.

Tableau 85 : Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie des patients selon leur situation concernant le logement (% en colonne)

	Patients sans logement		Autres patients			
	%	n	%	n		
Droits théoriques						
Relèvent de l'assurance maladie (CMU)	41,8	1 592	25,4	3 272		
Relèvent de l'AME	35,6	1 357	53,0	6 809		
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence	14,3	547	12,0	1 545		
Aucun droit possible	8,3	317	9,6	1 236		
Droits effectifs parmi les patients ayant des droits théoriques						
Ouverts	23,1	655	18,9	1 846		
Non ouverts	78,9	2 179	81,1	7 947		

Comme nous l'avons souligné à de nombreuses reprises, l'obligation d'une domiciliation administrative est bien souvent le premier frein à l'accès aux droits.

Ce problème se pose naturellement de façon très aiguë pour les patients sans logement qui sont plus de 80 % dans cette situation. Or parmi ces derniers, 65 % ne disposent pas de domiciliation lorsqu'ils sont reçus la première fois à MDM (tableau 86).

Tableau 86 : Patients concernés par une domiciliation administrative (% en colonne)

	Patients sans logement		Autres patients		
	%	n	%	n	
Concernés par une domiciliation pour la CMU/AME	<b>81,3</b> <sup>163</sup>	2 588	39,1	4 481	
Situation des patients concernés par une domiciliation					
Domiciliation par CCAS	4,2	109	1,8	79	
Domiciliation par une association	30,5	788	20,4	915	
Pas de domiciliation	65,3	1 691	77,8	3 487	

L'analyse des autres obstacles à l'accès aux soins exprimés par les patients sans logement ne fait pas apparaître d'importantes spécificités par rapport à l'ensemble des consultants.

Si l'on s'intéresse en revanche aux difficultés exprimées par les patients sans logement selon leur nationalité, on observe que les étrangers mettent en avant leur méconnaissance de leurs droits et des structures de soins (cité par 32 % vs 14 % des Français), juste devant les obstacles administratifs (27 % vs 36 % des Français) et les difficultés liées à l'impossibilité d'obtenir des droits (25 % vs 5,8 % des Français).

Les Français quant à eux sont le plus souvent en butte à des obstacles administratifs ainsi qu'au frein lié à l'absence de couverture complémentaire (cité par 17 % vs 8 % des étrangers).

<sup>163</sup> Logiquement, on aurait dû s'attendre à ce que 100 % des patients sans domicile soient concernés par une domiciliation. Ce n'est pas le cas pour plusieurs raisons : d'une part, du fait de la précarité du logement, où les patients se retrouvent tantôt à la rue tantôt hébergés ; mais aussi du fait de la complexité de cette question qui peut soulever une incompréhension aussi bien de la part des accueillants que des patients.

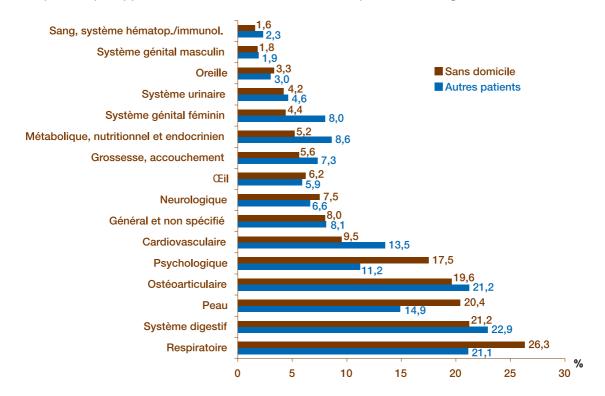
#### Les problématiques de santé

Les patients sans domicile ont bénéficié en 2007 de 7 737 consultations médicales pour 3 672 patients différents, soit 2,1 consultations par patient (vs 1,9 pour les autres patients).

Les résultats de consultation sont présentés dans la figure 29. Les patients sans logement se distinguent des autres patients sur plusieurs points : une fréquence plus élevée des affections respiratoires, dermatologiques et psychologiques, et à l'inverse des troubles digestifs et cardiovasculaires moins fréquents.

Les personnes sont confrontées à des problèmes de survie quotidienne, la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent, les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant. Devant la complexité des situations, les médecins ont peut-être tendance à traiter la première demande, ils ne peuvent pas nécessairement explorer l'état de santé global de cette population.

Figure 29 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients sans logement et des autres consultants



Ces différences se retrouvent lorsque l'on considère les principaux résultats de consultation de façon plus détaillée (tableau 87). Les infections respiratoires supérieures et inférieures y figurent en bonne place, de même que les troubles anxieux qui sont le 2° diagnostic le plus fréquent parmi les consultants sans logement. Les affections psychiatriques plus lourdes telles que les psychoses sont rapportées 2 fois plus souvent parmi les patients sans logement que chez les autres patients.

On note également la fréquence plus importante des traumatismes chez ces patients.

Signalons enfin qu'une centaine de femmes sans logement reçues en consultation sont enceintes.

Sur le plan des besoins prévisibles de prise en charge, 44 % des consultants privés de logement nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme, proportion qui est plus faible que pour les autres patients mais qui n'en demeure pas moins problématique compte tenu de leur situation.

En effet, comme nous l'indiquions plus haut, l'état de santé des personnes sans domicile rencontrées dans nos centres d'accueil, de soins et d'orientation est très dégradé, avec de multiples affections. Les médecins répondent d'abord à la demande qui est exprimée par le patient, par respect pour leur volonté. Ils ne peuvent pas, le plus souvent, pousser leurs investigations, car nous tenons à assurer un accueil à bas seuil d'exigence, en particulier pour cette population qui est à la fois sursollicitée mais dont la volonté n'est que trop rarement entendue.

Les problématiques de santé particulières observées chez les patients à la rue peuvent trouver quelques explications au moins partielles au travers de différents facteurs.

Le premier est bien sûr l'âge qui est souvent lié à l'état de santé.

Les sans-domicile, comme nous l'avons vu, sont sensiblement plus jeunes, ce qui peut expliquer la fréquence plus faible des affections cardiovasculaires.

Nous savons de plus que les Français sont surreprésentés parmi les sans-logement et qu'ils souffrent par ailleurs plus fréquemment de troubles psychiques. Enfin, les affections de la peau mais également les traumatismes plus fréquents peuvent être rapprochés des conditions de vie que connaissent les sans-domicile.

#### *Vous, vous avez peur de mourir, et nous, on a peur de vivre.* Séries de portraits de personnes à la rue, élaborés par l'équipe SDF de Strasbourg :



M. P.H., 45 ans, vit près d'une soufflerie aux Halles, rue de l'Ancienne Gare. Sa mère habite à Strasbourg, mais elle l'a mis dehors et ne souhaite plus le prendre en charge. P.H. est dans un fauteuil roulant et a de gros problèmes de santé (plaies sur les jambes, diabète). Il ne demande rien et manifeste un refus de prise en charge et d'hébergement.

M. J.C., 50 ans, à la rue depuis des années, sans lieu fixe, a une forte dépendance à l'alcool, et des problèmes de santé importants. Très vulnérable, J.C. a été agressé plusieurs fois. Il a élu aujourd'hui domicile à l'hôpital de Hautepierre.

M. P., environ 45 ans, à la rue depuis plusieurs années, son addiction est importante. En errance continuelle, il a du mal à marcher à cause de problèmes de santé. Aujourd'hui, il va régulièrement à la PASS la Boussole pour se doucher et avoir des soins. Il regagne chaque soir un lit qui lui est réservé dans un centre d'hébergement d'urgence aux Remparts.

M. A., environ 25 ans, père de 2 enfants, en rupture familiale depuis 5 ans, polytoxicomane, son état de santé est très dégradé, il exprime ce soir-là une grande souffrance en disant : « vous, vous avez peur de mourir, et nous on a peur de vivre ».

Mme C., la cinquantaine, rencontrée plusieurs fois le soir avec son fils de 17 ans, errant en centre-ville, sans demande particulière hormis un café et de l'écoute. Nous les avons quelques fois raccompagnés à leur appartement. La mère est complètement démunie, face à un fils souffrant de troubles du comportement. La situation sociale et matérielle semble précaire, et les amène parfois à faire la manche.

M. H. 49 ans, à la rue depuis presque 2 ans, atteint d'un cancer ; il a accepté deux hospitalisations, puis est retourné à la rue « pour profiter d'être encore dehors » comme il disait... Il est décédé un matin d'avril, sous le pont de Saint-Paul, où il avait récemment rejoint deux compagnons de rue.

M. C., 46 ans, à la rue depuis plus de 10 ans, combien de fois l'avons-nous trouvé par terre, anéanti par l'alcool et cette vie d'errance... Nous l'avons soigné, changé, accompagné vers un hébergement... parfois il évoquait et chantait son Nord natal... deux de ses enfants ont découvert à son décès la réalité de sa vie dans les rues de Strasbourg.

M. R., 49 ans, après un samedi entier passé dans une des rues les plus passantes de Strasbourg à faire la manche : « Vous êtes les premières personnes à me regarder et à m'adresser la parole ».

M. W., 40 ans, de nationalité anglaise, sans passé, sans histoire et sans famille. Arrivé en 2003, à Strasbourg. W. a une pathologie psychiatrique, diagnostiquée lors d'un séjour en hôpital Psychiatrique, et vit dans le centre-ville, sous un arrêt de bus, en attendant que les « soucoupes volantes » viennent le chercher. W., sans suivi ni traitement, solitaire mais parfois provocant envers les passants, refuse tout hébergement et soins.

Tableau 87 : Principales pathologies diagnostiquées chez les patients sans logement (% en colonne)

	Patients sans logement	Autres patients	p			
	%	%				
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagnostiquées <sup>164</sup>						
Infections respiratoires supérieures	12,2	10,0	**			
Angoisse-stress-troubles somatiques	8,9	6,6	***			
Symptômes et plaintes du système digestif	7,8	8,4	ns			
Infections respiratoires inférieures	6,9	3,8	***			
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,8	6,4	ns			
Autres diagnostics du système digestif	6,5	7,7	*			
Affections dents-gencives	5,8	4,6	**			
Autres diagnostics locomoteurs	5,8	7,3	**			
Autres pathologies cutanées	5,3	4,3	*			
Traumatismes	5,2	3,6	***			
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>165</sup>						
Courte durée	55,5	46,3	***			
Long ou moyen terme	44,0	51,0	***			
Détail de quelques pathologies						
Pathologies psychiatriques (psychoses)	1,4	0,7	**			

## Médecins du Monde auprès des personnes vivant à la rue ou en squats

Le logement est un droit fondamental. Pourtant, de nombreuses personnes n'y ont toujours pas accès.

En 2007, près de 40 programmes spécifiques sont menés par les équipes de Médecins du Monde auprès de personnes à la rue ou mal logées dans 20 villes différentes.

- Consultations médico-sociales dans la rue, tournées de rue : Ajaccio, Angoulême, Le Havre, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nice, Paris, Poitiers, Strasbourg, Toulouse, Valenciennes
- Consultations médicales auprès des personnes sans domicile accueillies dans une structure « lits halte soins santé »<sup>166</sup>: Bordeaux, Grenoble, Lyon, Strasbourg
- Consultations médico-sociales en partenariat avec ou dans d'autres associations (Restos du cœur, Armée du salut, Boutiques Abbé-Pierre, Secours catholique, Aides, Point écoute santé jeune, ...): Bordeaux, Grenoble, Le Havre, Lyon, Metz, Montpellier, Nancy, Nantes, Toulouse, Valenciennes, Saint-Denis de La Réunion
- Consultations médico-sociales dans des centres d'hébergement d'urgence : Lyon, Metz, Nantes, Nice, Toulouse
- Interventions socio-sanitaires dans les squats : Angoulême, Bordeaux, Paris, Calais
- Equipe mobile de santé mentale : Marseille

Les équipes ont comptabilisé plus de 21 000 contacts auprès de personnes à la rue.

<sup>164</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=12 054).

<sup>165</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=9 409).

<sup>66</sup> Désengagement en cours des équipes

# Les personnes sans domicile

### Focus sur l'action de l'équipe de Lyon : suivi médicosocial des femmes accueillies dans les lits de repos et permanences médico-psychologiques à la Péniche auprès des populations de rue marginalisées

Extrait du rapport d'activité 2007 de Lyon<sup>167</sup>

## \* 7 Lits de repos en partenariat avec l'Armée du Salut, dans un CHRS<sup>168</sup> du 6° arrondissement de Lyon

Les personnes accueillies souffrent de problèmes de santé suffisamment sérieux pour qu'un suivi médical soit nécessaire. Elles sont confrontées dans le même temps à de multiples difficultés, principalement à la précarité de leur hébergement et de leur situation administrative.

#### En 2007, 14 femmes ont été accueillies dans les lits de repos.

Les médecins, infirmières et travailleurs sociaux de MDM s'y rendent une demi-journée par semaine (le mardi pour les médecins et le vendredi pour les travailleurs sociaux).

Cette année encore, nous relevons les mêmes caractéristiques chez les femmes accueillies : personnes en grande incurie, femmes migrantes en grande précarité. Chaque situation nécessite des prestations adaptées et un travail en réseau (Veille sociale, Cimade, ALS etc.). Aucune de ces femmes n'a fait le choix de venir aux lits de repos. Notre équipe (médecins, infirmières et travailleurs sociaux) les accompagne dans leur parcours de vie, avec leur histoire, leur maladie, leurs souffrances et leurs espoirs.

L'équipe médicale (médecins et infirmiers) assure le suivi médical des patientes à lourd passé pathologique : suites opératoires, affections médicales aiguës et chroniques. Les travailleurs sociaux de MDM interviennent dans le soutien social. Ils ont la lourde tâche de trouver des solutions de sortie lorsque les médecins estiment que l'état de santé de ces femmes ne nécessite plus leur maintien en lits de repos.

#### Témoignage d'un médecin de l'équipe :

Le cas de K. illustre la nécessaire collaboration médecins-infirmiers-travailleurs sociaux :

Mme K., jeune sénégalaise de 27 ans, a été traitée pour une affection maligne utérine par radiothérapie à haute dose à Dakar. Son père et son compagnon ayant été tués au cours d'émeutes en Casamance, elle a fui son pays et est arrivée à Lyon. Après de longs mois de galère dans les rues de Lyon, elle a été admise aux lits de repos de l'Armée du salut. L'équipe médicale du Caso a décelé de nombreuses lésions par irradiation. Une intervention chirurgicale est venue à bout de tout cela. Actuellement, elle a quitté les lits de repos et vit en studio thérapeutique.

On remarque une augmentation de la durée de séjour dans les lits de repos pour l'année 2007. En effet, 8 femmes sont restées plus de 6 mois contre 4 en 2006, 4 femmes sont restées entre 3 et 5 mois, 2 femmes sont restées 2 mois. Le contexte actuel freine l'accès à l'hébergement et/ou au logement. Les CHRS, qui travaillent vers un accès ou un retour vers le logement autonome, sont saturés. L'accès au logement, qu'il soit du domaine privé ou social, est de plus en plus difficile voire impossible.

D'autre part, les femmes accueillies sont dans des situations administratives complexes. L'obtention d'un titre de séjour effectif (carte de séjour temporaire d'un an) est soumise à des délais de 6 à 9 mois selon les situations. Les personnes ne disposent que de récépissés valables 3 mois. Après l'obtention de la carte de séjour, se pose toujours la question du renouvellement... Ces facteurs nuisent à la sortie des lits de repos. .../...

La sortie des lits de repos est un moment difficile pour ces femmes, car les peurs et les doutes qui ont pu être atténués pendant le séjour peuvent réapparaître. C'est pourquoi ce travail se fait en étroite collaboration entre la personne concernée, les équipes de l'Armée du salut et MDM. C'est uniquement lorsque l'état de santé de la personne est suffisamment stabilisé qu'une nouvelle orientation peut être envisagée. Parfois la sortie intervient de manière impromptue et imprévisible (problèmes administratifs antérieurs qui resurgissent, non-adhésion au projet d'accompagnement). C'est grâce au travail en réseau que l'on arrive à trouver des solutions pérennes d'hébergement.

Chaque femme est unique, chaque parcours est différent, il n'existe donc pas « une » solution possible de sortie. Après un temps plus ou moins long de prise en charge et d'accompagnement, nous essayons de les aider à retrouver l'envie, la force de continuer à avancer et à piloter leur vie, redevenir actrices de leur projet de vie…

#### \* La Péniche

Lieu d'accueil de jour, la Péniche travaille à la recréation de liens sociaux avec les personnes en grande précarité. MDM y assure des permanences médico-psychologiques.

Cette année encore, les hommes forment le groupe majoritaire des « passagers » rencontrés sur la péniche : 414 pour 22 femmes. Le nombre total de personnes rencontrées a été de 436, contre 590 en 2006. La plupart des « passagers » reviennent plusieurs fois vers l'équipe médicale. La baisse des soins infirmiers dénote une meilleure couverture maladie des personnes rencontrées, qui se rendent plus fréquemment dans les structures hospitalières pour ces soins.

Les interventions de MDM à la Péniche forment une action à part. Les gestes de soins prodigués relèvent avant tout du rétablissement d'un lien social en prenant soin de l'autre et en l'engageant à prendre soin de soi. Jeunes ou moins jeunes, les personnes de passage ont en commun une vie faite de ruptures, d'errance et de désengagement social qui tendent à les rendre invisibles. Beaucoup peuvent prétendre à l'ouverture de droits qu'elles ne font pas toujours valoir, comme en attestent les 64 personnes dépourvues de toute couverture maladie.

#### Témoignage d'une psychologue de l'équipe :

« La Péniche est un accueil de jour ouvert cinq après-midi par semaine et aussi le dimanche pendant le plan froid. 40 à 80 « passagers » y passent à chaque fois : les personnes viennent se mettre à l'abri, boire un café, jouer aux cartes ou au scrabble, mais le plus souvent on y vient pour discuter ou se glisser incognito dans l'ambiance.

Seuls les médecins, infirmiers ou psychologues sont détachés de MDM. La Péniche n'est pas un lieu de soin ou de réinsertion mais il est évident que le groupe y trouve un premier temps de reconnaissance et de sécurité fondamentale.

Cette année encore, on a noté la présence constante de passagers atteints de troubles psychiatriques graves (de l'ordre de la psychose) qui n'ont pour certains aucun suivi extérieur, mais qui viennent d'eux-mêmes se poser dans le groupe. Je continue à assurer une fois par semaine une présence de psychologue mais en proposant assez peu d'entretiens individuels même si cela reste une possibilité. Je reste en effet persuadée que le travail psychique le plus important dans ce lieu est celui que propose le groupe en permettant aux passagers de s'appuyer entre eux, ou sur les salariés ou sur les bénévoles. La liberté est donnée à chacun de choisir son interlocuteur pour parfois raconter des bribes de sa vie réelle ou fantasmée. La difficulté est de maintenir la circulation des liens en veillant au respect de chacun, y compris en ne faisant pas intrusion pour les plus fragiles. Le groupe aide à gérer des mouvements de joie ou de tristesse, parfois de colère, ce qui est très important quand on est dans la galère quelles qu'en soient les raisons. »

## Les personnes concernées par une demande d'asile

## Les points essentiels

- 26 % des étrangers hors Union européenne sont concernés par une demande d'asile en 2007.
- La majorité (71 %) a déjà déposé une demande d'asile ; parmi eux, seuls 4 % ont été reconnus réfugiés, les autres sont soit déboutés (36 %), soit en cours de procédure (60 %).
- Les demandeurs d'asile sont plus fréquemment des hommes, ils sont également plus jeunes. Ils sont originaires essentiellement d'Afrique subsaharienne (37 %) ou d'Europe hors UE (35 %); les Algériens sont cependant les plus nombreux (12,6 %), juste devant les Russes et les Tchétchènes (11,6 %).
- Près de 70 % des demandeurs d'asile connaissent de grosses difficultés de logement (46 % ont un logement précaire, 23 % aucun logement), y compris ceux dont la procédure est en cours ; par ailleurs, près de 78 % de ceux qui ont déposé leur demande n'ont aucuns droits ouverts à la couverture maladie.
- 4 190 consultations médicales ont été dispensées à des demandeurs d'asile (soit environ 2 par patient). Les problématiques de santé des demandeurs d'asile sont fortement marquées par la souffrance psychique, en lien très probablement avec les violences subies dans le pays d'origine et le stress du parcours migratoire et de l'exil.

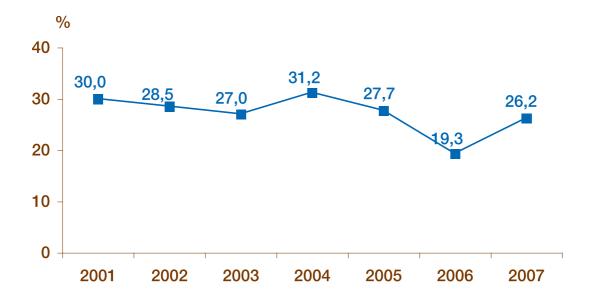
Plus du quart des étrangers (originaires d'un pays hors UE) reçus en 2007 sont concernés par une demande d'asile.

La part des demandeurs d'asile n'est qu'en apparente augmentation par rapport à 2006 où elle se situait autour de 19 % (tableau 88, figure 30). En effet, la proportion de demandeurs d'asile est calculée sur la base du nombre de patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne. Or les ressortissants roumains et bulgares (plus de 3 000 patients) qui en 2006 étaient comptabilisés hors UE sont désormais intégrés dans les pays de l'UE. Si l'on calcule la part des demandeurs d'asile en intégrant les Roumains et les Bulgares, comme en 2006, celle-ci se situe toujours autour de 19 %.

Tableau 88 : Evolution du nombre et de la proportion des demandeurs d'asile de 2001 à 2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	30,0	28,5	27,0	31,2	27,7	19,3	26,2
Effectif	5 810	5 137	3 480	4 514	4 059	2 677	2 379

Figure 30 : Evolution de la part des demandeurs d'asile de 2001 à 2007



La situation administrative des personnes concernées par une demande d'asile est rappelée dans le tableau 89. Environ 71 % des étrangers concernés par une demande d'asile ont déjà déposé leur demande, les autres ont l'intention de le faire.

Les patients qui ont déjà déposé leur demande sont le plus souvent en attente d'une 1<sup>re</sup> convocation à l'Ofpra<sup>169</sup> (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'asile, la moitié des étrangers concernés indiquent qu'ils sont arrivés en France trop récemment. De fait, ils n'ont simplement pas encore eu le temps de déposer les dossiers. 92 % d'entre eux sont effectivement en France depuis moins de 3 mois. Pour les autres, l'obstacle est lié à la difficulté d'entreprendre les démarches.

Pour 20 % d'entre eux enfin, la demande d'asile est bloquée en attente du déroulement de la procédure Eurodac<sup>170</sup>.

Tableau 89 : 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 <sup>re</sup> 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	Demandeurs d'asile dont la procédure est en cours					
Hébergés en Cada	26,0	152				

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

<sup>169</sup> Office français de protection des réfugiés et apatrides

<sup>170</sup> 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'incomberait plus à la France mais à cet autre Etat.

#### Caractéristiques sociodémographiques

Près de 6 étrangers sur 10 concernés par une demande d'asile sont des hommes, proportion plus élevée que parmi les autres étrangers (53 %), ils sont également en moyenne plus jeunes (32 ans vs 35 ans). Comme les années précédentes, l'Ofpra relève une féminisation de la demande d'asile en général : 36,5 % en 2007 contre 35,8 % en 2006. Cette augmentation est à mettre en parallèle avec la progression de l'octroi de la protection subsidiaire pour laquelle les femmes sont majoritaires (56 %).

Les demandeurs d'asile rencontrés à Médecins du Monde sont originaires pour l'essentiel d'Afrique subsaharienne (37,2 %) ou d'Europe hors UE (34,8 %), un peu moins souvent du Maghreb (15,8 %), on ne relève pas de différence très marquée entre les hommes et les femmes sur ce plan-là.

L'Algérie reste cependant la nationalité la plus représentée parmi les demandeurs d'asile, juste devant les ressortissants de Russie/Tchétchénie (figure 31).

Les pays d'origine des demandeurs d'asile varient assez peu par rapport aux années précédentes.

La présence en France des demandeurs d'asile est pour beaucoup très récente : 44 % environ résident en France depuis moins de 3 mois (vs 27 % des autres étrangers), 60 % depuis moins d'1 an.

**Autres** 36,1% **Algérie** 12,6% Pérou 2,6% Cameroun Russie-Tchétchénie 2,7% 11,6% Guinée 2.8% Angola Rép démocratique du Congo 2,9% 6,1% Soudan 3.0% Ex-Yougoslavie\* 5,8% **Turquie** 3.0% Arménie Congo Brazzaville \* Bosnie, Croatie, Macédoine, 5,3% 5.5% Serbie, Monténégro, Kosovo

Figure 31 : Répartition des patients concernés par une demande d'asile selon la nationalité

Selon l'Ofpra, en 2007, la Serbie est devenu le premier pays de provenance des demandeurs d'asile avec une augmentation de 3 % par rapport à l'année précédente. Il s'agit en réalité de personnes originaires du Kosovo appartenant dans leur majorité à la communauté albanaise. Parmi les 10 principaux pays de provenance, 6 sont orientés à la hausse, notamment le Bangladesh (+59 %), la Russie (+29 %), l'Arménie (+21 %). Les demandes turques et algériennes poursuivent leur baisse observée ces dernières années. Une attention particulière doit être accordée à la demande russe (d'origine tchétchène) qui est devenue le troisième flux de l'année 2007 avec une nette accélération au cours du dernier trimestre de l'année.

## Situation des pays dont sont originaires les personnes concernées par une demande d'asile rencontrées dans les Caso.

Selon l'Ofpra, les motifs évoqués par les Algériens demeurent inchangés : craintes à l'égard des groupes islamiques armés (pour les membres des forces de sécurité, les commerçants, les convertis au christianisme), à l'égard des autorités (pour les journalistes et pour les cadres de l'administration ou d'entreprises confrontés à des malversations ou trafics d'influence), ou encore dans la sphère privée et familiale (pour les femmes et homosexuel(le)s). .../...

La demande russe est toujours composée à 80 % de Tchétchènes ou de demandeurs originaires du Nord-Caucase. La part des familles reste importante et l'Opfra note un flux régulier de femmes seules accompagnées de leurs enfants qui font état de la disparition de leur époux (décédé ou emprisonné). L'Ofpra note une légère augmentation du nombre de jeunes hommes, âgés d'une vingtaine d'années, envoyés hors de Tchétchénie par leurs parents, sans doute pour éviter la guerre, qui dure maintenant depuis 1999.

En 2007, l'actualité congolaise (RDC) a été marquée par de violents affrontements entre différents groupes dans plusieurs régions du pays. En république du Congo (Congo-Brazza), les demandeurs font état d'un engagement politique personnel dans les partis d'opposition.

Concernant l'ex-Yougoslavie, les demandeurs viennent essentiellement de Serbie, dont la grande majorité est originaire du Kosovo, les autres sont Albanais du sud de la Serbie ou des Rroms installés dans différentes régions du pays. Ils évoquent des menaces reçues pour divers motifs souvent très anciens, comme des accusations de collaboration. Beaucoup disent avoir été victimes d'agressions physiques par des hommes armés, en raison de liens personnels, professionnels ou commerciaux avec des voisins serbes. Les Rroms évoquent de mauvaises conditions de vie, les discriminations incessantes ou les agressions dont ils sont victimes.

Dans une grande majorité de cas, les ressortissants arméniens évoquent toujours des craintes de persécutions en raison de leur origine azérie, ou des origines azéries de leurs proches ou de leurs parents. La demande turque ne connaît pas d'évolution notable et est toujours composée au moins à 80 % de demandeurs d'origine kurde.

Concernant le Soudan, la quasi-totalité des demandes émane de personnes originaires du Darfour, principalement d'ethnies africaines, qui ont fui les massacres et/ou ont été accusées de soutenir la rébellion.

#### Lettre écrite par un jeune garçon de 14 ans, Rrom du Kosovo

Rrom du Kosovo, ce jeune de 14 ans est arrivé en France avec sa famille en 2004. La famille a été prise en charge par une association pendant deux ans, à son arrivée à Strasbourg. Déboutée du droit d'asile, la prise en charge n'a pu se poursuivre. Médecins du Monde a rencontré pour la première fois cette famille sur un terrain de Strasbourg le 22 août 2007. Ce jeune a transmis cette lettre à Médecins du Monde.



(...) je suis né au Kosovo, je suis arrivé en France avec ma famille à l'âge de 12 ans. Je suis en France depuis 2004. J'ai été forcé de quitter le Kosovo avec les membres de ma famille, pour des raisons de sécurité. Je suis avant tout un enfant, je veux [témoigner] pour moi même donc de ma personne, aussi que mes petites sœurs portent en elles la souffrance vécue au Kosovo. Je suis seul face à tous mes problèmes et aussi pour ce qui concerne les démarches. Mes parents ne savent ni lire ni écrire en français. Si je m'adresse à vous, c'est pour avoir du soutien et de l'aide pour ma famille et moi-même. Moi-même, j'ai vécu des choses affreuses, des choses pas faciles que je ne peux oublier. Je n'oublierai pas les cris de ma mère et de mes sœurs. J'ai tant souffert que mon cœur est brisé à jamais, tout le mal que j'ai vécu là-bas. Ma tête ne se repose plus en paix, je ne peux retourner dans mon pays, car il n'y a plus de place pour moi et ma famille. Il nous reste que les yeux pour pleurer. Je prie tous les soirs Dieu pour qu'il nous vienne en aide. SVP, écoutez nos cris, donnez-moi une petite chance de pouvoir enfin avoir le droit de rester en France et de continuer l'école, pour ce qui est plus tard mes études et enfin vivre en paix car au Kosovo, il n'y aura plus jamais de paix pour nous, à part de mauvais souvenirs qui ne s'effaceront jamais. Je n'ai pas eu beaucoup de chance ici en France, je peux retrouver le bien autour de moi. Si vous nous demandez de repartir au Kosovo, je crains le pire pour moi et ma famille, car de l'autre côté je ne sais pas ce qui nous attend. SVP, écoutez la parole d'un enfant. J'ai déjà trop perdu, même de mes proches, des amis. Nous souhaitons moi et mes sœurs avec mes parents, nous souhaitons rester unis, car j'ai déjà vu des enfants séparés de leurs parents. Le temps passe, les souvenirs restent gravés à jamais, et j'espère retrouver le sourire moi, mes petites sœurs et mes parents, sachez que vous êtes notre seul espoir. Mes salutations les plus sincères envers vous. »

#### Logement et lien social

Plus des deux tiers des étrangers concernés par une demande d'asile connaissent de grosses difficultés de logement, plus importantes encore que l'ensemble des autres étrangers : 46 % environ sont en situation de logement précaire et 23 % n'ont aucun logement (tableau 90).

Les demandeurs d'asile bénéficient de quelques droits, notamment le logement en centre d'accueil des demandeurs d'asile (Cada), ou l'allocation temporaire d'attente pendant la durée d'instruction de leur demande pour ceux qui ne sont pas hébergés en Cada (ces derniers touchent une allocation mensuelle de subsistance tenant compte de la composition familiale)<sup>171</sup>.

Dans les faits, les trois quarts des demandeurs d'asile reçus à MDM et dont la procédure est en cours (recours en cours ou attente d'une première convocation à l'Ofpra) ne disposent pas d'un hébergement en Cada. Nous rappelons qu'au 31 décembre 2007, le dispositif national comprenait 20 410 places dans 260 et quelques centres Cada; et on estime que 46 % des demandeurs d'asile étaient hébergés dans ces centres d'accueil (ils n'étaient toutefois que 27% à être hébergés en 2005...)<sup>172</sup>.

## Rappelons les obligations des Etats membres de l'Union européenne en matière d'accueil des demandeurs d'asile.

Elles sont notamment précisées par la directive 2003/9/ CE du Conseil du 27 janvier 2003 relatives à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les Etats membres.

« L'efficacité des systèmes d'accueil nationaux en matière d'accueil des demandeurs d'asile devrait être assurée. »

« Les Etats membres prennent des mesures relatives aux conditions matérielles d'accueil qui permettent de garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs. » Les conditions matérielles d'accueil sont définies comme suit : « Les conditions d'accueil comprenant le logement, la nourriture et l'habillement, fournis en nature ou sous forme d'allocation financière ou de bons, ainsi qu'une allocation journalière. »

Le champ d'application de cette directive est défini pour « tous les ressortissants de pays tiers et apatrides qui déposent une demande d'asile à la frontière ou sur le territoire d'un Etat membre tant qu'ils sont autorisés à demeurer sur le territoire en qualité de demandeurs d'asile, ainsi qu'aux membres de leur famille... »

D'autre part, 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 ».

Ce texte organise la prise en charge de l'hébergement.

Par ailleurs, elle précise que « les demandeurs d'asile et les réfugiés relèvent en premier lieu du droit commun de l'aide sociale applicable au terme de l'article 186 du Code de l'aide sociale et de la famille applicable à l'ensemble des étrangers se trouvant sur le territoire. A ce titre, ils bénéficient des prestations de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide sociale en cas d'hébergement dans un CHRS ».

L'article L221-1 du Code de l'aide sociale et des familles stipule que « le service de l'aide sociale à l'enfance est chargé [...] d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, [...], confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre », sous réserve que l'aide soit nécessaire à la santé, la sécurité, l'entretien ou l'éducation de l'enfant et que le demandeur n'ait pas de ressources financières suffisantes. L'article L 222-3 précise que l'aide peut comporter des aides financières soit sous forme de

secours exceptionnels soit sous forme d'allocations mensuelles.

171 L'allocation temporaire d'attente est d'un montant de 10,38 € par jour et par adulte (majeur), soit un peu plus de 300 euros pour une personne seule ou un peu plus de 600 euros par couple, qu'ils aient ou non des enfants mineurs. Attribuée sous condition de ressources, l'allocation temporaire d'attente est versée par les Assedic. Les personnes hébergées en Cada, dont les ressources sont inférieures à un niveau fixé par arrêté, bénéficient d'une allocation mensuelle de subsistance servie par le Cada pour leur permettre de subvenir à des besoins essentiels non couverts par l'établissement. Le montant de l'allocation, qui peut être versée selon une périodicité hebdomadaire, est fixé par le même arrêté, sur la base d'un barème prenant en compte les ressources des intéressés, la composition familiale des ménages accueillis, ainsi que la nature des prestations offertes par le centre d'hébergement. Il correspond à la différence entre le plafond applicable et les ressources éventuelles dont dispose l'intéressé.

172 Projet de loi de finances 2008.

Tableau 90 : Situation des demandeurs d'asile vis-à-vis du logement (% en ligne)

		Situation du logement							
	Fi	Fixe		Précaire		gement			
	%	n	%	n	%	n			
Etrangers demandeurs d'asile	31,2	723	45,8	1 061	23,0	534			
Autres patients étrangers	44,5	5 910	35,0	4 650	20,5	2 732			
Etrangers demandeurs d'asile									
dont									
Demande d'asile non déposée	27,1	184	47,8	324	25,1	170			
Procédure en cours	25,4	229	48,9	440	25,7	231			
Débouté(e)	43,4	234	40,1	216	16,5	89			
Reconnu(e) réfugié(e)	35,9	23	39,1	25	25,0	16			

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Le statut de demandeur d'asile permet l'ouverture de droits à l'assurance maladie sans condition préalable de durée de séjour et donne droit à la CMU complémentaire sur critère de ressources.

Si l'on détaille les droits à la couverture maladie des demandeurs d'asile selon l'état d'avancement de leur démarche, on observe que les patients dont la procédure est en cours et qui devraient bénéficier de la sécurité sociale avec CMU complémentaire (sur critères de ressources) ne sont que 17 % à disposer de droits ouverts (tableau 91). Pour certains, il s'agit sans nul doute des délais nécessaires à la demande des droits et à l'obtention des attestations.

La situation des patients reconnus réfugiés est meilleure de ce point de vue mais ils restent cependant majoritaires à n'avoir aucuns droits ouverts.

Quant aux autres patients, et notamment ceux qui n'ont pas pu déposer leur demande d'asile, ils sont pour la plupart sans couverture maladie puisqu'ils doivent fournir leur attestation de demande d'asile au moment du dépôt de la demande de couverture maladie (et ce en particulier pour être exonérés de la condition de résidence de 3 mois préalable à toute demande d'affiliation).

Tableau 91 : Droits à la couverture maladie des étrangers concernés par une demande d'asile (% en ligne)

	Droits Sécu/ CMU ouverts		Droits AME ouverts		Aucuns droits ouverts	
	%	n	%	n	%	n
Etrangers demandeurs d'asile	12,7	246	6,3	123	81,0	1 573
dont						
Demande d'asile non déposée		0	3.9	17	96,1	415
Demande déposée	15,8	237	7,1	106	77,6	1 158
Etrangers ayant déposé leur demand	de d'asile					
Procédure en cours	17,0	136	3,0	24	80,0	639
Débouté(e)	11,0	57	14,7	76	74,3	385
Reconnu(e) réfugié(e)	33,9	21	3,2	2	62,9	39

Interrogés sur les principaux obstacles à l'accès aux soins qu'ils rencontrent, 30 % des étrangers demandeurs d'asile mettent en avant leur méconnaissance de leurs droits et du système sanitaire (vs 28 % des autres étrangers), 27 % citent l'obstacle linguistique (vs 21 %) et 25 % les difficultés administratives (vs 23 %).

Parmi les personnes en cours de procédure d'asile, elles sont près de 65 % à avoir besoin d'une domiciliation pour l'ouverture des droits. Et 86 % d'entre elles en ont obtenu une, le plus souvent auprès d'une association.

## La prise en charge d'un enfant de 2 ans retardée par de fabuleuses chicanes administratives.

Témoignage de l'équipe de Cayenne :



Mme S. est en cours de demande d'asile depuis mai 2007, elle a un petit garçon de deux ans et trois mois. Elle vient au Caso pour trois raisons : la première est que son fils a une infection des voies respiratoires depuis une semaine avec fièvre et toux, la seconde est que, suite à la demande de CMU base et complémentaire qu'elle a faite elle-même mi-juillet 2007 (soit depuis moins de 2 mois), elle reste sans nouvelle, et enfin, la PMI de Rémire-Montjoly n'accepte pas de prendre en charge son fils.

Sur le premier point, son fils et elle-même sont reçus en consultation médicale et une prescription est remise pour l'enfant. Ils reviendront nous voir à 8 reprises pour des consultations et soutiens. Nous lui expliquons également que l'instruction de sa demande de CMU est en cours et que le délai légal maximum est de trois mois. Cependant, Mme S. n'a pas reçu le récépissé de dépôt de demande de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS). Nous l'invitons donc à se déplacer physiquement pour l'obtenir. Mais, le 23 octobre 2007, elle revient une fois passé le délai légal et n'a pas obtenu la couverture maladie pour elle et son enfant. Nous la soutenons donc pour constituer le dossier de demande pour elle et son fils et l'orientons vers la CGSS le 30 octobre 2007. Elle reçoit cette fois-ci le récépissé. Elle obtient finalement son attestation mi-décembre 2007 mais son fils n'a pas été pris en compte comme ayant droit et ne figure pas sur l'attestation. Nous la soutenons alors pour une demande de rattachement qui n'aboutit pas dans un premier temps. L'agent lui aurait expliqué que ce n'était pas possible pour son fils car il a moins de trois ans et n'est pas né en France. C'est seulement lorsqu'un accompagnement est organisé le 7 janvier 2008 que la demande de rattachement est prise en compte.

Parallèlement, elle nous a expliqué que le personnel de la PMI les a une première fois refusés et orientés vers la mairie de Rémire-Montjoly pour obtenir un carnet de santé. Chose faite, un rendez-vous a été fixé avec la PMI au 7 août 2007. Lorsqu'elle s'y présente, on lui dit qu'ils ne peuvent pas être pris en charge car elle et son fils n'ont pas de couverture maladie. L'infirmière bénévole qui assurait la consultation de prévention l'a donc orientée vers la PMI de Cayenne sur la base de sa domiciliation au Secours catholique. Mais là, elle s'est vu refuser la prise en charge de son fils car son carnet de vaccination n'était pas traduit en français. Elle revient vers nous et nous la réorientons en précisant sur la lettre d'orientation que la traduction n'est absolument pas requise. Cette fois-ci, le refus se base sur la non-validité de la domiciliation du Secours catholique. Finalement, c'est en contactant directement le médecin de la PMI que nous réussissons à faire que son fils soit pris en charge le 14 décembre 2007 par la PMI (suivi vaccinal, prévention des handicaps, etc.), presque 8 mois après leur arrivée du Pérou.

#### Les problématiques de santé

En 2007, 4 190 consultations médicales ont été délivrées à 2 128 étrangers concernés par une demande d'asile (soit près de 2 consultations par personne comme pour l'ensemble des autres patients). Leurs principaux problèmes de santé sont détaillés dans la figure 32 et le tableau 92.

De façon générale, les demandeurs d'asile se démarquent nettement des autres patients par une fréquence plus élevée des troubles psychiques qui sont mentionnés chez ces patients dans 17 % des cas contre 12,5 % chez les autres patients : il s'agit le plus souvent de troubles anxieux et de stress, ou de syndromes dépressifs. Les plaintes digestives (résultat de consultation le plus fréquent parmi les demandeurs d'asile) sont également souvent présentes dans des contextes de souffrance psychique.

Cette souffrance psychique est bien sûr à rapprocher des situations violentes ou des conflits qui ont poussé ces étrangers à fuir leur pays : rappelons que près de 40 % des étrangers demandeurs d'asile déclarent avoir été personnellement victimes de situations violentes et en particulier d'agressions physiques et de violences psychiques.

Rappelons que d'autres patients ne citent pas la peur dans laquelle ils ont vécu dans leur pays d'origine et que ces questions à fort potentiel de décompensation ne sont pas facilement abordées au premier entretien. Poser des questions qui remuent tant de souffrance suppose qu'on ait un dispositif de soutien/prise en charge immédiate.

Le Comede indique que plus de la moitié des demandeurs d'asile présentent des antécédents de violence au pays d'origine et un quart des antécédents spécifiques de torture<sup>173</sup>.

Un certificat médical destiné à la procédure d'asile a été délivré pour 21 % des patients. La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais 1 % de ces demandeurs d'asile relèvent d'une chirurgie de réparation. Le risque de psychotraumatisme grave est 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus élevé lorsque cette violence a pu être qualifiée de torture. En effet, le taux de prévalence de psychotraumatisme grave est proche de 10 % dans cette population 174.

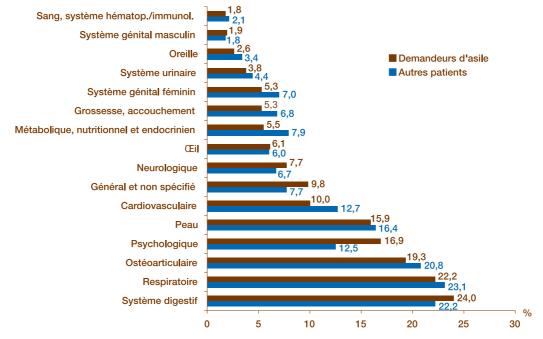
## Les certificats médicaux pour les demandeurs d'asile à Marseille, à Nice et au Havre : comment prouver le malheur ?

Depuis 2005, l'équipe MDM de Marseille a mis en place une action médicale spécifique pour l'établissement de certificats médicaux détaillés, sur la base des récits de vie des demandeurs d'asile. C'est également le cas de l'équipe de Nice et du Havre.

L'objectif est d'aider les personnes à prouver les séquelles psychiques et physiques dont elles sont atteintes, suite aux traumatismes vécus dans leur pays d'origine. Cela prend toute son importance lorsqu'on sait que la très grande majorité des premières demandes à l'Ofpra aboutit à un refus, dont les motifs se résument, de manière récurrente, au jugement suivant : « le demandeur n'a pas pu prouver de manière convaincante les faits allégués... » Le certificat médical peut justement aider à étayer des demandes d'asile qui, même si elles réunissent les éléments justifiant une réponse positive, ont été rejetées par l'Ofpra. Il vient compléter le dossier de recours, en argumentant sur un plan strictement médical ce qui a été présenté à l'Ofpra, et en faisant une description aussi précise que possible des altérations physiques et psychiques présentées par le demandeur d'asile.

En 2007, les équipes de médecins de Marseille et du Havre ont réalisé chacune près de 30 certificats médicaux<sup>175</sup>.





<sup>173</sup> La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2007, Comede.

 <sup>174</sup> Pour en savoir plus, se référer au mémoire du Dr Carole Dromer : « 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.
 175 L'équipe de Nice n'est pas en mesure de donner le nombre de certificats médicaux établis du fait de difficultés à établir un recueil de données précis par manque de ressources.

Tableau 92 : Principales pathologies diagnostiquées chez les étrangers concernés par une demande d'asile (% en colonne)

	Etrangers concernés par une demande d'asile	Autres patients	р
	%	%	
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagn	ostiquées <sup>176</sup>		
Symptômes et plaintes du système digestif	11,4	7,9	***
Infections respiratoires supérieures	11,3	10,7	ns
Angoisse-stress-troubles somatiques	11,0	6,8	***
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,9	6,3	ns
Autres diagnostics du système digestif	6,3	7,5	ns
Autres diagnostics locomoteurs	6,1	6,9	ns
Syndrome dépressif	5,7	3,1	***
Syndrome dorso-lombaire	4,9	5,5	ns
Hypertension artérielle	4,7	7,2	***
Affections dents-gencives	4,2	5,0	ns
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>177</sup>			
Courte durée	50,0	49,1	ns
Long ou moyen terme	44,9	49,9	**
Détail de quelques pathologies			
Souffrance psychique	9,2	5,0	***

Pour entreprendre le parcours migratoire, les personnes sont généralement en bonne santé apparente. C'est une fois sur le sol français qu'elles découvrent leurs problèmes de santé.

Rappelons l'importance de proposer systématiquement des bilans de santé comme le font le Comede ou le programme MDM mené auprès des familles demandeuses d'asile à Paris, la mission Cafda<sup>178</sup>.

## Consultation d'accueil sanitaire et d'orientation auprès des familles demandeuses d'asile à Paris : la mission Cafda.

Depuis 5 ans, Médecins du Monde intervient au sein de la Cafda à Paris, en assurant une consultation d'accueil sanitaire et d'orientation auprès des familles demandeuses d'asile primo-arrivantes. Cette mission a pour objectifs d'informer les familles demandeuses d'asile sur le dispositif de soins en France et de les accompagner au travers d'entretiens médicaux vers des dépistages ciblés<sup>179</sup>.

Nombre de consultations et nationalités des familles reçues par Médecins du Monde :

En 2007, Médecins du Monde a reçu en consultation **346 familles**, soit 57 % des familles reçues à la Cafda, pour un total de **935 personnes**, et effectué **1 181 consultations** (-3 % par rapport à 2006).

La population reçue est essentiellement originaire d'Europe de l'Est (54 %) ou d'Afrique subsaharienne (21 %).

Le groupe des Européens est constitué pour 89 % des ressortissants des pays de l'ancien bloc de l'Est, le pays le plus représenté étant la Tchétchénie (51 %), suivi de la Russie (16 %) et de l'Arménie (12 %), 11 % sont des ressortissants de l'ex-Yougoslavie.

Nous avons rencontré 12 familles venant de Roumanie et 4 familles de Bulgarie.

<sup>176</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=13 595).

<sup>177</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=10 570).

<sup>178</sup> La Cafda (Coordination d'accueil des familles demandeuses d'asile) est un service destiné aux familles demandeuses d'asile à Paris, mis en place par le Centre d'Action sociale protestant en août 2000, à la demande de l'Etat, pour pallier les carences majeures dans ce domaine.

<sup>179</sup> Le rapport d'activité 2007 est disponible sur demande à la Coordination Mission France (01 44 92 13 32) cmf@medecinsdumonde.net ou directement à la mission mdmcafda2@yahoo.fr

Le groupe originaire d'Afrique subsaharienne est principalement constitué des ressortissants du Congo Brazzaville et de RDC (37 % pour ces deux pays), du Nigéria (14 %) et de la Guinée (12 %). L'Asie est représentée majoritairement par le Sri Lanka, la Mongolie et le Bengladesh. Le Maghreb est représenté principalement par l'Algérie.

#### Composition des familles :

Les familles rencontrées sont composées en moyenne de 2,7 personnes par famille. Nous avons été en contact avec 56 % de femmes et 44 % d'hommes, 54 % des patients étaient majeurs et 46 % mineurs (38 % des mineurs ont moins de 5 ans).

- 186 couples avec enfant(s) dont 53 grossesses en cours
- 137 mères seules avec enfant(s) dont 44 grossesses en cours
- 21 pères seuls avec enfants
- 2 fratries sans parents

Dans 21 familles, nous retrouvons d'autre(s) membre(s) de la famille : tante, oncle, grand-mère.

#### Les femmes enceintes :

97 femmes enceintes ont été reçues dont 53 étaient en couple et 44 étaient isolées. Leur âge médian est de 26 ans. A noter que 10 femmes enceintes ont moins de 20 ans. La moitié d'entre elles viennent d'Europe et 31 % d'Afrique subsaharienne.

#### Hébergement:

58 % des familles sont hébergées à Paris ; 42 % sont hébergées dans des hôtels de banlieue (91, 92, 93, 94, 95, 77) contre 25 % en 2006. A noter que 7 % des familles reçues en consultation à Médecins du Monde étaient hébergées en lointaine banlieue (grande couronne). On constate une augmentation de l'hébergement en banlieue (particulièrement pour les grandes familles) au détriment de Paris. Cela tient au fait que la préfecture a ordonné en 2007 un grand nombre de fermetures d'hôtels sur Paris et contrôle de près le taux d'occupation des hôtels existants.

#### Bilans sanguins prescrits:

Concernant les adultes vus en consultation (501) :

- 60 % se sont vu prescrire une NFS, une sérologie VIH, une sérologie des hépatites B et C;
- 57 % une radiologie pulmonaire;
- 46 % une glycémie à jeun.

Concernant les adolescents (entre 15 et 17 ans) vus en consultation (37) :

- 11 se sont vu prescrire une NFS;
- 9 une sérologie VIH et VHC;
- 10 des sérologies VHB et VHC;
- 8 une radiologie pulmonaire;
- 7 une glycémie à jeun ;
- et 1 personne un examen parasitologique des selles.

Le bilan de dépistage devrait être proposé systématiquement à tous les adultes et au cas par cas aux adolescents. Dans le cas où un résultat est positif pour l'un des parents (séropositivité au VIH par exemple), le médecin est amené à demander un bilan aux enfants de la famille quel que soit leur âge.

Mais tous les adultes n'acceptent pas le dépistage ou une partie du dépistage (beaucoup de réticences face au VIH ou à la radiologie pulmonaire...); certains ont déjà consulté ailleurs et ne veulent pas refaire une prise de sang.

Concernant les femmes enceintes, elles sont référées directement dans une maternité et le bilan n'est pas demandé puisqu'il sera fait plus tard lors du suivi de la grossesse (nous n'obtenons pas de retour des maternités).

D'autre part, certaines personnes vues en urgence (28 notées) et adressées soit vers une PASS soit vers une consultation de médecine générale, n'ont pas eu de bilan prescrit lors de la consultation. Certains médecins prescrivent une partie seulement du bilan.

Cela explique les disparités de chiffres concernant les différents items du bilan.

#### Sérologies VIH, hépatites et bilans biologiques

(Résultats positifs/nombre de tests pratiqués)

- VIH: 3 / 231 = 1,3 %
- VHB (AgHBs+): 10 / 229 = 4,4 %
- VHC : 10 / 219 = 4,6 %
- NFS anormale : 20 / 229 = 8,7 %
- Glycémie à jeun anormale : 13 / 169 = 7,7 %

.../...

Les personnes concernées par une demande d'asile

Les personnes séropositives au VIH sont un homme et deux femmes venant d'Afrique subsaharienne (Nigéria, Guinée et Cameroun).

Sur les 10 personnes porteuses de l'AgHBs+, 6 sont des hommes et 4 des femmes. Cinq viennent d'Europe (Monténégro, Tchétchénie, Azerbaïdjan et Roumanie), quatre d'Asie (Afghanistan, Chine et Mongolie) et un d'Afrique (Congo Brazza).

Les personnes séropositives au VHC sont majoritairement originaires d'Europe de l'Est. Une personne vient d'Irak et une autre du Sri Lanka.

#### **Tuberculose**

Sur 200 radiographies pulmonaires pratiquées, 8 radios étaient anormales dont 2 cas confirmés de tuberculose pulmonaire. Les 2 personnes sont originaires de Tchétchénie et du Bengladesh.

Accueil des demandeurs d'asile en France : vivre à 4 avec 40 euros par mois et souffrir de la faim.

Témoignages de la mission Cafda sur les conditions de vie des demandeurs d'asile :



Famille M., 2 adultes et 2 enfants (6 et 8 ans), Russes, arrivés en France mi-septembre 2007. Ils sont en procédure Dublin II donc sans possibilité de départ en Cada, ni d'obtention de l'allocation temporaire d'attente. Ils vivent en hôtel à Issy-les-Moulineaux (92). Ils peuvent cuisiner à l'hôtel. Ils ne reçoivent aucune aide financière du département. Les enfants sont refusés à la cantine car « les 2 parents ne travaillent pas ». Le courrier fait à la mairie à ce propos est toujours sans réponse mi-décembre... La campagne des Restos du cœur ne commence que le 3 décembre. Donc, entre mi-septembre et début décembre, cette famille de 4 personnes « tient » avec 1 colis alimentaire Cafda par semaine (pas de produits frais) et 10 chèques service/mois (soit 40 euros/mois) donnés par leur travailleur social à la Cafda.

Famille A., 2 sœurs venant du Nigeria. L'aînée a 27 ans et la cadette est mineure (14 ans). Logées à l'hôtel à Villiers-le-Bel (95). Aucunes ressources. N'ont pas dit qu'elles n'avaient rien à manger, n'osent pas, donc ne mangent pas...

C'est lors de la consultation médicale et de la découverte d'une sérologie VIH positive chez la plus jeune qu'elles le disent au médecin. Elles seront changées d'hôtel et reviennent sur Paris.





## Les étrangers en situation administrative précaire

## Les points essentiels

- En 2007, 72 % des étrangers devant justifier d'un titre de séjour n'en possèdent pas et sont en situation administrative précaire. Cette population est cette année en diminution en raison de l'entrée de nouveaux pays dans l'UE (Roumanie et Bulgarie), pays dont les ressortissants devaient être dispensés de titre de séjour. En cours d'année, la situation a changé et il a fallu qu'ils justifient d'un travail régulier ou de ressources suffisantes pour être en situation régulière.
- Ces patients sont en moyenne plus jeunes et plus souvent de sexe masculin. Plus de 60 % sont originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb, ils résident en France majoritairement depuis plus d'un an.
- Leurs conditions de logement sont pour la majorité d'entre eux très difficiles et restent marquées par la précarité même lorsque la durée de séjour en France est importante.
- Les droits à la couverture maladie sont rarement ouverts (11 % de ceux qui devraient en bénéficier), 10 % n'ont aucun droit en raison du critère de stabilité de résidence de 3 mois en France.
- 2 763 consultations médicales ont été réalisées auprès d'étrangers en situation administrative précaire, soit 2 par personne. Les affections les plus fréquemment mentionnées chez ces patients sont digestives, ils souffrent également plus souvent que les autres patients de diabète ou d'hypertension artérielle. Plus de la moitié d'entre eux nécessitent un suivi et une prise en charge médicale d'au moins 6 mois.

# Rappel du flou juridique de 2007 concernant les ressortissants communautaires, désormais considérés en situation irrégulière, s'ils sont pauvres et inactifs au-delà de 3 mois passés en France.

L'année 2007 est une année de transition. En effet alors que l'entrée dans l'Union européenne de la Roumanie et de la Bulgarie devait entraîner un séjour autorisé pour les ressortissants de ces 2 pays, faisant alors considérablement baisser le taux d'étrangers en situation administrative précaire, le gouvernement français a décidé de transcrire une directive européenne provoquant un net recul des droits (ce qui n'est jamais obligatoire si les conditions octroyées dans un pays X sont plus favorables que la directive).

C'est ainsi qu'au cours de l'année 2007, d'abord avec un paragraphe de la loi sur le droit au logement en mars puis dans la transcription de la directive le même mois, puis par la parution d'un point CMU de la Cnam en août et enfin d'une circulaire ministérielle en novembre, le droit des communautaires a changé du tout au tout.

En effet, avant toutes ces manœuvres provoquées, il faut bien le reconnaître, par l'arrivée des Rroms roumains dans l'Union européenne, les communautaires jouissaient en France à peu près des mêmes droits (sauf le vote) que les Français.

Désormais, il faut justifier d'un travail régulier ou de ressources suffisantes pour obtenir un droit au séjour, passé les 3 mois de libre circulation prévus par l'espace Schengen. Il a donc fallu changer les textes relatifs aux soins urgents qui stipulaient que les ressortissants .../...

Les étrangers en situation administrative précaire

européens ne pouvaient pas être concernés puisqu'ils étaient forcément en situation régulière et relevaient donc, eux, de l'assurance maladie.

Nous avons donc vu apparaître petit à petit des personnes qui se croyaient en situation régulière et ne l'étaient pas, sans que qui ce soit y comprenne quelque chose, d'autres qui avaient demandé la CMU se la voyaient refuser ou obtenaient l'AME, d'autres qui n'obtenaient rien, d'autres enfin qui relevaient encore des anciens textes. Cette confusion générale a bien entendu entraîné des confusions dans nos propres recueils de données et ce d'autant plus qu'aucune explication ou consigne nationale ne pouvait valoir.

Ces modifications n'ont été appliquées sur tout le territoire qu'après août 2007 laissant entretemps chaque préfecture et Cpam agir selon ses habitudes. C'est ainsi que la Coordination Mission France, soutenue par Adeline Toullier de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (désormais juriste à Aides), a organisé des enquêtes régulières tout au long de 2007 pour suivre la réalité de l'accès aux droits des ressortissants européens. Notons qu'aujourd'hui la situation est si complexe en droit, avec des dispositions spécifiques applicables aux ressortissants britanniques ou belges que les personnes en charge de rédiger les instructions n'arrivent pas elles-mêmes à les expliquer sans s'y perdre (constat de réunions interministérielles). On peut alors imaginer combien les personnes elles-mêmes s'y perdent, et bien évidemment l'ensemble des travailleurs sociaux et bénévoles associatifs...

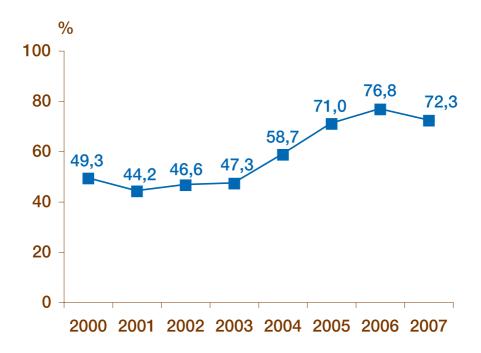
En 2007, environ 72 % des étrangers reçus dans les Caso devant justifier d'un titre de séjour pour résider en France n'en possédaient pas.

Les années 2004 mais surtout 2005 et 2006 ont connu une très forte augmentation des étrangers en situation administrative précaire, cette population marque une légère décroissance cette année, évolution attribuable à l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne (tableau 93, figure 33).

Tableau 93 : Evolution du nombre et de la proportion de patients en situation administrative précaire de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	49,3	44,2	46,6	47,3	58,7	71,0	76,8	72,3
Effectif	7 697	7 914	6 544	6 086	8 564	10 855	11 312	8 472

Figure 33 : Evolution de la proportion de patients en situation administrative précaire de 2000 à 2007



#### Caractéristiques sociodémographiques

Les étrangers dépourvus de titre de séjour sont plus fréquemment de sexe masculin que les autres étrangers (55,6 % vs 51,3 %), ils sont également en moyenne plus jeunes (36 ans vs 39,6 ans).

Deux groupes continentaux regroupent plus de 60 % des patients en situation administrative précaire : l'Afrique subsaharienne (31,1 %) et le Maghreb (30,7 %), 16 % proviennent d'Europe hors UE.

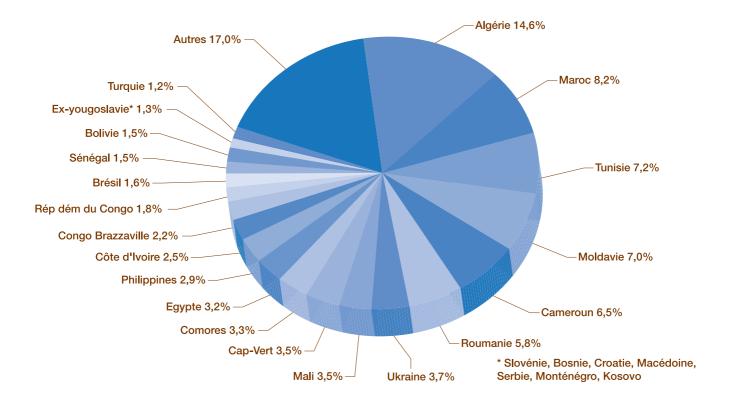
Si l'on s'intéresse aux nationalités les plus représentées (figure 34), on observe que ce sont les ressortissants du Maghreb qui sont les plus nombreux, suivis des Moldaves et des Camerounais.

On note également la présence de ressortissants de l'Union européenne parmi les étrangers en situation administrative précaire et notamment de Roumains.

En effet, au-delà d'une durée de résidence de 3 mois en France, les ressortissants de l'UE, au même titre que les étrangers hors UE, doivent (courant 2007) justifier d'une autorisation de séjour, autorisation qui n'est accordée que si la personne peut justifier d'un travail régulier ou de ressources suffisantes.

Les personnes qui ne remplissent pas ces conditions sont donc considérées « en situation irrégulière ».

Figure 34 : Répartition par nationalité des étrangers en situation administrative précaire



Beaucoup d'étrangers en situation administrative précaire vivent en France de façon durable. En effet, 54 % d'entre eux sont présents depuis au moins 1 an, 32 % depuis 3 ans ou plus. Notons que près de 5 % d'entre eux vivent en France depuis plus de 10 ans.

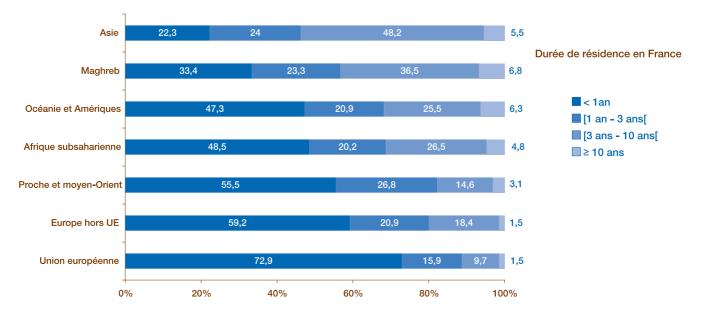
L'ancienneté de la présence en France n'est cependant pas homogène et varie de façon importante selon le pays d'origine des patients (figure 35). En effet, en ce qui concerne les Européens, de nombreux allers- retours sont signalés par ces personnes qui sont parfois installées depuis des années en France mais dont la date administrative d'entrée n'est que la dernière.

Les ressortissants d'UE résident majoritairement en France depuis moins d'un an, de même mais dans une moindre mesure que les Européens hors UE.

A l'opposé, les étrangers originaires d'Asie et du Maghreb comptent les durées de résidence en France les plus importantes.

Les étrangers en situation administrative précaire

Figure 35 : Durée de résidence en France des étrangers en situation administrative précaire selon le groupe continental d'origine



#### Logement et lien social

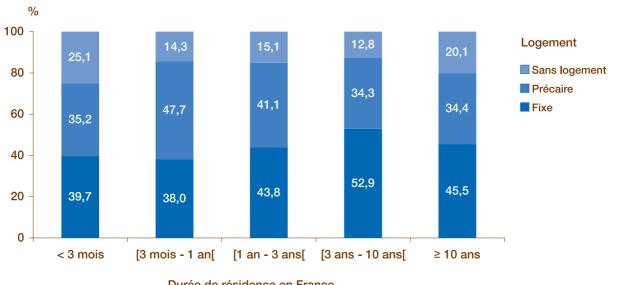
Les étrangers en situation administrative précaire sont majoritairement en difficulté de logement : 40 % vivent dans un logement précaire et 16 % sont à la rue (tableau 94).

Tableau 94 : Situation des étrangers en situation administrative précaire vis-à-vis du logement (% en ligne)

	Situation du logement						
	Fixe		Précaire		Sans logement		
	%	n	%	n	%	n	
Etrangers en situation administrative précaire	43,8	3 653	40,2	3 350	16,0	1 331	
Autres patients étrangers	43,7	2 262	30,6	1 580	25,7	1 328	

Les conditions de logement s'améliorent très peu au cours du temps et restent pour beaucoup extrêmement précaires même après une durée de résidence en France importante. Ainsi, parmi les étrangers dépourvus de titre de séjour présents en France depuis au moins 3 ans, la part des patients vivant dans un logement précaire se situe toujours autour de 34 % alors que 13 à 20 % sont encore à la rue (figure 36). La précarité des ressources découlant de l'impossibilité de travailler de façon légale, associée à la précarité du logement confinent ces populations dans des situations d'extrême fragilité.

Figure 36 : Logement des étrangers en situation administrative précaire selon leur durée de résidence en France



#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Tout étranger pouvant justifier d'une présence ininterrompue de 3 mois en France doit bénéficier théoriquement d'une couverture maladie. Le dispositif destiné aux étrangers en situation administrative précaire est l'Aide Médicale d'Etat.

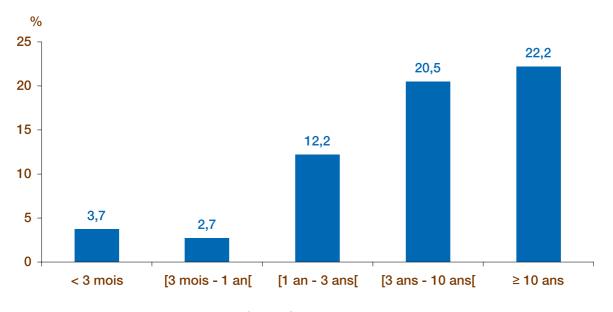
Les étrangers dépourvus de titre de séjour reçus dans les Caso de MDM en 2007 sont environ 90 % à pouvoir bénéficier d'une couverture maladie, dans les faits ils ne sont que 11 % à disposer de droits ouverts lorsqu'ils sont vus pour la première fois (tableau 95).

Comme pour les conditions de logement, la situation s'améliore avec le temps mais là aussi de façon très partielle. Les étrangers en situation administrative précaire ne sont ainsi que 20 à 22 % à avoir des droits ouverts même après 3 années ou plus passées en France (figure 37).

Tableau 95 : Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie des étrangers en situation administrative précaire (% en ligne)

	%	n
Droits théoriques		
Relèvent de l'AME	89,7	6 792
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence	10,3	781
Droits effectifs parmi les patients ayant des droits théoriques		
Ouverts	11,0	730
Non ouverts	89,0	5 928

Figure 37 : Proportion d'étrangers en situation administrative précaire disposant de droits ouverts à la couverture maladie selon leur durée de résidence en France



Durée de résidence en France

Le tout premier obstacle à l'accès aux soins des étrangers en situation administrative précaire repéré par les accueillants de Médecins du Monde est la nécessité d'une domiciliation administrative qui concerne plus de la moitié d'entre eux (contre 44 % des autres étrangers). Parmi eux, 86 % n'en disposent pas lorsqu'ils sont reçus à MDM.

Le besoin de domiciliation ne concerne pas que les « primo-arrivants » en France, le tiers des patients en situation administrative précaire présents en France depuis au moins 3 ans sont également en butte à ce problème et très majoritairement (79 %) dépourvus de domiciliation lorsqu'ils se présentent à MDM. Par ailleurs, interrogés sur les autres obstacles à l'accès aux soins qu'ils rencontrent le plus fréquemment, ils citent en premier lieu la méconnaissance de leurs droits et du dispositif de soins (31 %), puis les difficultés administratives (26,5 %), dont l'impossibilité de justifier des 3 mois de présence ininterrompue, et l'obstacle lié à l'absence de droits effectivement ouverts (22 %). Il s'agit le plus souvent de droits non renouvelés.

Rappelons qu'il est à peu près aussi complexe d'obtenir le renouvellement des droits que leur ouverture : il faut à nouveau tout prouver, la suspicion de non-droit reste présente. De plus, il faut taper juste dans le petit créneau qui est ouvert pour le renouvellement des droits : trop tôt on vous renvoie, trop tard aussi.

## Il est installé en France depuis 2005, mais n'en a aucune preuve. Témoignage de l'équipe de Nice :



Un monsieur capverdien de 38 ans atteint du VIH. Il est installé en France depuis 2005 mais n'en a aucune preuve. Il est hospitalisé durant 3 semaines pour sa pathologie. Cette hospitalisation est prise en charge dans le cadre des soins urgents. Sa belle-sœur vient nous voir dès sa sortie d'hospitalisation avec une ordonnance de trithérapie, des examens de laboratoire à faire ainsi que des soins infirmiers à domicile. Notre assistante sociale se met en contact avec les services hospitaliers et une solution est trouvée auprès de la pharmacie et du laboratoire de l'hôpital. Reste le problème des soins à domicile. Après de très nombreux coups de fil, nous trouvons un infirmier libéral qui accepte la prise en charge à domicile et à titre gratuit de ce patient en attendant que sa date d'hospitalisation prouve ses 3 mois de présence en France et qu'enfin nous puissions faire une demande d'AME.

Des patients expriment également la crainte d'être dénoncés ou arrêtés par la police, et préfèrent ne pas se rendre chez un médecin ou à l'hôpital.

#### Peur d'aller vers les structures de soins malgré une urgence Témoignage de l'équipe de Saint-Denis :



Enfant R. I., née le 10 janvier 2001 au Mali, arrivée en France avec sa maman le 15 novembre 2007. Mardi 18 décembre, en fin d'après-midi, une jeune femme accompagnée de sa petite fille handicapée, en fauteuil roulant, vient au Caso pour une consultation. Elles sont arrivées en France il y a un mois. Nous nous occupons d'elles en priorité car la petite semble terriblement souffrir, elle pleure continuellement, une plainte sans fin. Elle est très agitée. Désemparée, l'accueillante essaie de faire un dossier social mais devant la souffrance de l'enfant et la difficulté de comprendre ce que dit la mère, elle complétera le dossier lors d'une prochaine visite.

C'est le Dr A. qui les prend en charge. Notre inquiétude est grande car la mère nous dit que son enfant pleure sans arrêt depuis plusieurs jours. La petite n'a que 6 ans et en raison de son handicap ne parle pas. Il est donc difficile de comprendre ce qui se passe. La mère expose le problème au médecin : la petite a eu une méningite à la naissance, elle en garde comme séquelles une hydrocéphalie et est porteuse d'un cathéter qui permet de drainer le liquide céphalo-rachidien. L'enfant est traitée par Depakine® car elle fait fréquemment des crises convulsives. Ces dernières sont pluriquotidiennes actuellement.

Le médecin pense à un dysfonctionnement du cathéter qui entraîne une hypertension intracrânienne, source de douleurs invalidantes.

Lorsque nous demandons à sa maman pourquoi elle n'est pas allée aux Urgences, elle nous dit que c'est parce qu'elle a peur. Peur de sortir, de se faire arrêter et reconduire dans son pays avec son enfant malade. Son entourage lui a conseillé de ne pas sortir et de ne surtout pas se rendre à l'hôpital. C'est donc en désespoir de cause qu'elle est venue à MDM sur les conseils d'un ami. Devoir supporter pendant trois jours les pleurs incessants d'une enfant qui visiblement souffre énormément parce que l'on a peur de se faire arrêter, telle est la situation de cette femme. On peut imaginer son désarroi et sa propre souffrance. .../...

Le Dr A. appelle les Urgences de l'Hôpital Necker. Devant la description de la pathologie et des symptômes actuels, le médecin qu'il a au téléphone ne manifeste aucune hésitation et affirme que l'enfant sera prise en charge dès son arrivée. L'enfant est attendue le plus rapidement possible.

#### Les problématiques de santé

Les étrangers en situation administrative précaire ont bénéficié en 2007 de 12 763 consultations médicales pour 6 375 patients différents, soit 2 consultations par patient (vs 1,9 consultations parmi les l'ensemble des patients).

Un recours tardif aux soins a été constaté par les médecins pour environ 13 % d'entre eux venus consulter en 2007 (vs 9,8 % des autres étrangers) (tableau 96). On observe de plus que lorsque les droits à la couverture maladie ne sont pas ouverts, le retard aux soins est sensiblement plus fréquent.

Tableau 96 : Retard de recours aux soins des patients selon leur situation administrative et l'état des droits à la couverture maladie

	Recours tar	dif aux soins
	%	n
Etrangers en situation administrative précaire	12,9	486
Autres patients étrangers	9,8	341
Droits à la couverture maladie des étrangers en situation administrative	e précaire :	
Ouverts	9,1	12
Non ouverts	13,4	268

Les affections les plus fréquemment diagnostiquées parmi les étrangers en situation administrative précaire sont en premier lieu des pathologies ou des symptomatologies digestives, devant les infections respiratoires supérieures et des troubles locomoteurs (figure 38, tableau 97).

Les pathologies à potentiel de gravité rencontrées dans cette population sont essentiellement infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose) du fait d'une forte prévalence dans les pays d'origine. Ces pathologies sont méconnues par les patients lors de leur venue en France, elles sont souvent asymptomatiques avant d'arriver à un stade avancé.

Selon les observations du Comede, parmi les patients atteints du VIH, 94 % d'entre eux ne connaissaient pas le diagnostic au pays. De même, 91 % ne connaissaient pas le diagnostic de l'hépatite C et 94 % ne connaissaient pas celui de l'hépatite B.

Notons chez ces patients une fréquence plus élevée de l'hypertension artérielle et du diabète. Toutes ces pathologies demandent une prise en charge et un suivi régulier.

On observe d'ailleurs que plus de 53 % de ces patients nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme au regard des pathologies qu'ils présentent, exigence qui paraît difficile à tenir, compte tenu de leur situation sociale.

L'état de santé se dégrade avec le temps passé en France, aggravé par des conditions de vie précaires. C'est également le constat de l'enquête de la Drees sur les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat en contact avec le système de soins. Soumis à des conditions d'existence précaires, les bénéficiaires de l'AME sont nombreux à percevoir leur état de santé comme dégradé : un patient sur cinq se considère en mauvaise ou très mauvaise santé<sup>181</sup>.

#### En direct vers le centre de rétention.

Témoignage d'un médecin du Lotus Bus à Paris qui a fait un accompagnement à la préfecture pour une réponse à une demande de titre de séjour pour soins :



Résumé du RDV à la préfecture pour Mme D. janvier 2007 : RDV 14h30 nous passons à 16H.

La personne qui nous reçoit nous informe que la demande de carte de séjour pour maladie est refusée suite à l'avis défavorable donné par le médecin de la préfecture à l'analyse du dossier médical. Le diabète peut être traité en Chine. Une chinoise interprète de la préfecture fait la traduction. Ils demandent à Mme D. de signer l'avis de refus. Un peu abasourdie, elle demande à quoi cela l'engage de signer. "A rien" lui répond la femme qui lui dit que si elle ne veut pas signer, elle indiquera seulement qu'elle a refusé de signer et elle même apposera ses initiales pour attester qu'elle a pris note du refus. Ce qui est fait.

Suite à cela, elle sort un feuillet et explique que Mme D. va être placée en garde à vue et sera ensuite envoyée au centre de rétention administrative pour femmes de la Cité (4, quai de l'horloge). Elle a 48 heures pour faire appel et demander un recours gracieux au tribunal administratif. Un autre policier plus avenant explique que la Cimade est là-bas et va l'aider dans ses démarches, qu'elle peut appeler des amis pour qu'ils lui apportent des affaires, qu'elle a le droit de téléphoner et de demander un interprète, un avocat gratuit pour plaider son appel. Je soulève le problème médical, l'insuline dont elle a besoin. On lui dit que dès son arrivée, il faut qu'elle demande à voir le médecin pour qu'on lui donne des médicaments.

(L'interprète lui conseille de ne pas faire apporter ses médicaments, que le médecin les lui fournira, car certaines personnes ont été libérées très rapidement par crainte de problèmes de santé liés à l'incarcération). Je soulève le problème des soins payants en Chine, des 3 personnes de la famille de Mme D. décédées du diabète, par manque de moyens pour payer les soins... Le policier lui conseille d'apporter un dossier médical le plus complet possible et toutes les indications familiales pouvant plaider en sa faveur auprès du juge.

On en ressort avec l'impression d'être tombé dans le piège, ce que je ne manque pas de dire aux policiers et de leur indiquer que comme incitation à la régularisation, il y a mieux...

Figure 38 : Répartition par appareil des résultats de consultation des étrangers en situation administrative précaire et des autres patients

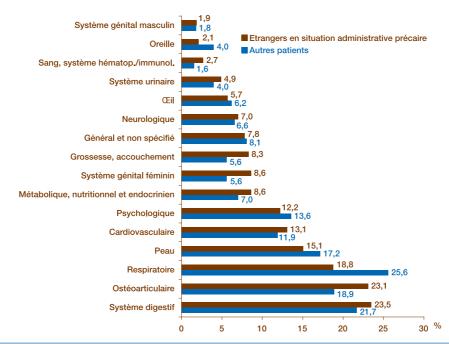


Tableau 97 : Principales pathologies diagnostiquées chez les étrangers en situation administrative précaire (% en colonne)

	Etrangers en situation administrative précaire	Autres patients	р
	%	%	
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagn	nostiquées <sup>182</sup>		
Autres diagnostics du système digestif	8,6	6,6	***
Symptômes et plaintes du système digestif	8,4	8,3	ns
Infections respiratoires supérieures	8,1	12,5	***
Autres diagnostics locomoteurs	7,8	6,2	***
Hypertension artérielle	7,3	6,7	*
Angoisse-stress-troubles somatiques	7,1	7,5	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,0	6,0	*
Syndrome dorso-lombaire	7,0	4,4	***
Grossesse et couches non pathologiques(1)	6,1	3,5	***
Diabète (insulinodépendant et non insulinodépendant)(2)	4,8	4,1	*
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>183</sup>			
Courte durée	44,5	52,2	***
Long ou moyen terme	53,2	46,7	***
Pathologie à potentiel de gravité <sup>184</sup>	27,0	24,7	**
dont			
Asthme	2,1	2,9	**
Syndrome de stress post-traumatique	1,0	0,6	**
Infection VIH, Sida	0,9	0,3	***
Tuberculose	0,5	0,2	**
Epilepsie	0,7	1,3	**
Hépatite virale	3,1	2,0	***
Diabète (insulino ou non insulinodépendant)(2)	6,1	5,3	ns
Certaines maladies cardiovasculaires	13,0	12,1	ns
Cancers	0,9	0,9	ns
Pathologies thyroïdiennes	1,1	1,1	ns
Tathologies triyrolaterines	• , •	.,.	110

<sup>&</sup>lt;sup>(1)</sup> L'item de la CISP « grossesse et couches non pathologiques » apparaît dans le tableau bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie.

<sup>&</sup>lt;sup>(2)</sup> Dans la première partie du tableau, le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=13 595). Dans la troisième partie, le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=10 570). C'est pourquoi, nous retrouvons des proportions légèrement différentes concernant le diabète par exemple, qui apparaît dans les deux analyses.

<sup>182</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=13 595).

<sup>183</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=10 570). 184 idem.

## Action médico-sociale auprès des personnes migrantes en transit dans le Nord-Pas-de-Calais

Extrait du rapport d'activité 2007185

En novembre 2002, la fermeture du centre d'hébergement de Sangatte, qui avait pour objectif de réduire le flux d'hommes et de femmes souhaitant rejoindre l'Angleterre en traversant clandestinement la Manche, a laissé la ville de Calais dépourvue de structures offrant une aide alimentaire, sanitaire ou médicale aux personnes en transit. Les personnes migrantes ont cependant continué d'affluer à Calais.

Alerté par un médecin de Calais, MDM a rapidement envoyé des médecins bénévoles pour assurer des consultations médicales auprès des personnes migrantes. Ces consultations avaient lieu de façon ponctuelle, à bord d'une camionnette spécialement équipée. Ce mode d'action a été abandonné fin 2003 en raison de l'exiguïté du lieu de consultation¹86. En outre, au vu de la pérennisation de la présence des personnes migrantes à Calais, ce type d'intervention d'« urgence » a été laissé de côté, au profit d'un mode d'intervention s'orientant vers le long terme. Entre fin 2003 et l'implantation de la mission Calais en mars 2005, MDM a apporté un soutien logistique à l'aide médicale mise en place localement par les bénévoles, en fournissant notamment des médicaments, et en assurant ponctuellement des consultations médicales.

La « mission Calais » de Médecins du Monde, portée par la délégation Île-de-France et la délégation Nord-Pas-de-Calais, a officiellement débuté en mars 2005, soit deux ans et demi après la fermeture du centre de Sangatte. Son objectif principal était de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes en transit à Calais, en tenant compte de leur présence transitoire sur le territoire français et de l'absence de droits sociaux qui en résulte. Elle consistait principalement à offrir une permanence de soins infirmiers et médicaux aux personnes migrantes, mais également à identifier et à mobiliser un réseau local, capable d'assurer leur prise en charge sanitaire (hôpital, médecins de ville, structures sanitaires publiques, etc.).

Le 5 décembre 2006, grâce au dossier construit par Médecins du Monde et Médecins sans Frontières et aux nombreuses rencontres préalables, la DDASS du Pas-de-Calais a ouvert une Permanence d'Accès aux Soins de Santé à l'hôpital de Calais, avec officiellement un médecin, une infirmière, une assistante sociale et un interprète, tous salariés. Avec l'ouverture de cette PASS, nous avons atteint l'objectif principal indiqué dans le projet initial, puisque désormais les migrants de Calais et les personnes en difficulté d'accès aux soins ont accès à une prise en charge médicale complète : soins infirmiers, consultations de médecine générale et hospitalisation. Cependant, plusieurs centaines de personnes migrantes sont installées dans des squats éloignés de Calais et n'ont toujours pas accès à des soins de santé : environ 80 dans le Dunkerquois, 50 près de Norrents Fontes... Aussi, depuis décembre 2006, sur la demande d'Emmaüs Dunkerque et du « Collectif migrants » de Dunkerque, nous assurons une veille sanitaire auprès des personnes migrantes du Dunkerquois, à raison d'une matinée de consultation médicale par semaine, ainsi qu'à Norrents Fontes où nous prenons en charge le traitement médical des personnes migrantes conduites chez des médecins de ville partenaires.

Du 10 avril 2007 au 27 novembre 2007, 34 interventions ont été effectuées et 535 consultations médicales ont été assurées, ce qui représente en moyenne 15,7 patients reçus chaque semaine. La quasi-totalité des patients est de sexe masculin. La moyenne d'âge est de 22 ans. Près de 22 % des personnes reçues en consultation se déclaraient mineures. Les Pakistanais, les Afghans et les Kurdes d'Irak représentent à eux-seuls 96 % des consultations. Les motifs de consultation les plus fréquents relèvent de la dermatologie, des troubles ORL et digestifs.

Les conditions de vie et d'accès aux soins sont difficiles : arrestations policières fréquentes, pas de distributions de nourriture quotidiennes, pas de douche, peu d'associations sur le terrain. Il n'existe pas de structure médicale capable d'assurer le suivi des migrants victimes de traumatismes, contrairement à Calais, où il y a désormais une PASS.

A l'initiative de la mission Calais, un projet de PASS mobile sur Dunkerque est à l'étude pour toucher les populations exclues des soins.



## Les ressortissants de l'Union Européenne (hors France)

## Les points essentiels

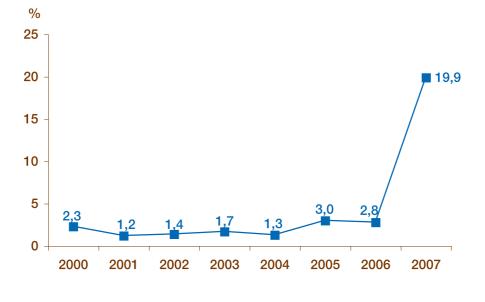
- Deux consultants sur dix en 2007 sont originaires de l'Union européenne. La forte augmentation de la part de ces patients constatée par rapport à 2006 s'explique par l'intégration des Roumains et des Bulgares parmi les communautaires, nationalités qui représentent désormais 85 % de ce groupe de patients.
- Les communautaires sont constitués de deux groupes assez distincts sur le plan de leurs caractéristiques :
  - les « nouveaux » communautaires (essentiellement Bulgares et Roumains) : il s'agit de patients souvent plus jeunes, plus fréquemment de sexe féminin, présents depuis peu en France ;
  - les « anciens » communautaires : ce sont des patients plus âgés, plus souvent de sexe masculin et présents en France depuis plus longtemps.
- La situation du logement des ressortissants d'UE est particulièrement dégradée : 37 % vivent dans un logement précaire, 42 % sont sans logement.
- Leurs droits à la couverture maladie sont très rarement ouverts : 30 % sont exclus de tout dispositif, ceux qui remplissent les conditions d'accès aux droits sont 92 % à n'avoir aucuns droits ouverts alors que leur situation pourrait le leur permettre.
- 6 062 consultations médicales ont été dispensées à des ressortissants d'UE (1,9 par patient). Les problématiques de santé sont dominées par les affections respiratoires (en particulier infectieuses) et digestives. 43 % d'entre eux nécessitent une prise en charge médicale d'au moins 6 mois.

Deux patients sur dix reçus en 2007 sont originaires de l'Union européenne.

L'augmentation très importante observée cette année est attribuable à l'ouverture de l'espace communautaire à la Roumanie et à la Bulgarie en 2007. La part des patients originaires de l'UE (19,9 %) retombe à 3,4 % si l'on ne tient pas compte de ces deux pays.

Tableau 98 : Evolution du nombre et de la proportion de patients originaires de l'Union européenne de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	2,3	1,2	1,4	1,7	1,3	3,0	2,8	19,9
Effectif	627	279	309	308	260	649	600	3 653



### Caractéristiques sociodémographiques

Les ressortissants d'UE, comme nous le verrons tout au long de l'analyse, ne constituent pas un groupe homogène. Plus de 85 % de ces patients sont soit roumains soit bulgares. Les autres nationalités les plus représentées, mais dans des proportions beaucoup plus faibles, sont les Polonais et les Portugais (figure 40). La répartition complète par nationalité est proposée dans le tableau 99.

Figure 40 : Répartition par nationalité des ressortissants d'Union européenne

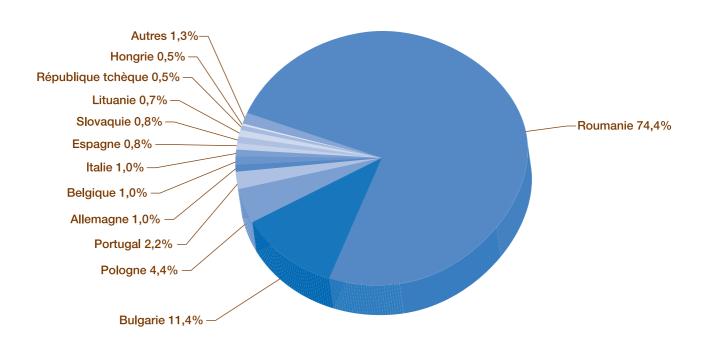


Tableau 99 : Répartition par nationalité des patients ressortissants d'Union européenne

	%	n
Roumanie	2 716	74,4
Bulgarie	415	11,4
Pologne	160	4,4
Portugal	79	2,2
Allemagne	38	1,0
Belgique	35	1,0
Italie	35	1,0
Espagne	29	0,8
Slovaquie	28	0,8
Lituanie	24	0,7
République tchèque	19	0,5
Hongrie	18	0,5
Royaume-Uni	13	0,4
Pays-Bas	12	0,3
Lettonie	8	0,2
Suède	4	0,1
Slovénie	4	0,1
Estonie	2	< 0,1
Autriche	1	< 0,1
Finlande	1	< 0,1
Grèce	1	< 0,1
Irlande	1	< 0,1
Luxembourg	1	< 0,1
Chypre	1	< 0,1
Malte	1	< 0,1
Autre (non déterminé)	7	0,2
Total	3 653	100,0

L'âge moyen des ressortissants d'UE est de 30,6 ans, nettement plus faible que parmi les étrangers hors UE (36 ans en moyenne).

Parmi les communautaires, la moyenne d'âge est également très variable : les Roumains et les Bulgares ont autour de 30 ans, les autres ressortissants d'UE ont 35 ans en moyenne (tableau 100).

On compte également une part plus élevée de femmes parmi les ressortissants européens, liée probablement aux Rroms (50 % vs 45 %).

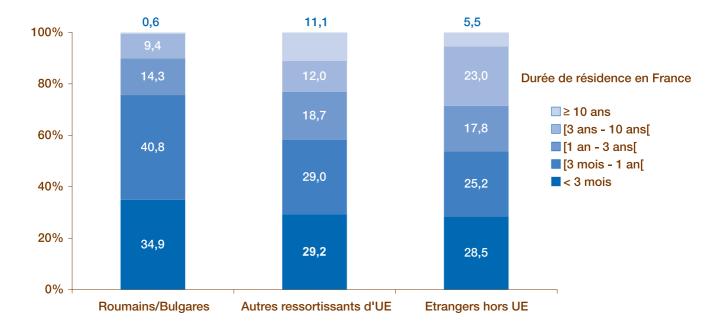
Tableau 100 : Répartition par âge des ressortissants d'UE selon la nationalité (% en colonne)

	Roumains - Bulgares		Autres ressortissants d'UE		Etrangers hors UE			
	%	n	%	n	%	n		
Classes d'âge								
Moins 18 ans	18,6	578	8,7	45	6,8	858		
18-29 ans	33,1	1 029	27,7	143	29,8	3 742		
30-44 ans	30,2	936	37,6	194	38,4	4 818		
45-59 ans	15,3	476	21,1	109	16,2	2 029		
60 ans et plus	2,8	87	4,9	25	8,7	1 088		
Age moyen (années)	29,8		35,1		35,9			

Les patients en provenance d'UE résident en France de façon récente pour la plupart (1 an en moyenne contre 2,6 ans pour les étrangers hors UE). Mais comme pour les autres caractéristiques présentées précédemment, la durée de séjour en France n'est pas homogène parmi les communautaires (figure 41). Plus des trois quarts des Roumains et des Bulgares résident en France depuis moins d'un an contre 58 % des autres ressortissants d'UE. En effet, pour rester en situation régulière (sans aucun droit autre que le séjour toutefois), les Européens ne peuvent pas dépasser les 3 mois de libre circulation Schengen. A l'opposé, 10 % des Roumains et Bulgares comptent une présence en France d'au moins 3 ans, ils sont

A l'opposé, 10 % des Roumains et Bulgares comptent une présence en France d'au moins 3 ans, ils sont 23 % parmi les autres communautaires et plus de 28 % chez les étrangers hors UE.

Figure 41 : Durée de résidence en France des patients étrangers selon la nationalité



#### Logement et lien social

Près de 80 % des ressortissants d'UE connaissent de graves difficultés de logement, fréquence beaucoup plus élevée que pour les étrangers hors UE : en effet, 37 % ne disposent que d'un logement précaire et 42 % n'ont aucun logement (tableau 101).

La situation des Roumains et des Bulgares, comme on peut le noter, est encore plus dégradée que celle des autres communautaires.

Enfin, 58 % des ressortissants d'UE déclarent avoir un ou plusieurs enfants (ils sont 47 % parmi les étrangers hors UE), tout particulièrement les Roumains et les Bulgares (62 % ont des enfants vs 38 % des autres communautaires).

Tableau 101 : Situation des patients de l'UE vis-à-vis du logement selon la nationalité (% en ligne)

		Situation du logement						
	Fixe		Précaire		Sans logement			
	%	n	%	n	%	n		
Ressortissants d'UE	20,4	702	37,2	1 276	42,4	1 454		
dont								
Roumains/Bulgares	18,0	530	40,3	1 186	41,7	1 228		
Autres communautaires	35,3	172	18,4	90	46,3	226		
Patients étrangers hors UE	48,7	5 931	36,4	4 434	14,9	1 808		

#### Parcours de vie d'un ressortissant allemand Témoignage recueilli par l'assistant social de Lyon :



G. a 64 ans, il est d'origine allemande, il fréquente le bus depuis plusieurs années. Il est arrivé en France il y a environ 17 ans. G. est toujours accompagné de son fidèle « Charlie », un vieux berger allemand. Auparavant, il a travaillé 23 ans en Grèce dans la marine marchande. Il a quitté son travail qui devenait trop pénible.

Puis il décide de retourner en Allemagne où il ne restera que quelques mois. G. rencontre alors une femme française avec qui il décide de s'installer à Paris. A ce moment-là, il ne travaille plus, ayant réussi à se constituer un petit pécule durant toutes ces années de dur labeur. .../...

Leur relation dure environ 3 ans, jusqu'au jour où G. quitte son amie et par-là même décide de quitter Paris.

Il a vécu très longtemps près de la mer, c'est donc très logiquement qu'il descend dans le Sud. D'abord Montpellier, Sète puis Marseille, Perpignan, puis il va près de l'Océan, Bordeaux, pour finir à Lorient. Pendant environ 7 ans, il naviguera de port en port, vivant de petits boulots trouvés auprès des marins-pêcheurs. Il n'aura jamais aucun contrat de travail, étant payé de la « main à la main ». Un beau jour, il quitte Lorient et débarque sur Lyon où il ne connaît personne et n'a aucun repère. Il se débrouille en faisant la manche, et en sollicitant le 115 pour obtenir un hébergement pendant de longs mois. Puis il commence à faire des connaissances, il est hébergé à droite à gauche. Au fil des rencontres, il fait connaissance d'une association qui l'aide à obtenir des droits sociaux (CMU, RMI), et l'accompagne pour obtenir un logement plus stable. C'est à partir de 2005 que l'on peut dire que G. « commence à exister » au regard de la société (Etat). Car jusqu'alors, il n'avait jamais eu de domiciliation, ni aucuns droits sociaux.

Grâce à cette rencontre, G. commence à se poser, il mène une vie tranquille, rythmée par les marchés, se faisant connaître dans son quartier et tissant des liens avec les commerçants. Même s'il bénéficie d'un logement grâce à une association, il continue à fréquenter le bus, pour discuter avec « ses amis de la rue » et échanger sur sa situation avec l'équipe de MDM. Il garde le lien avec ce lieu qui est pour lui un point d'ancrage.

Puis en septembre 2007, tout bascule. La CAF l'informe qu'il ne peut plus prétendre au RMI. En effet, une nouvelle loi instaure que les ressortissants communautaires (UE) ne peuvent plus bénéficier de cette allocation. Sauf si ils ont subi « un accident de la vie » (perte d'emploi causé par des problèmes médicaux ou personnels…).

G. se retrouve alors sans ressources, la CAF lui signale néanmoins qu'à partir de 65 ans il pourrait prétendre au minimum vieillesse... Encore 10 mois sans un sous ? Comment payer la participation au loyer ? Les factures ? Puis rien n'est sûr, il faut avoir un titre de séjour (plus ou moins obligatoire pour les Européens selon l'aide demandée...), or G. n'a qu'un passeport.

G. frappe à toutes les portes, il sollicite de l'aide de la part des collectivités et autres associations. La personne qui l'héberge lui permet de rester dans son logement à la condition de réussir à payer les factures. G. se débrouille, une aide par ci, il refait la manche. Il viendra alors plusieurs fois au Caso pour me rencontrer et m'expliquer ses difficultés. Nous le recevrons avec des partenaires de MDM, l'Alpil pour l'aspect du logement, la Cimade pour le titre de séjour et la possible retraite, qui semble être certainement le seul moyen pour que G. ait un minimum de ressources. Ce sera un long travail de recherche, car G. n'a plus aucun document concernant son travail déclaré, il en a peut-être chez sa sœur avec qui il n'a plus aucun contact...

Même si la tâche ne s'annonce pas facile, nous allons essayer d'aider G. autant que possible, car il a enfin pu poser son paquetage, il est arrivé « à bon port » et a « jeté l'ancre » ...

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Tous les ressortissants de l'Union européenne, sous réserve qu'ils satisfassent au critère de résidence stable et régulière, relèvent normalement du droit commun pour la couverture maladie lorsqu'ils résident en France. Cependant comme nous l'avons précisé précédemment dans le rapport, il a régné tout au long de 2007 un flou juridique concernant les droits des ressortissants d'UE, qui selon les régions et les pratiques des Cpam, relèvent soit de la CMU soit de l'AME.

Au-delà d'une durée de résidence de 3 mois en France, les ressortissants de l'UE au même titre que les autres étrangers doivent justifier d'une autorisation de séjour, autorisation qui n'est accordée que si la personne peut justifier d'un travail régulier ou de ressources suffisantes. Ainsi, les personnes qui ne remplissent pas ces conditions sont considérées en situation irrégulière et donc relèvent de fait du dispositif AME.

Les ressortissants européens reçus à MDM relèvent à peu près à parts égales soit de la CMU soit de l'AME, plus de 30 % sont écartés de tout dispositif de couverture maladie principalement en raison du critère de stabilité de résidence (tableau 102).

La situation des Roumains et des Bulgares apparaît de ce point de vue à nouveau particulière ; ils sont en effet plus de 35 % à relever de l'AME (vs 11 % des autres communautaires) et 31,5 % à être écartés de tout dispositif (vs 23 %). Si l'on considère les droits effectifs à la couverture maladie, on observe que très peu de ressortissants d'UE qui ont des droits théoriques disposent de droits ouverts : ils sont seulement près de 8 % contre 16,7 % des autres patients étrangers.

Tableau 102 : Droits à la couverture maladie des patients de l'UE selon la nationalité (% en colonne)

	Ressortissants UE		Etrangers hors UE			
	%	n	%	n		
Droits théoriques à la couverture maladie						
Relèvent de l'assurance maladie (CMU)	37,0	1 210	27,4	3 757		
Relèvent de l'AME	32,8	1 071	52,4	7 197		
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence	19,6	642	10,9	1 498		
Aucun droit possible	10,6	346	9,3	1 275		
Droits effectifs (parmi les patients disposant de droits théoriques)						
Ouverts	7,9	173	16,7	1 495		
Non ouverts	92,1	2 019	83,3	7 454		

L'obstacle majeur des communautaires comme pour beaucoup d'autres patients reste le besoin d'une domiciliation administrative qui concerne 70,4 % d'entre eux (vs 43 % des autres étrangers). Lorsqu'ils sont reçus dans les Caso, environ 84 % des ressortissants d'UE nécessitant une domiciliation n'en disposaient pas (vs 73 % des autres étrangers).

Les autres obstacles à l'accès aux soins cités par les communautaires sont comparables à ceux des autres patients si ce n'est qu'ils sont deux fois plus nombreux à évoquer la barrière linguistique (39 % vs 17 % des autres étrangers). Ce handicap concerne tout particulièrement les Roumains et les Bulgares qui sont 42 % à le citer.

## Par chance, malgré les aléas de couverture maladie, son état est resté stable. Témoignage de l'équipe de Lyon :



Mme a 47 ans, elle est originaire de Roumanie. Elle vit en France depuis 2001.

Au cours d'un dépistage systématique proposé au Caso, lui a été découverte une hépatite C. Le bilan fait en service spécialisé a montré une cirrhose importante du foie, et une co infection delta. Il y a eu des périodes de décompensation, et des périodes de rémission. Son état de santé nous a conduits à une demande de prise en charge DDASS pour le logement, afin qu'elle quitte la caravane insalubre dans laquelle elle vivait.

Début 2007, la dégradation de son état a amené à proposer une greffe hépatique. Les hospitalisations ont été plus nombreuses, puis en juillet elle a perdu, comme les autres citoyens européens, le droit à la CMU. Son dossier a été refusé par le chirurgien transplanteur du fait des conditions de vie en foyer, et du fait de l'absence de prise en charge au titre de l'assurance maladie. Par chance, malgré les aléas de couverture maladie, son état est resté stable.

En octobre, elle a retrouvé une couverture maladie, sous la forme d'une AME. A force de ténacité, et grâce à une autre association dont c'est le rôle, elle a enfin obtenu un logement décent, où elle peut vivre avec sa famille. Elle doit prochainement revoir le spécialiste, et rediscuter de la greffe.



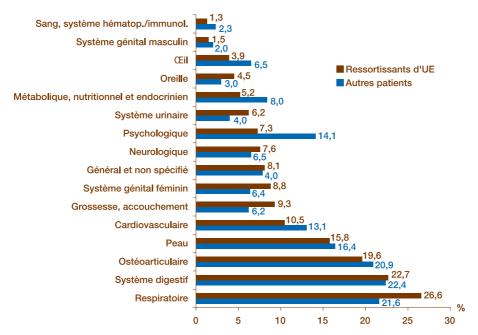
#### Les problématiques de santé

Les ressortissants de l'UE ont bénéficié en 2007 de 6 062 consultations médicales pour 3 241 patients différents, soit 1,9 consultations par patient (vs 2 pour l'ensemble des autres patients). Les résultats de consultation détaillés par appareil sont présentés dans la figure 42<sup>187</sup>. Les principales affections des ressortissants d'UE sont du domaine respiratoire, digestif, ostéoarticulaire et dermatologique.

187 A noter : dans cette partie de l'analyse les ressortissants d'Union européenne sont comparés à l'ensemble des autres patients, qu'ils soient étrangers ou français.

Les différences observées avec les autres patients s'expliquent essentiellement par l'âge (les ressortissants d'UE sont plus jeunes) : on relève en effet plus de pathologies respiratoires (pour la plupart infectieuses) et de consultations liées à la grossesse et en revanche moins d'affections cardiovasculaires ou métaboliques.

Figure 42 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients originaires d'Union européenne et des autres consultants



Par ailleurs, les diagnostics évoquant des troubles psychologiques apparaissent deux fois moins fréquents parmi ces patients (rappelons que les problèmes psychologiques concernent plus souvent les patients français qui sont inclus dans le groupe de comparaison). Si l'on compare cependant la fréquence des troubles psychologiques entre les Roumains/Bulgares et les autres ressortissants d'UE, on observe que ces derniers sont trois fois plus affectés (5,9 % parmi les Roumains et Bulgares vs 16,9 % chez les autres ressortissants UE). On note enfin que 43 % des ressortissants d'UE nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme (tableau 103), exigence difficile à tenir compte tenu notamment de la quasi-absence de couverture maladie chez ces patients.

Tableau 103 : Principales pathologies diagnostiquées chez les patients originaires d'UE (% en colonne)

	Ressortissants d'UE %	Autres patients	р			
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagnostiq	uées <sup>188</sup>					
Infections respiratoires supérieures	13,9	9,8	***			
Autres diagnostics du système digestif	7,4	7,3	ns			
Symptômes et plaintes du système digestif	7,4	8,5	ns			
Affections dents-gencives	6,5	4,5	***			
Syndrome dorso-lombaire	6,3	5,3	*			
Infections respiratoires inférieures	5,9	4,3	***			
Grossesse et couches non pathologiques(1)	5,6	4,4	**			
Autres diagnostics locomoteurs	5,3	7,4	***			
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,2	6,7	**			
Hypertension artérielle	5,0	7,5	***			
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>189</sup>						
Courte durée	55,7	47,0	***			
Long ou moyen terme	43,1	50,9	***			

<sup>(1)</sup> L'item de la CISP « grossesse et couches non pathologiques » apparaît dans le tableau bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie.

<sup>188</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=12 581).

<sup>189</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=9 823).

### Médecins du Monde auprès des Rroms à Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, Boulogne-sur-Mer et en région parisienne

Médecins du Monde mène des veilles sanitaires sur les lieux de vie des Rroms depuis 1992. En 2007, nos équipes sont intervenues à Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, en région Île-de-France et à Boulogne-sur-Mer, auprès de Rroms originaires en majorité de Roumanie.

L'objectif de ces missions est de leur faciliter l'accès aux soins et aux droits. Cette veille sanitaire vise notamment la promotion de la santé, la santé materno-infantile, la scolarisation des enfants, l'aide à l'accès à l'eau potable. Les équipes travaillent avec les structures sociales et sanitaires vers qui elles orientent les personnes.

Les équipes témoignent régulièrement pour informer le public et les autorités sanitaires et politiques sur les conditions de vie des Rroms mais aussi dénoncer les entraves dans leur accès aux soins et aux droits ainsi que les conséquences sanitaires des expulsions.

Médecins du Monde est à l'origine et fait partie du Collectif national droits de l'homme Romeurope<sup>190</sup> qui a pour objectif d'améliorer l'accès aux droits fondamentaux des Rroms migrants sur le territoire français et de lutter contre les discriminations et violations des droits de l'homme dont ils sont victimes sur le territoire français.

En 2007, les 6 missions ont effectué 3 734 consultations médicales.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus des données sociales et médicales recueillies par les équipes de Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg et d'Île-de-France entre juin et septembre 2007<sup>191</sup>.

Sur les 300 personnes interrogées sur le type de « logement » qu'elles occupaient au cours du dernier mois :

- 53 % vivent en caravane (qui généralement ne sont pas en état de rouler) ;
- 21 % dans des squats aménagés (généralement, il s'agit de l'occupation d'un entrepôt à l'abandon) ;
- 21 % dans des cabanes (utilisation de matériaux de récupération, tôle ondulée en guise de toits...);

Les autres se répartissent entre des squats sans aucun aménagement, des véhicules, des tentes ou à la rue. Seule une personne a un logement, et une autre est en foyer.

Parmi les personnes rencontrées, 71 % ont théoriquement droit à une couverture maladie mais au moment de l'enquête, seules 29 % d'entre elles avaient des droits ouverts.

Parmi les mineurs, 69 % n'avaient pas de droits ouverts. Pourtant, quelle que soit la situation administrative de leurs parents, tous devraient pouvoir bénéficier d'une couverture maladie dès leur arrivée sur le territoire : depuis une décision du Conseil d'Etat de juin 2006, on ne peut plus leur opposer le critère de stabilité de résidence ininterrompue de plus de 3 mois en France.

L'absence de domicile a également des conséquences sur l'accès aux droits, notamment l'accès à la couverture maladie. En l'absence de justificatifs de domicile, les personnes doivent pouvoir fournir une domiciliation administrative. Pour cela, elles peuvent s'adresser aux CCAS (centres communaux d'action sociale) dont c'est le mandat, mais qui, très souvent, ne proposent pas cette prestation, ou se diriger vers des associations agréées, qui très souvent sont saturées. 91 % des personnes interrogées étaient concernées par une domiciliation, parmi elles, près de la moitié (46 %) en était dépourvue.

Tout retard dans l'accès aux droits à une couverture maladie a des conséquences sur le recours aux soins. Les personnes sans droits ouverts retardent leurs soins, aggravant de fait leurs problèmes de santé.

Les problèmes de santé reflètent les mauvaises conditions de vie et d'hygiène dans lesquelles vivent les personnes. Les principaux résultats de consultation sont d'ordre :

- respiratoire (36 %): infection des voies respiratoires supérieures et inférieures.
- digestif (25 %): infections gastro-intestinales, affections des dents et des gencives.
- dermatologique (14 %) : infections cutanées, dermatites.

La prise en charge médicale des populations Rroms reste particulièrement difficile du fait de leurs conditions de vie et des expulsions récurrentes des terrains.

Malgré un travail en collaboration entre MDM, la PMI et le CDHS<sup>192</sup> mis en place face à l'apparition de tuberculose sur certains bidonvilles, des personnes ont tout de même été remises à la rue ...

Témoignage de la mission Squats de Lyon :



L'hôpital a contacté MDM par téléphone début juin 2007. Nous avons alors vu la gravité du cas avec la PMI et le CDHS, et organisé un dépistage de grande ampleur.

Sur Lyon et sa couronne il y a eu 3 sites qui ont présenté des cas de tuberculose dont une au moins bacillifère.

Sur le plus grand terrain un mobile home a été mis à disposition pour réaliser les IDR auprès des enfants, des ados et adultes ainsi que des vaccinations lorsqu'elles étaient à poursuivre, puis lecture sur le terrain. Des personnes ont été accompagnées par nos soins, pour les radios à la suite des lectures. Pour un autre terrain, même procédé pour les IDR mais un camion radio est venu, enfin pour le 3° terrain il n'y a eu que des IDR sur le terrain et des radios dans le centre le plus proche.

De nombreux traitements ont été mis en œuvre et la surveillance a été poursuivie pour les personnes négatives : 38 personnes ont été traitées sur 540 personnes dont 4 hospitalisations. Les primo-infections ont été traitées, ainsi que pour 2 personnes salariées ayant travaillé sur un des sites en particulier, les autres bénévoles sont sous surveillance.

Oui il y a eu des expulsions sur les sites malgré les traitements. Certains sont partis avec un traitement d'un mois dans leurs affaires..., d'autres ont été hébergés pour 3 mois puis remis à la rue, au 115...

## Les patients déjà connus qui reviennent à Médecins du Monde



## Les points essentiels

- 23,5 % des patients vus en consultation médicale en 2007 étaient déjà connus les années précédentes.
- Les anciens patients se distinguent des autres consultants sur plusieurs points : ils sont plus souvent de sexe masculin, plus âgés en moyenne et plus fréquemment étrangers (36 % sont originaires du Maghreb).
- 40 % connaissent de grosses difficultés de logement (logement précaire : 24 % ; sans logement : 16 %).
- La quasi-totalité des anciens patients devrait bénéficier d'une couverture maladie mais 52 % d'entre eux n'ont aucun droit ouvert. Leur principal frein à l'accès aux soins est l'absence de renouvellement des droits, devant les obstacles administratifs et la méconnaissance de leurs droits et des structures de soins.
- 9 518 consultations médicales ont été dispensées à des patients déjà connus (2,4 par patient).
   Les pathologies sont majoritairement respiratoires, digestives, ostéoarticulaires et dermatologiques.
   La fréquence des troubles psychologiques (y compris les affections psychiatriques lourdes) est plus importante chez ces patients.

Cette partie est consacrée aux « anciens » patients qui ont eu recours à MDM entre 2000 et 2006 et qui ont été à nouveau reçus dans les Caso en 2007. Elle vise à décrire leurs principales caractéristiques, les obstacles à l'accès aux soins qu'ils rencontrent et leurs problèmes de santé.

En 2007, 1 235 dossiers sociaux ont été réactualisés. Les « anciens » patients représentent en réalité 3 149 personnes dont la dernière visite remonte à 2005 et qui sont revenues dans les centres en 2007 pour rencontrer un intervenant de Médecins du Monde (travailleurs social, psychologue, médecin, dentiste...), 1 747 d'entre eux ont consulté un médecin (3 919 si l'on compte les patients vus en 2006). Un dossier social doit être réactualisé pour tout ancien patient qui n'est pas revenu à Médecins du Monde depuis plus de 2 ans.

Dans un souci de validité de l'analyse des données sociales et parce que les situations peuvent évoluer rapidement, seuls les patients pour lesquels les dossiers sociaux ont été réactualisés en 2007 sont pris en compte dans la partie sociale. Les patients pour lesquels les dossiers n'ont pas été réactualisés (512) apparaissent en revanche dans l'analyse des données de santé.

Les anciens patients ayant consulté un médecin représentent, en 2007, 23,5 % des consultants (3 919 patients). Les trois quarts d'entre eux ont été reçus la première fois en 2005 ou 2006 (tableau 104).

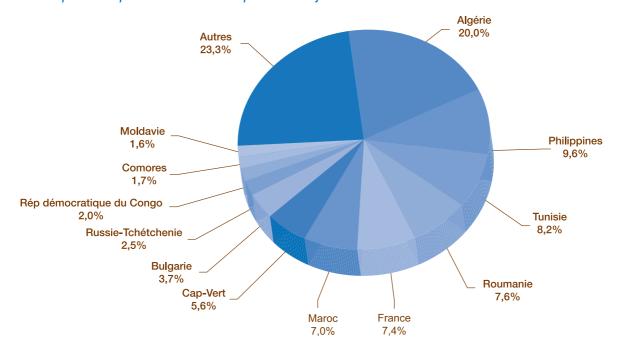
Tableau 104 : Répartition des 3 919 anciens patients vus en 2007 en consultation médicale selon l'année de leur première consultation

ao iodi promiero consultation						
	%	n				
2000	3,0	116				
2001	2,2	85				
2002	3,8	151				
2003	5,5	217				
2004	10,1	396				
2005	20,0	782				
2006	55,4	2 172				
Total	100,0	3 919				

### Caractéristiques sociodémographiques

57 % des anciens patients sont des hommes, proportion légèrement plus élevée que parmi les autres patients (55 %), ils sont également en moyenne plus âgés (39,8 ans vs 34,2 ans), 10 % d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus, 30 % ont au moins 45 ans (contre respectivement 7,3 % et 23,5 % des autres patients). On compte parmi les patients déjà connus près de 93 % d'étrangers (vs 88,4 % des « nouveaux patients »). Environ 36 % sont originaires du Maghreb (principalement d'Algérie), 20 % d'Afrique subsaharienne. Outre les ressortissants du Maghreb, les nationalités les plus représentées parmi ces patients sont les Philippins (qui reviennent essentiellement pour le renouvellement de leur Aide Médicale Etat), les Roumains et les Français (figure 43).

Figure 43 : Répartition par nationalité des patients déjà connus à MDM



Les étrangers qui reviennent à MDM séjournent en France depuis 5 ans en moyenne (vs 2 ans pour les autres étrangers), 62 % d'entre eux se trouvent en France depuis au moins 3 ans (vs 22 %). Les conditions de logement sont difficiles pour 4 anciens patients sur 10 : 24 % en effet vivent dans un logement précaire (vs 35,5 % des autres patients) et un peu moins de 16 % vivent à la rue (vs 24 %).

#### Couverture maladie et obstacles à l'accès aux droits et aux soins

La plupart des anciens patients relèvent, de part leur situation sociale, d'un dispositif de couverture maladie ; il s'agit le plus souvent de l'AME (tableau 105).

La confrontation des droits théoriques et des droits effectifs montre qu'un peu moins de la moitié des patients déjà connus (47,8 %) disposent de droits ouverts lorsqu'ils sont recus à MDM.

Tableau 105 : Droits à la couverture maladie des patients déjà connus et des autres patients (% en colonne)

•	•		•	•		
	Patients d	Patients déjà connus		patients		
	%	n	%	n		
Droits théoriques à la couverture maladie						
Relèvent de l'assurance maladie (CMU)	28,4	332	29,3	4 664		
Relèvent de l'AME	65,9	770	47,3	7 524		
Pas de droits en raison du critère de stabilité de résidence	1,7	20	13,4	2 129		
Aucun droit possible	4,0	47	10,0	1 587		
Droits effectifs (parmi les patients disposant de droits théoriques)						
CMU de base	8,0	89	6,0	702		
CMUc / AME	39,8	428	11,3	1 328		
Droits non ouverts	52,3	562	82,8	9 748		

Les principaux obstacles à l'accès aux soins exprimés par les anciens patients sont détaillés dans le tableau 106. Le premier d'entre eux est l'absence de renouvellement des droits qui touche le quart des patients déjà connus, devant les difficultés administratives et la méconnaissance des droits et des structures de soins qui concernent 13 % d'entre eux. Soulignons la fréquence relativement élevée des anciens patients qui rapportent des situations de discrimination ou d'expériences négatives (ils sont environ 9 % contre 5,4 % des autres patients). Les difficultés rencontrées par les patients déjà connus varient comme on peut le constater avec leur situation vis-à-vis de la couverture maladie. Les patients qui ne disposent que d'une couverture de base sont en butte en tout premier lieu aux difficultés liées à l'absence de complémentaire et à l'avance des frais médicaux. Les patients sans droits ouverts citent en premier lieu les problèmes de renouvellement des droits.

Tableau 106 : Principaux obstacles à l'accès aux soins exprimés par les anciens patients selon leurs droits effectifs à la couverture maladie (% en ligne)

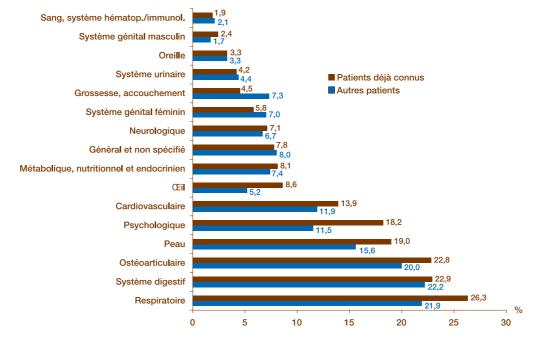
	Ensemble des anciens		ctifs des ancie couverture ma	
	patients	CMU de base	CMUc/AME	Aucuns droits
	%	%	%	%
Pas de renouvellement des droits	25,2	15,5	4,5	41,9
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité des démarches)	13,3	21,4	4,5	18,5
Méconnaissance des droits et des structures	12,7	5,9	4,3	19,9
Discrimination, expériences négatives(1)	8,9	9,5	9,8	8,2
Complémentaire trop chère, difficultés avance de frais,	6,2	34,5	3,3	4,0
Barrière linguistique	5,9	3,6	3,8	7,9

<sup>(1)</sup> refus CMU ou AME par les professionnels, mauvaise expérience dans le système de soins ou d'accès aux droits

### Les problématiques de santé

Les patients déjà connus ont bénéficié en 2007 de 9 518 consultations médicales pour 3 919 patients différents, soit 2,4 consultations par patient (vs 1,8 pour les autres patients). Leurs problèmes de santé lorsqu'ils ont recours à MDM sont dominés par les pathologies respiratoires, digestives, ostéoarticulaires et dermatologiques, affections qui sont plus fréquemment diagnostiquées que chez les autres patients (figure 44). Notons également la fréquence élevée des troubles psychiques qui sont signalés pour 18 % des anciens patients.

Figure 44 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients déjà connus et des autres consultants



Les principaux diagnostics posés chez ces patients sont présentés de façon plus détaillée dans le tableau 107. Les infections respiratoires supérieures arrivent en tête des pathologies juste devant les troubles anxieux relevés chez près d'1 ancien patient sur 10.

On observe également que les pathologies psychiatriques plus lourdes (psychoses) sont deux fois plus fréquentes parmi les anciens patients (1,6 % vs 0,7 %). Notons la difficulté à trouver des relais de soins pour les psychotiques à la rue en particulier. Par ailleurs, le quart des anciens patients souffre d'une affection potentiellement grave. Leurs besoins de prise en charge enfin sont plus importants, 53 % nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme contre 48 % des autres patients.

Tableau 107 : Principales pathologies diagnostiquées chez les patients déjà connus (% en colonne)

	Patients déjà connus	Autres patients	р
	%	%	
Groupes de pathologies les plus fréquemment diagnostiq	uées <sup>193</sup>		
Infections respiratoires supérieures	11,9	10,5	*
Angoisse-stress-troubles somatiques	9,6	6,7	***
Symptômes et plaintes du système digestif	9,3	8,0	*
Hypertension artérielle	8,1	6,5	**
Autres diagnostics du système digestif	7,9	7,2	ns
Autres diagnostics locomoteurs	7,5	6,6	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,0	6,2	ns
Syndrome dorso-lombaire	6,0	5,3	ns
Infections respiratoires inférieures	5,8	4,3	**
Autres diagnostics respiratoires	5,4	3,3	***
Besoins prévisibles de prise en charge <sup>194</sup>			
Courte durée	50,7	48,7	ns
Long ou moyen terme	53,3	48,0	***
Détail de quelques pathologies			
Pathologies psychiatriques	1,6	0,7	***
Pathologies à potentiel de gravité	25,2	23,7	ns

#### Il prend MDM comme médecin traitant Témoignage de l'équipe de Toulouse :



M. F. est français, il a un enfant. Il dit posséder un domicile. Il vient en consultation depuis 1999, de façon assez régulière, entrecoupée cependant de longues périodes d'absence qui correspondraient à des incarcérations. De plus, face à son comportement agressif (a cassé la porte d'entrée en 1999), il a été exclu pendant un an de la consultation : M. F. ne supportait pas d'attendre ou encore de ne pas avoir les traitements voulus, notamment hors consultation. Au niveau médical, il a des problèmes divers : pluripathologies, toxicomanie, coronarite équilibrée. Il est régulièrement orienté vers l'hôpital pour des bilans et vient chercher son traitement à MDM. Au niveau social, sa situation est très floue, M. F. ne voulant donner aucun élément et ne souhaitant pas rencontrer l'assistante sociale. Il élude les questions de la couverture maladie, des ressources... Il est d'ailleurs très fermé quand il vient à la consultation, attend son tour tout en montrant son impatience, ne rentre jamais dans un dialogue même informel. La situation désoriente l'équipe. Elle se demande que faire avec ce monsieur qui semble a priori prendre MDM comme médecin traitant et avec qui l'échange est difficile.

L'équipe propose de faire en priorité un travail d'évaluation à partir du cabinet médical, en associant l'assistante sociale à la consultation. C'est à partir de ce travail d'évaluation qu'une orientation vers un médecin traitant pourrait être proposée.

<sup>193</sup> Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé (n=13 595). 194 Le dénominateur est le nombre de patients ayant consulté au moins une fois un médecin et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement en symptômes et plaintes sont écartés de l'analyse (n=10 570).

# Les principales évolutions des caractéristiques des patients reçus dans les Caso depuis 2000

#### L'activité des Caso de MDM

Les principaux indicateurs d'activité des Caso depuis 2000 sont rappelés dans le tableau 108. Ces indicateurs en 2007 sont globalement à la baisse avec une diminution des dossiers sociaux renseignés ainsi que du nombre de patients reçus en consultation médicale et enfin du nombre de consultations délivrées. Cette baisse ne se retrouve qu'à Saint-Denis (93) à cause du refus de la Cpam d'accorder toute couverture maladie les 7 premiers mois 2007 aux ressortissants européens et donc aux Roumains orientés par l'équipe MDM. Comme nous l'avons déjà dit, cela a entrainé un phénomène massif de non-recours aux soins.

Tableau 108 : Evolution de l'activité des Caso de 2000 à 2007

	Nombre de Caso	Nombre de dossiers sociaux	Nombre de patients reçus en consultation médicale et/ou dentaire	Nombre de consultations médicales et dentaires
2000	32	17 346	27 227	37 163
2001	29	24 005	25 627	48 535
2002	24	22 107	24 682	50 176
2003	22	18 753	19 863	43 526
2004	21	20 272	20 641	40 625
2005	21	22 099	22 754	45 776
2006	21	21 901	19 202	38 490
2007	21	18 801	18 913	38 034

### Les caractéristiques des patients

Les principales caractéristiques des patients évoluent peu en 2007. L'âge moyen se situe toujours autour de 34 ans (tableau 109) et la structure par âge reste stable (figure 45).

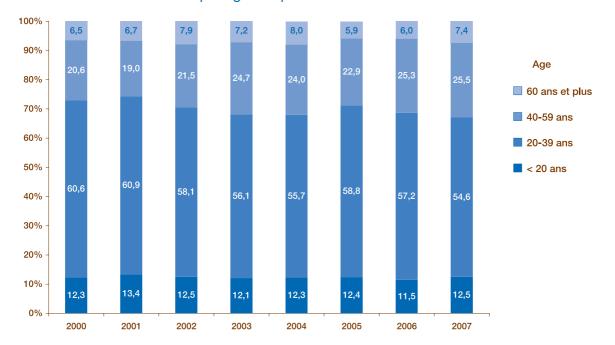
La féminisation croissante des patients constatée à partir de 2004 se confirme mais n'évolue pas cette année.

Tableau 109 : Evolution de l'âge moyen, de la part des mineurs et de la répartition par sexe des patients de 2000 à 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Age moyen (années)	33,0	32,5	33,0	34,2	34,4	33,3	34,2	34,6
Mineurs (%)	nd	10,0	9,2	9,2	9,8	9,6	8,1	9,5
Hommes (%)	58,8	60,8	60,2	59,1	56,5	56,0	54,5	55,4
Femmes (%)	41,2	39,2	39,8	40,9	43,5	44,0	45,3	44,6

nd : donnée non disponible

Figure 45 : Evolution de la structure par âge des patients de Médecins du Monde de 2000 à 2007



Sur le plan des nationalités, la part des consultants français, en nette diminution entre 2000 et 2004, se situe depuis autour de 10-11 % (tableau 110), avec toutefois une augmentation cette année dans certains centres (Pau, Aix-en-Provence).

Tableau 110 : Répartition des patients de MDM selon la nationalité de 2000 à 2007

	Français		Etrangers	
	%	n	%	n
2000	21,7	5 908	78,3	21 319
2001	14,4	3 306	85,6	19 667
2002	13,1	3 159	86,9	20 956
2003	14,4	2 640	85,6	15 671
2004	11,2	2 209	88,8	17 454
2005	10,9	2 315	89,1	18 988
2006	10,3	2 195	89,7	19 191
2007	11,3	2 087	88,7	16 306

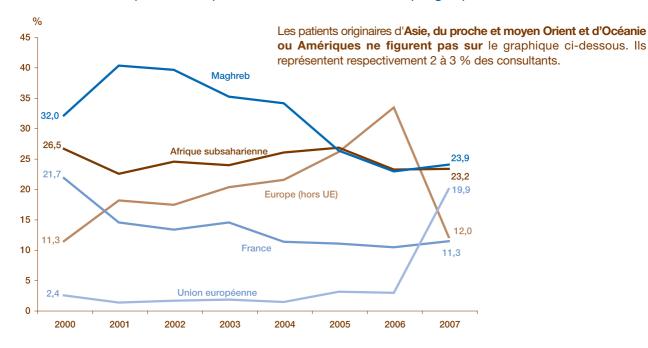
En revanche, la répartition des patients étrangers selon le groupe continental d'origine a connu d'importantes variations au cours des années (figure 46).

Largement majoritaires jusqu'en 2004, les ressortissants du Maghreb restent toujours les plus nombreux mais à part égale avec les patients d'Afrique subsaharienne.

La part des Européens hors UE a été multipliée par 3 entre 2000 et 2006, elle retombe à 12 % en 2007 avec en contrepartie une augmentation très importante des consultants de l'Union européenne. Cette variation est à mettre au compte de l'intégration de nouveaux pays dans l'espace communautaire et en particulier de la Roumanie et de la Bulgarie.

Comme les années précédentes, les nationalités les plus représentées restent la Roumanie, l'Algérie, la France et le Maroc. Notons la diminution importante des patients roumains qui restent les plus nombreux mais qui passent de 22 % à environ 15 % des consultants de 2006 à 2007.

Figure 46 : Evolution de la répartition des patients de Médecins du Monde par groupe continental de 2000 à 2007



#### Les conditions de logement

La situation du logement des consultants à MDM reste très difficile en 2007 avec plus de 58 % d'entre eux qui connaissent de grosses difficultés dans ce domaine.

L'évolution la plus notable cette année est l'augmentation très nette de la part des patients sans logement (tableau 111).

Tableau 111 : Evolution de la situation des patients au regard du logement de 2000 à 2007 (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fixe	37,0	42,8	45,2	44,5	43,1	38,8	40,0	41,9
Précaire	46,9	39,6	36,3	35,5	38,9	43,4	41,0	34,8
Sans logement	16,1	17,6	18,5	19,9	18,0	17,8	19,0	23,3

#### Les situations administratives

L'ouverture de l'espace communautaire à de nouveaux pays, ces dernières années et notamment en 2007, aurait dû se traduire par une baisse sensible de la part des patients en situation administrative précaire. Mais comme nous l'avons précisé précédemment dans ce rapport, la législation reste complexe (et semble-t-il inégalement appliquée). Ainsi, les communautaires ne sont dispensés de titre de séjour que dans la mesure où ils peuvent justifier de ressources suffisantes ou d'un travail régulier ; ils sont dans le cas contraire considérés comme en situation administrative précaire. Ainsi, la diminution attendue en 2007 n'est que très partielle.

Autour de 30 % depuis plusieurs années, la part des patients concernés par une demande d'asile a nettement diminué en 2006 pour passer à 20 %.

L'augmentation enregistrée en 2007 n'est qu'apparente. En effet, la proportion de demandeurs d'asile est calculée sur la base du nombre de patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne. Or les ressortissants roumains et bulgares (plus de 3 000 patients) qui en 2006 étaient comptabilisés hors UE sont désormais intégrés dans les pays de l'UE. Si l'on calcule la part des demandeurs d'asile en intégrant les Roumains et les Bulgares comme en 2006, celle-ci se situe toujours autour de 19 %.

Tableau 112: Evolution de la situation administrative des patients de 2000 à 2007 (en %)

					, ,			
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Etrangers en situation administrative précaire	49,3	44,2	46,6	47,3	59,6	71,0	76,8	72,3
Etrangers concernés par une demande d'asile	nd	30,0	30,0	27,0	31,2	29,0	19,8	26,2

nd : donnée non disponible

#### Les droits à la couverture maladie

Les droits à une couverture sociale dont peuvent théoriquement bénéficier les patients de MDM ont subi une double évolution depuis 2000 (tableau 113).

On observe d'une part que la proportion de patients relevant de l'assurance maladie a été quasiment divisée par deux entre 2000 et 2006, évolution qui s'explique sans doute par la diminution concomitante de la part des Français dans les consultations de MDM.

Le second événement marquant concerne les patients exclus du système de couverture maladie. Avoisinant les 10 % entre 2001 et 2003, la proportion de patients n'ayant pas accès à la CMU ou l'AME a brusquement doublé en 2004 pour se situer autour de 20 %.

Cette évolution est sans aucun doute attribuable à la nouvelle réglementation en vigueur à partir de 2004 imposant une présence ininterrompue de trois mois en France pour bénéficier d'un accès aux droits.

Jusqu'en 2003, les patients exclus du système de soins étaient des étrangers de passage sans intention de résider en France. A partir de 2004, sont venues se rajouter les personnes ne remplissant pas le critère de stabilité de résidence de 3 mois interrompus.

La situation en 2007 reste inchangée avec cependant une légère augmentation des patients relevant de l'assurance maladie, sans doute attribuable à l'arrivée de nouveaux pays dans l'UE. Les ressortissants de ces pays relèvent en effet de l'assurance maladie avec cependant les réserves que nous avons mentionnées précédemment (travail régulier ou ressources suffisantes), et également selon les pratiques des Cpam.

Les patients qui devraient en principe, au regard de leur situation sociale, bénéficier d'une couverture maladie sont peu nombreux à avoir des droits effectivement ouverts lorsqu'ils sont reçus à MDM.

Leur proportion se situe entre 17 et 21 % depuis 2000 sans grandes fluctuations.

Enfin, les rapports successifs de MDM mettent systématiquement en évidence des disparités dans l'accès aux droits selon la nationalité : ainsi à droits équivalents, les étrangers sont toujours beaucoup moins nombreux à avoir des droits effectivement ouverts que les patients français, soulignant ainsi toute l'importance d'une information ciblée auprès de ces populations.

Tableau 113 : Evolution des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie des patients de MDM de 2000 à 2007 (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Droits potentiels										
SS/CMU	nd	41,0	37,0	37,1	35,9	28,8	24,2	29,2		
AME	nd	50,0	53,0	53,7	45,1	49,0	55,2	48,6		
Aucun droit(1)	nd	9,0	10,0	9,2	19,0	22,2	20,6	22,2		
Droits effectifs <sup>(2)</sup>										
Ouverts	20,0	18,7	17,0	21,0	20,2	17,8	17,6	19,8		
Non ouverts	80,0	81,3	83,0	79,0	79,8	82,2	82,4	80,2		

nd : non disponible (données non comparables)

## Le principal obstacle à l'accès aux soins demeure la nécessité d'une domiciliation

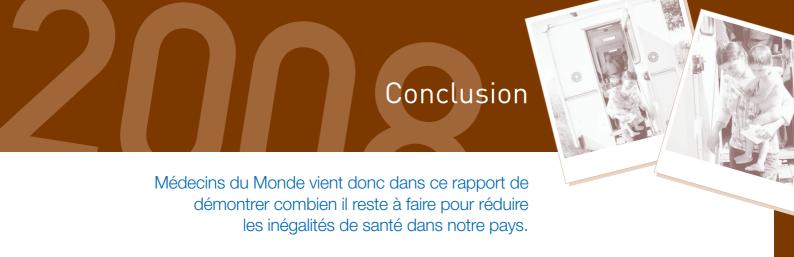
Repérée depuis de nombreuses années par les accueillants de MDM comme l'un des principaux freins à l'accès aux soins, la nécessité d'une domiciliation pour bénéficier de la CMU ou de l'AME reste encore en 2007 le principal obstacle que rencontrent les patients en matière d'accès aux droits : près de la moitié des consultants sont concernés, et parmi eux les trois quarts ne disposent pas d'une domiciliation lorsqu'ils sont reçus à MDM (tableau 114).

Tableau 114 : Evolution de la part des patients ayant besoin d'une domiciliation et parmi eux des patients sans domiciliation de 2000 à 2007 le jour de la première consultation à MDM (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Besoin d'une domiciliation	40,6	33,5	30,0	35,0	46,0	50,4	51,9	48,3
N'ont pas obtenu de domiciliation	45,3	49,5	55,0	57,3	68,0	75,6	79,4	73,2

<sup>(1)</sup> Cette catégorie concerne de 2001 à 2003 les étrangers de passage n'ayant pas l'intention de résider en France, elle englobe également à compter de 2004 les patients exclus de la couverture maladie en raison du critère de stabilité de résidence.

<sup>(2)</sup> parmi les patients disposant de droits potentiels



A peu près la moitié des personnes que nous avons rencontrées lors de cette année 2007 souffrent, on l'a vu, de pathologies souvent graves nécessitant de très lourds suivis médicaux de plus de six mois. Parallèlement, ils n'ont que peu accès à une couverture santé et vivent dans des conditions déplorables, sans argent, sans toit fixe et avec la peur vissée au corps de ce que l'avenir leur réserve à eux et à leurs enfants.

Pour eux comme pour nous tous, nous souhaitons que la santé reste un droit fondamental rattaché à l'être humain, et non pas à ses documents administratifs.

Nous restons profondément attachés au système de santé issu de la Libération, basé sur la solidarité malades - non-malades, riches et pauvres. Seul un système déconnecté de la recherche du profit peut offrir à tous un accès égal à la santé car sinon les plus démunis, les plus exclus, ceux qui dérangent seront obligatoirement rejetés dans un système marginal voire humanitaire.

Les espoirs portés par la grande loi de lutte contre les exclusions, la création de la couverture maladie universelle, ne doivent pas être petit à petit remis en cause par de nouveaux textes toujours plus orientés vers la répression.

Nos concitoyens rappellent dans un sondage<sup>195</sup> combien ils sont attachés à l'accès aux soins pour tous, dans la proximité et dans l'égalité. Gageons qu'il devrait en être de même pour nos élus et décideurs.

Médecins du Monde, présent sur le terrain au quotidien, réaffirme à l'annonce de la très prochaine loi « Patients, santé et territoires » un certain nombre de propositions réalisables si nous privilégions solidarité et santé publique. Rappelons-les ici :

- Créer un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France et vivant en dessous du seuil de pauvreté : intégrer l'AME dans la CMU ;
- Donner aux hôpitaux les moyens d'accueillir et de prendre en charge tous les malades, en particulier les plus démunis, en permettant le fonctionnement réel des permanences d'accès aux soins de santé dans chaque hôpital;
- Lutter efficacement contre le saturnisme infantile, en lançant une campagne nationale de dépistage et de protection immédiate des enfants intoxiqués au plomb ;
- Répondre aux besoins en santé mentale des personnes sans abri en développant des unités mobiles de psychiatrie et en donnant les moyens à la psychiatrie publique de les accueillir et de les soigner;
- Garantir aux étrangers gravement malades et qui ne peuvent pas avoir effectivement accès aux soins dans leur pays d'origine la non-expulsion, la régularisation et l'accès aux soins sans restriction ;
- Réformer les études médicales en incluant un enseignement sur les liens entre le contexte social et la santé des individus, et en insistant sur la prise en charge des personnes en situation de grande précarité.