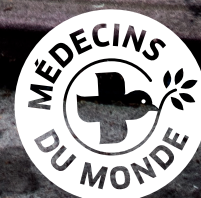


OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE



SYNTHÈSE
20
18



ÉDITO

Ce dix-neuvième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins s'inscrit dans un contexte d'augmentation de la précarité et des inégalités dans notre pays.

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) sont en première ligne pour dénoncer et témoigner de cette remise en cause de l'accès aux droits et aux soins pour les personnes vulnérables. De Saint-Denis à Montpellier, de La Guyane à Mayotte en passant par les Combrailles et Strasbourg, les constats sont identiques et alarmants. Le nombre de familles à la rue augmente. Les expulsions des lieux de vie sont en hausse sans solution pérenne de relogement. L'errance des personnes exilées gagne du terrain. L'isolement fragilise toujours plus les personnes en situation de précarité. À chaque fois, les mauvaises conditions de vie de ces personnes ont pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

Le logement est un véritable marqueur de précarité. Les politiques d'accès au logement mises en place par les gouvernements successifs ne répondent pas aux besoins. Les dispositifs d'hébergement de réinsertion sociale, d'urgence ou bien encore d'accueil des demandeurs d'asile sont insuffisants malgré l'augmentation du nombre de places en 2018. La question même de l'inconditionnalité de l'accueil d'urgence est posée, mais celle-ci ne semble pas être une priorité de nos dirigeants.

Les campements insalubres sont un exemple dramatique des conditions de vie indignes. Ces lieux de vie sont l'illustration de la politique de non-accueil des populations exilées mise en place par les autorités françaises et européennes. Cette politique assumée de non-respect des droits des personnes se décline aux frontières avec l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni mais aussi sur d'autres parties du territoire. Elle a un impact direct sur la santé des personnes, qu'il s'agisse des conséquences immédiates liées aux passages de frontières de plus en plus dangereux occasionnant des blessures et dans certains cas des décès ou des effets à plus long terme avec les conséquences physiques et psychologiques de cette errance imposée.

2018 aura aussi été marquée par un niveau de tensions sociales extrêmes. Ces dernières se traduisent par l'épuisement généralisé des soignants sur notre territoire, principalement en milieu hospitalier et aux urgences, détériorant ainsi l'accès aux soins des plus fragiles. Les causes sont connues : la contrainte budgétaire, les fermetures de lits et de services, le management industriel, le manque d'effectifs, la concurrence inégale avec les cliniques privées qui laissent à l'hôpital la gestion des pathologies lourdes et chroniques et la prise en charge des situations de détresse sociale.

Ce sentiment d'abandon et ces situations de précarité et d'isolement se retrouvent en dehors des grandes villes, dans des zones rurales comme les Combrailles en Auvergne ou la Haute vallée de l'Aude en Occitanie. Dans ces endroits, le désengagement progressif de certains services publics rend plus difficile l'accès aux droits et aux soins.

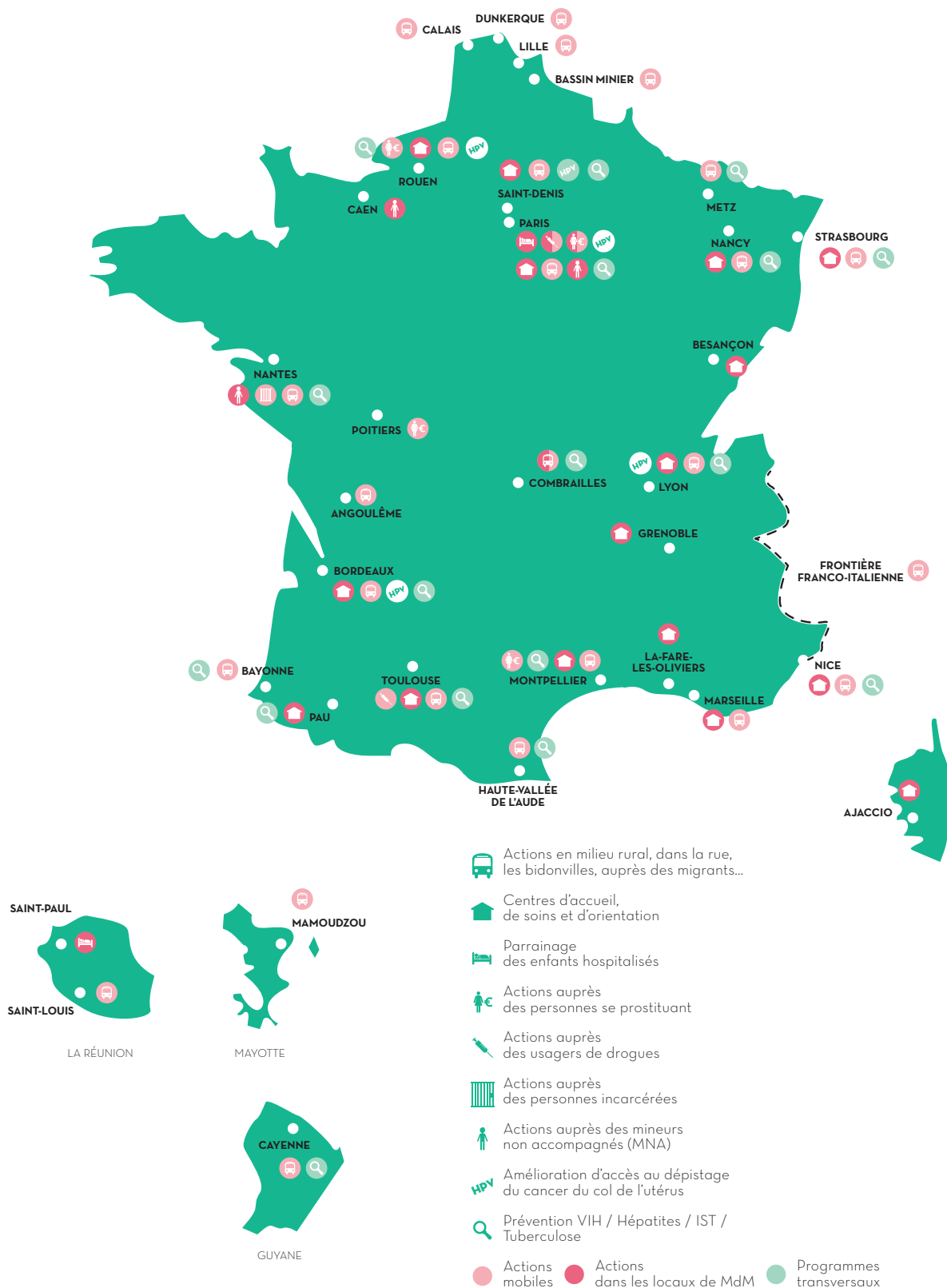
La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté adoptée en septembre 2018 et à laquelle nous avons contribué avec d'autres acteurs de la société civile aurait pu être une première réponse pour améliorer l'accès aux soins et aux droits des populations les plus précaires, mais à ce stade les avancées restent marginales. Nous constatons que les conditions de vie de ces personnes se sont globalement dégradées depuis le début du quinquennat. Il est donc impératif d'opérer un changement de cap.

Globalement, nous constatons que les politiques publiques ne sont pas à la hauteur des enjeux, voire ne sont pas une priorité du gouvernement ; en témoigne la volonté de nos dirigeants de remettre en cause l'universalité de l'accès à la santé. Si la fusion de l'aide complémentaire santé (ACS) avec la CMU-c annoncée par le plan pauvreté et mise en œuvre en novembre 2019 est une avancée pour lutter contre le non-recours aux soins, les menaces récurrentes contre l'Aide médicale de l'État (AME) – qui garantit l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière – est le reflet d'une instrumentalisation des enjeux de santé au service d'autres politiques et notamment d'une politique migratoire répressive. Le durcissement de l'accès à l'assurance maladie pour les étrangers en situation irrégulière remet en cause un système de santé inclusif. Il est temps que nos responsables politiques prennent la mesure de l'importance de pérenniser un système de santé sans entrave.

Nous espérons que les éléments contenus dans ce rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins permettront une inflexion des politiques régressives à l'égard des populations les plus fragiles.

Yannick Le Bihan
Directeur des Opérations France
Médecins du Monde

LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE



➤ **Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert un centre de soins gratuits pour les plus démunis à Paris avec la volonté de le fermer dans les six mois et d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion. Plus de trente ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent MdM à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation/accompagnement (Caso/Caoa) mais également d'actions mobiles de proximité. En 2018, Médecins du Monde France mène 62 programmes répartis sur 33 sites en métropole et dans les départements d'outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.**

15 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA)

Les Caso/Caoa offrent un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux droits et aux soins en France. Ce sont des structures de facilitation de recours aux soins, à la prévention et d'accès aux droits pour les personnes en grande difficulté ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir.

Elles accueillent le public sans condition et offrent la possibilité de consulter sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations de médecine générale, des conseils de prévention sur les maladies infectieuses et chroniques et des dépistages. Les parcours d'exil pouvant générer souffrances physiques et psychiques, et les conditions de vie précaires étant particulièrement délétères pour la santé psychique, une prise en charge psychosociale et de santé mentale peut également être proposée.

2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONE RURALE

MdM développe deux programmes s'attachant à améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité en milieu rural dans les Combrailles (Puy-de-Dôme) depuis 2013 et dans la Haute vallée de l'Aude depuis 2016.

1 PROGRAMME D'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS EN ZONE URBAINE SENSIBLE

MdM développe, depuis 2015, à Lille, un programme d'accès aux soins et aux droits dans une démarche de promotion de la santé en s'attachant notamment à augmenter les capacités individuelles et collectives des habitants en matière d'éducation et de prévention à la santé.

23 PROGRAMMES EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET MAL-LOGÉES

MdM assure des consultations médico-sociales au plus près des personnes vulnérables dans leur lieu de vie : dans la rue, dans des centres d'hébergement d'urgence et en partenariat avec d'autres associations. À partir de sa mobilisation sur le terrain, l'association témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal-logement. Par ailleurs, MdM assure auprès des populations vivant en bidonvilles une veille sanitaire, oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions de vie dans les campements informels (accès à l'eau potable, gestion des déchets, etc.). **En 2018, MdM mène 7 programmes auprès des personnes isolées à la rue, 6 programmes d'intervention spécifique (réduction des risques socio-sanitaires des personnes, médiation en santé, etc.) et 10 auprès des personnes en bidonvilles ou squats.**

2 PROGRAMMES EN MILIEU CARCÉRAL

Depuis 2014, MdM intervient **en milieu carcéral** pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes. À Marseille, **MdM développe également un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue** présentant des troubles psychiatriques sévères (Aïlsi).

4 PROGRAMMES MIGRATIONS, EXIL, DROIT ET SANTÉ

MdM mène **4 programmes auprès des migrants** : à la frontière franco-italienne, à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais/Dunkerque et près de Marseille (à la Fare-les-Oliviers). Début 2017, une coordination* de plusieurs associations s'est également mise en place, avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour mieux riposter contre les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes à la frontière franco-italienne.

(*) Il s'agit de la coordination des actions à la frontière franco-italienne (Caffim) auprès des migrants qui est composée des associations suivantes : Amnesty International France, La Cimade, MSF France, Secours Catholique et MdM France.

1 PROGRAMME EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

En plus des activités de routine au sein de consultations médicales et de prévention en santé sexuelle et reproductive (SSR), un **programme de prévention du cancer du col de l'utérus (CCU)** a également été initié en 2016. En 2018, 7 programmes (Caso/Caoa, Squats, Travailleuses-eurs du sexe) à Bordeaux, Lyon, Paris et Rouen ont travaillé avec 23 centres (PMI, CPEF, CMS et médecin de ville) et un laboratoire partenaires.

Le projet de recherche interventionnelle mené en partenariat avec l'Institut national du cancer a été mis en œuvre jusqu'en décembre 2018. L'objectif était d'améliorer l'accès au dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus, de renforcer les connaissances des femmes reçues par la mise en place de consultations de prévention dédiées, associées ou non à la proposition d'un auto-prélèvement vaginal (APV) ou la réalisation d'un test de détection de papillomavirus humain (HPV) et une éventuelle orientation pour la réalisation d'un frottis cervico-utéro (FCU) vers les structures de droit commun partenaires.

7 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES

MdM intervient **auprès des travailleuses-eurs du sexe (TdS) à travers 5 programmes** dans 4 villes (Montpellier, Paris, Poitiers et Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de réduction des risques (RdR) et SSR, à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun, à promouvoir l'implication communautaire au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour. **Un projet spécifique de prévention lié aux situations de violences subies par les TdS** (projet Jasmine) a également été mis en place.

MdM a développé depuis 2003 un **programme transversal de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose** afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès aux dépistages, de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies et de témoigner de leur situation au regard de ces pathologies.

MdM mène également un programme «XBT» (xénobiotrope). Créée en 1999, ce programme a pour objectif de développer un dispositif global d'analyse de drogues comme outil de RdR sur tout le territoire. La formalisation de pôles régionaux coordonnés par la mission XBT au niveau national a débuté en 2010 par l'Île-de-France. Aujourd'hui, XBT travaille avec 48 partenaires au sein de 8 régions dont 5 proposent actuellement un dispositif global autonome d'analyse de drogues (Paris, Orléans, Lyon, Toulouse, Marseille). Ce dispositif propose aux personnes usagères de drogues de faire analyser leurs produits, avant ou après consommation, dans une approche de RdR. MdM travaille actuellement au transfert progressif de ce programme.

4 PROGRAMMES ENFANCE VULNÉRABLE

De nombreux enfants, souvent issus de milieux défavorisés, venant de France et du monde entier, sont régulièrement hospitalisés dans les établissements de la région parisienne pour des pathologies lourdes qui ne peuvent être traitées près de chez eux. Il peut aussi s'agir d'enfants dont les parents, même résidant à proximité, sont dans l'incapacité d'être à leurs côtés lors de leur hospitalisation.

Lancé en 1988, à l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris, le **programme de parrainage des enfants hospitalisés** s'est développé dans plusieurs centres de santé en région parisienne, en Guyane (jusqu'en juillet 2016) et à la Réunion. Le parrainage permet d'aider ces enfants à affronter la maladie et les éventuels troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation. Depuis sa création, près de 2 600 enfants hospitalisés ont été parrainés. Ces deux dernières années ont été marquées par la préparation du transfert du programme à l'association la Chaîne de l'espoir, qui a repris l'activité au premier janvier 2019.

Un programme spécifique en direction **des mineurs non accompagnés (MNA)** a également été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches dès 2015. Puis deux autres programmes spécifiques MNA ont été développés, en Normandie (Caen/Rouen) et à Nantes au cours de l'année 2016. Les équipes les accompagnent pour leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espace de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits.

3 PROGRAMMES OUTRE-MER

Dans l'Océan Indien, **MdM est présent à travers deux programmes** à Mayotte et La Réunion. **À Mayotte**, le programme dispense des consultations médicales et sociales (ouverture de droits) en lieu fixe et en mobile. Il mène notamment des actions de prévention en santé dans le bidonville de Kawéni et oriente également vers les structures de droit commun quand cela est possible. **Sur l'île de la Réunion**, l'équipe a poursuivi son diagnostic à Saint-Louis et a démarré des sorties médicalisées. En fin d'année, la délégation a dû se mobiliser fortement pour assurer l'accès aux droits et aux soins de dizaines de migrants venus en bateau depuis le Sri Lanka.

En Guyane, l'équipe poursuit son programme de médiation en santé sur l'île de Cayenne (équipes mobiles réalisant des consultations médicales, sociales, actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage VIH/VHC) dans les quartiers d'habitat informel. Une permanence en lieu fixe est également assurée afin d'orienter et d'accompagner les personnes vers l'accès aux droits. Les informations recueillies lors de ces activités permettent à MdM de témoigner des obstacles à l'accès aux droits et aux soins spécifiques à ces territoires.

RÉSUMÉ

► En 2018, Médecins du Monde (MdM) compte 62 programmes dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. L'objectif est de promouvoir ou faciliter leur accès aux droits et aux soins. Nos équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurer la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.

6

LES PERSONNES RENCONTRÉES AU SEIN DES PROGRAMMES DE MDM

En 2018, 24 072 personnes ont été accueillies dans les Caso de MdM. Dans plus de 80 % des cas, les personnes se rendent pour la première fois dans les Caso pour des besoins en santé et un tiers d'entre elles s'adressent à MdM pour bénéficier d'un accompagnement social, juridique ou administratif.

Les personnes rencontrées sont dans 64,2 % des cas des hommes. Il s'agit d'une population relativement jeune (47 % des personnes ont entre 18 et 34 ans) et en très grande majorité de nationalité étrangère (97,3 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines des personnes reçues avec 147 nationalités représentées. Les personnes reçues sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (49,8 %), du Maghreb (23,5 %) et de l'Union européenne (10,2 %).

Près de 62 % des personnes accueillies, en 2018, dans les Caso sont en situation irrégulière au regard du séjour. En outre, plus d'un tiers, des étrangers en situation régulière sont en situation administrative précaire dans la mesure où ils ne disposent que d'un titre de séjour de moins de six mois et peuvent basculer rapidement dans l'irrégularité.

En 2018, 3 342 demandeurs d'asile ont été reçus dans les Caso, soit 14,1 % de la file active totale. Plus de la moitié des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne et près d'un quart d'Europe (hors UE). En théorie, ils doivent pouvoir bénéficier de l'assurance maladie et ce, sans durée préalable de séjour¹. Cependant l'accès aux droits demeure compliqué et les demandeurs d'asile rencontrent de nombreux freins comme la complexité des démarches administratives, la barrière linguistique ou encore la méconnaissance des droits et des structures de soins : ainsi seuls 18 % des demandeurs d'asile ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus dans les Caso pour la première fois.

Par ailleurs, les équipes de MdM continuent de constater des dysfonctionnements majeurs dans les capacités d'accueil des demandeurs d'asile qui ne sont pas épargnés par les problèmes de logement bien qu'ils puissent en théorie bénéficier d'un dispositif d'hébergement. Ainsi, seuls 19,9 % ont déclaré être hébergés par un organisme ou une association et 49,4 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour de leur première visite au Caso. Les dispositifs d'hébergement dédiés aux demandeurs d'asile sont aujourd'hui tellement saturés que même les familles accompagnées d'enfants ne sont plus hébergées.

(1) Les demandeurs d'asile en procédure Dublin ont droit comme tout demandeur d'asile à l'assurance maladie et à la complémentaire CMU s'ils ont des ressources inférieures au plafond.

La part des mineurs reçus dans les Caso a augmenté progressivement au cours des dix dernières années. En 2018, 3 564 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 14,8 % de la file active totale. Plus de deux tiers (71,3 %) des mineurs reçus sont des garçons et l'âge moyen des mineurs s'élève à 10,9 ans. Les mineurs sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (54,5 %), notamment de Guinée (17,7 %) et de Côte d'Ivoire (13,7 %). La plupart d'entre eux se trouvent en situation d'errance et de grande précarité sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent bénéficier en France. Les conditions de vie des mineurs accueillis dans les Caso sont très difficiles : 31 % sont sans domicile fixe et 8 % vivent dans un squat ou dans un bidonville. Tous les mineurs présents en France peuvent théoriquement disposer d'une couverture maladie (AME ou PUMa) sans condition de durée de séjour. Cependant, en pratique, seulement 7,2 % des mineurs sont couverts.

Dans les zones rurales, les premières personnes impactées par la diminution de l'offre de services publics mais aussi la dématérialisation des procédures administratives sont les plus précaires ; ceux qui bien souvent n'ont pas les moyens de se déplacer pour des raisons économiques, professionnelles ou matérielles. En 2018, par le biais d'une démarche de médiation en santé, 374 personnes ont été prises en charge, 178 dans les Combrailles et 196 dans la Haute vallée de l'Aude. La majorité des personnes rencontrées ont plus de 50 ans, sont de nationalité française et sans activité professionnelle. Dans les Combrailles, plus d'une personne sur deux est en situation de très grande précarité au sens du score Épices².

LES PROBLÈMES DE SANTÉ ASSOCIÉS AUX CONDITIONS DE VIE ET D'ACCUEIL DES PERSONNES EN FRANCE

En 2018, 15 025 personnes ont été reçues dans les Caso par un médecin généraliste et 22 092 consultations de médecine générale ont été réalisées. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif (24,3 %), ostéoarticulaire (20,1 %) et respiratoire (19,7 %).

Force est de constater que plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique selon le diagnostic des médecins. Or, les conditions de vie de ces personnes sont souvent peu compatibles avec l'observance aux traitements et/ou une continuité des soins. Ceci pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi l'ensemble des personnes reçues en consultation médicale, près de la moitié n'avait ni suivi, ni traité le problème de santé avant leur première visite au Caso.

>> La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé³, qui reprend en partie la stratégie "Ma santé 2022" (publiée en juillet 2019) et la stratégie de lutte contre la pauvreté (annoncée en septembre 2018) n'ont pas apporté de mesures concrètes pour défendre l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. MdM continue de se mobiliser, en lien étroit avec des partenaires associatifs, afin que la lutte contre les inégalités sociales de santé soit véritablement prise en compte dans l'évolution du système de santé français.

SANTÉ MENTALE : POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Une pathologie psychique ou psychiatrique a été diagnostiquée chez près de 9 % des patients reçus en consultation de médecine générale en 2018 ; un chiffre très probablement sous-estimé dans la mesure où ces troubles sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé.

Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs. Les patients victimes de violences, demandeurs d'asile ou les personnes seules ou vivant à la rue ont une prévalence plus élevée de troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique. De plus, 12 % des mineurs non accompagnés (MNA) sont concernés par des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique.

L'accès aux soins de santé mentale pour les étrangers en situation précaire est particulièrement difficile. Le manque de structures et de moyens alloués à la psychiatrie publique en France et les obstacles tels que la barrière linguistique, l'absence de protection maladie, le contexte de précarité sociale et/ou administrative rendent complexe l'inscription de ces populations dans une prise en charge de long terme.

>> MdM milite pour mettre en place un accueil respectant les droits fondamentaux des personnes, dont leur sécurité et leur intégrité physique et psychique.

>> MdM demande à développer, pour une meilleure prise en charge des populations confrontées à de multiples vulnérabilités en santé, des lieux identifiés, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico psychologique (CMP), lits d'accueil médicalisés (LAM), lits halte soins santé (LHSS)...) doivent être renforcés et leur offre de soins adaptée aux populations précaires et migrantes avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel.

(2) Le score Epices est un indicateur individuel de précarité, construit en 1998, qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité. Il se base sur 11 questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) [CETAF 2005].

(3) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

UN ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES LIMITÉ POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

En 2018, 4 720 femmes de 15 ans ou plus ont été reçues en consultation médicale avec un médecin généraliste et 343 femmes ont réalisé une consultation gynécologique. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une très grande partie d'entre elles venant de pays où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive est limitée. En matière de planification familiale, la contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans reçues au Caso apparaît peu fréquente puisque seules 11,2 % en ont déclaré une et que seules 7,2 % des femmes qui n'en ont pas en souhaiteraient par ailleurs une. De plus, 81 % des femmes âgées de 25 à 65 ans rencontrées au Caso n'ont jamais réalisé de frottis au cours de leur vie alors que – rappelons-le – le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers marquant les inégalités sociales.

En 2018, 12,4 % des femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Parmi ces femmes, 5,6 % étaient mineures, soit deux fois plus qu'en population générale pour les moins de 20 ans. **La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. En effet, 42,3 % des femmes enceintes reçues dans les Caso présentent un retard de suivi de grossesse et seulement 46,7 % ont eu accès à des soins prénatals au cours de la grossesse.**

>> Mdm demande une amélioration de l'information et de la formation en santé sexuelle et reproductive, de l'offre générale, ainsi qu'un renforcement et une adaptation de l'offre de santé sexuelle notamment pour les femmes en situation de migration ou de précarité.

Au regard des recommandations de santé publique, les taux de vaccination des personnes reçues sont trop faibles alors même que les obligations françaises de vaccination ont été renforcées en 2018. Près de 30 % des enfants de 15 ans ou moins reçus pour la première fois au Caso ne sont pas à jour dans les vaccins Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) et près de 40 % dans les vaccins contre la coqueluche et le ROR (rougeole, rubéole, oreillons). Les mineurs non accompagnés sont encore moins vaccinés que les autres enfants du même âge reçus au Caso. De plus, ces taux de vaccination sont encore plus faibles pour les patients de plus de 15 ans. Près de la moitié d'entre eux ne sont pas vaccinés contre le DTP et plus de deux tiers contre la coqueluche, le ROR et l'hépatite B. Les résultats mettent en évidence l'impact des conditions de vie sur le taux de vaccination : les personnes vivant dans les conditions de logement les plus précaires présentent les taux de vaccination les plus faibles.

En 2018, près de 2 000 personnes ont bénéficié de consultations individuelles dédiées de prévention et plus de 1 600 personnes ont bénéficié de séances collectives. Par ailleurs, 2 198 tests rapides d'orientation diagnostique (TROD VIH et TROD VHC) ont été réalisés dans les Caso et les programmes mobiles. Les conditions de vie et l'absence de couverture maladie constituent des premiers obstacles au dépistage pour ces populations, qui ont bien souvent d'autres priorités

à gérer que leur santé. Parmi les personnes reçues en consultation de médecine générale dans les Caso, seules 34 % ont été interrogées sur les dépistages sérologiques pour les hépatites et le VIH au cours de leur vie. Parmi elles, 41,4 % connaissaient leur statut sérologique pour les hépatites et 27,9 % pour le VIH. Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso.

>> Mdm milite pour un renforcement des structures de proximité telles que les PMI et pour le développement d'actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire (campagne de rattrapage vaccinal, action en cas de risque épidémique, etc.).

>> Mdm recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'« aller-vers » en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La Protection universelle maladie (PUMA) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 et remplace ainsi la CMU de base. La réforme de 2016 a certes poursuivi des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime) mais elle a maintenu, à côté d'un droit à l'assurance maladie pour tous, un dispositif d'Aide médicale de l'État (AME) réservé aux seuls étrangers démunis et en situation irrégulière. **En 2018, la très large majorité du public accueilli dans les Caso n'a pas de couverture maladie.** En effet, seules 14,2 % des personnes disposent d'une couverture maladie, quelle que soit leur situation administrative, lorsqu'elles viennent pour la première fois au Caso ; alors même que 7 personnes sur 10 relèveraient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative. Enfin, près de 30 % des personnes rencontrées dans les Caso restent exclues de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de trois mois à démontrer depuis 2005 pour pouvoir bénéficier de l'AME.

>> Mdm milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, et ce quelle que soit leur situation administrative.

>> Mdm demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la PUMA serait à ce titre une mesure de santé publique majeure qui améliorerait la prévention et la promotion de la santé et constituerait une réforme pragmatique sur le plan économique, en permettant un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.

Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les obstacles les plus fréquemment cités par les patients reçus dans les Caso. S'ajoutent à cela des dysfonctionnements et des pratiques abusives des administrations (demandes de documents injustifiées, refus d'adresse déclarative, politiques restrictives d'accès la domiciliation, etc.). **Un tiers des personnes de 16 ans et plus reçues dans les Caso ont besoin d'une domiciliation administrative pour accéder à leurs droits.** On constate un désengagement des services publics et une non-application fréquente du droit et des procédures par le secteur institutionnel. Par ailleurs, la dématérialisation des services publics constitue une véritable barrière à l'accès aux soins pour un certain nombre de personnes, en particulier celles ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les usages d'Internet.

Ces obstacles sont dénoncés depuis de nombreuses années par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité et ont été confirmés par le Défenseur des droits qui rappelle qu'1 personne sur 5 en France éprouve des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes. **Par ailleurs, 16 % des personnes reçues évoquent des barrières linguistiques et 15 % des difficultés financières pour accéder aux soins.** La diversité des origines des personnes accueillies dans les Caso se traduit par la nécessité de recourir à un interprète pour plus de 3 personnes sur 10.

De plus, le contexte répressif et législatif a indéniablement pour effet l'éloignement des personnes des structures de santé et du recours à la prévention et aux soins. Près de 40 % des étrangers en situation irrégulière en viennent à limiter leurs déplacements ou activités par peur des arrestations.

>> Mdm milite pour que le droit à la domiciliation soit garanti à toute personne ainsi que l'application du principe de l'adresse déclarative par les caisses de sécurité sociale.

>> Mdm appelle à ce que les efforts soit poursuivis afin de développer l'accès et le recours à l'interprétariat dans l'ensemble des structures médicosociales, afin d'assurer une prise en charge de qualité aux personnes peu ou pas francophones et de lutter ainsi contre un frein majeur dans l'accès à la santé.

>> Mdm maintient sa demande d'augmentation du seuil d'attribution de la Complémentaire santé solidaire gratuite (fusion CMU-c et ACS) au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

>> Mdm appelle à poursuivre l'ouverture des Pass en France et à consolider ce dispositif afin de faciliter l'accès aux soins à toute personne en situation de précarité et suggère le déploiement plus important de Pass mobiles.

>> Mdm salue les objectifs affichés par l'Assurance maladie sur la lutte contre le non-recours et les

ruptures de droit, mais souligne sa tendance à déléguer à d'autres structures une partie de ses missions. Mdm souhaite réaffirmer que l'ouverture des droits constitue une mission de service public de l'Assurance maladie, qui implique un accueil physique des personnes ainsi qu'un accompagnement matériel à la constitution administrative des dossiers.

DES POLITIQUES ATTENDUES POUR GARANTIR LE RESPECT DES DROITS HUMAINS

DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES QUI IMPACTENT LA SANTÉ

L'état des conditions de vie des personnes rencontrées est une préoccupation majeure des équipes de Mdm qui tentent de trouver des solutions à l'absence d'éléments aussi nécessaires que la santé, l'hébergement ou la nourriture à travers des consultations socio-médicales et le travail d'orientation vers les structures adéquates. Les personnes rencontrées par Mdm cumulent souvent des facteurs communs de vulnérabilité : vie à la rue ou dans des habitats précaires, manque de maîtrise de la langue, isolement social et familial, errance, épuisement et contrainte souvent violente de quitter les lieux où ils s'arrêtent régulièrement.

Le logement est un marqueur de précarité et force est de constater que la situation est toujours alarmante : 4 millions de personnes restent mal logées ou privées de domicile et parmi elles, 143 000 personnes sont sans domicile fixe (personne sans abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cda ou hébergées dans un logement associatif) [FAP, 2019].

Depuis près de trente ans, Mdm mène des actions spécifiques auprès des personnes sans domicile fixe et des personnes vivant en bidonville. En 2018, 12 400 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 2 400 personnes ont bénéficié des interventions de Mdm en bidonville ; plus de 5 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso. Les conditions de logement sont particulièrement difficiles pour la quasi-totalité des patients reçus dans les Caso puisque seuls 6,3 % d'entre eux disposent d'un logement personnel lorsqu'ils se présentent pour la première fois au Caso. 6 personnes sur 10 sont hébergées, en majorité par de la famille ou des amis, et 6 % vivent en squat ou bidonville. Enfin, plus d'un quart des personnes sont sans domicile fixe.

En 2017, la crise de l'hébergement d'urgence était déjà profonde. En 2018, elle s'est aggravée, et les associations n'ont cessé d'alerter sur la situation catastrophique des personnes qu'elles accompagnent. Face aux grandes difficultés pour joindre le 115 ou obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins, beaucoup se découragent et renoncent même à y avoir recours. Le mal-logement a des conséquences lourdes sur la santé et l'accès aux soins des personnes vivant à la rue et en bidonville car il entraîne des difficultés de suivi de

traitement, une impossibilité d'accès à certaines structures exigeant une domiciliation, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux mais aussi une incapacité à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs. De plus, les personnes vivant dans les bidonvilles vivent dans l'angoisse permanente des expulsions, qui rendent impossible toute inscription dans un parcours de long terme en matière de soins, d'insertion et de scolarité.

>> MdM milite pour une approche globale incluant le logement, la santé, l'insertion par le travail, politiquement portée, notamment par le nouveau plan pauvreté.

>> MdM rappelle que l'inconditionnalité de l'accueil doit rester au cœur de l'action sociale, pour que les personnes sans abri aient un accès effectif à un toit.

>> MdM milite pour un renforcement des dispositifs spécifiques que sont les Lits halte soins santé (LHSS), les Lits d'accueil médicalisés (LAM) et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour permettre aux personnes en grande précarité d'être hébergées dans des conditions compatibles avec leur état de santé.

>> MdM demande l'accès au logement digne, stable et adapté des personnes vivant actuellement en bidonvilles, et le déploiement d'un accompagnement global dans la lignée de l'instruction interministérielle du 25 janvier 2018 dont l'objectif affiché est la résorption des bidonvilles. MdM demande, à défaut, l'établissement de conditions de vie et d'hygiène dignes, ne mettant pas en danger la santé des personnes : l'accès à l'eau, aux sanitaires et le ramassage régulier des ordures sont des préalables indispensables.

>> MdM appelle à prioriser la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (gale, rougeole, coqueluche, IST, tuberculose, etc.), y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur le terrain. La santé publique doit nécessairement primer sur l'impératif d'expulsion.

>> MdM demande la révision du dispositif spécifique visant les ressortissants européens inactifs (CREIC) qui ralentit aujourd'hui considérablement l'ouverture des droits et donc l'accès effectif au parcours de soins.

LES POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ MINÉES PAR LES LOGIQUES RÉPRESSIVES ET CIBLÉES

L'accueil des populations en situation de grande précarité en France

Comme redouté par les équipes de MdM, la loi « asile et immigration » de 2018 réforme un certain nombre d'éléments relatifs au séjour des étrangers et s'axe principalement sur une multiplication des mesures coercitives, une réduction des garanties procédurales, une optimisation de l'éloignement et une augmentation des dispositions restreignant l'entrée sur le territoire

français et le séjour dans des conditions dignes⁴. Loin de proposer une amélioration des conditions d'accueil, le texte se concentre sur le schéma national de répartition des demandeurs d'asile et prévoit de nombreux cas de retrait des conditions matérielles d'accueil en cas de non-respect des orientations en région proposées aux demandeurs d'asile. Les mesures comme la revalorisation de l'allocation aux demandeurs d'asile, l'homogénéisation des structures d'hébergements (CAO, CAES, CADA, etc.) ou encore l'amélioration de la qualité dans l'accompagnement – juridico-social notamment – n'ont pas vu le jour dans la loi « asile et immigration ».

Les équipes MdM présentes depuis plus de trente ans en France constatent une aggravation des conditions de vie et de santé des exilés avec une augmentation des espaces d'indignité dans toutes les métropoles françaises. À Grande-Synthe, Calais, Paris, chacun voit campements, squats d'exilés s'organiser et se faire expulser plaçant ainsi les personnes dans une logique de survie. Le juge administratif apparaît comme l'un des leviers utilisés par les associations pour rappeler à l'État et aux collectivités leurs obligations en matière de respect des droits fondamentaux et pour dénoncer les conditions dans lesquelles les personnes exilées sont maintenues : pas d'accès à l'eau, à des sanitaires et pas d'information sur l'asile.

>> MdM demande l'ouverture de voies d'accès sûres et légales en Europe et dénonce les politiques migratoires répressives et hostiles à l'accueil des exilés ainsi que toutes les formes de violences qui en résultent.

>> MdM demande la création de lieux d'accueil réellement inconditionnel et hospitalier répartis sur le territoire afin que les exilés à la recherche d'un refuge cessent d'en être réduits à la vie à la rue, dans un dénuement total.

>> MdM milite pour un devoir d'information, d'aide et d'accompagnement des personnes dans leurs démarches, en tenant compte de leur projet de vie en Europe.

Enfants et adolescents non accompagnés : des jeunes en danger et maltraités

En Europe, les enfants représentent un tiers des personnes exilées. Parmi ces mineurs exilés, certains sont seuls, sans parent ou tuteur légal : ce sont les mineurs isolés (MIE) ou non accompagnés (MNA). Plus de 1800 MNA ont été accueillis en 2018⁵ dans les programmes MdM. **Si le cadre législatif français prévoit que tout mineur en danger, français ou étranger, bénéficie des dispositifs de la protection de l'enfance, les autorités chargées de leur protection les accueillent la plupart du temps dans un climat de suspicion et remettent en cause leur parole.** En effet, leur minorité est souvent réfutée par des évaluations subjectives, qui se fondent très largement sur des méthodes médicales unanimement contestées

(4) Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie.

(5) Il s'agit du nombre de MNA accueillis dans les Caso de MdM, ainsi que sur les programmes dédiés aux MNA de Paris, Nantes, Caen et Rouen.

de détermination de l'âge. Ces pratiques d'évaluation se révèlent être des sources de traumatismes additionnels pour un public déjà fragilisé, en situation d'errance et surexposé à des risques d'exploitation et de violence. De plus, la création d'un fichier biométrique pour les enfants et adolescents non accompagnés par la loi « *asile et immigration* » a transformé la protection de l'enfance en un véritable instrument de lutte contre l'immigration irrégulière et persiste à considérer les enfants et adolescents non accompagnés comme des migrants et de potentiels fraudeurs.

>> Le système actuel dit « d'accueil » de ces jeunes remet en cause les exigences de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant, spécifiés dans de nombreux engagements internationaux.

>> MdM plaide depuis plusieurs années pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil pour permettre à tous ceux qui sollicitent une protection en tant que mineurs non accompagnés de bénéficier d'une protection immédiate, d'un hébergement digne, en sécurité, d'un temps de répit dans un environnement protecteur, bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène suffisantes, d'une information sur leurs droits et d'un accès à la santé immédiat. L'évaluation de la situation doit être faite de la manière la plus objective possible, en respectant la présomption de minorité et l'intérêt supérieur de l'enfant.

Travailleuses-eurs du sexe : quels constats, trois ans après l'adoption de la loi de 2016 ?⁽⁶⁾

Le travail du sexe recoupe des réalités très diverses (travail de rue ou en intérieur, régulier ou occasionnel, de façon contrainte ou autonome, dans des conditions plus ou moins précaires...) qui rendent particulièrement difficile l'estimation du nombre de personnes pouvant être concernées. Les seules données disponibles proviennent des autorités en charge de la sécurité publique et de la lutte contre la traite des êtres humains et ne reflètent pas l'ensemble de la situation. Il est donc difficile de donner des chiffres qui rendent compte de la réalité. En 2018, les équipes MdM ont réalisé 15 888 contacts auprès de 1 345 travailleuses-eurs du sexe (TdS).

La loi du 13 avril 2016 a abrogé le délit de racolage public, mis en place un parcours de sortie de prostitution et instauré un volet répressif avec la pénalisation des clients de TdS. Selon une enquête de 2018 menée par deux chercheurs, en coopération étroite avec un réseau d'associations de terrain dont MdM, **63 % des TdS ont connu une détérioration de leurs conditions de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % ont été confrontés à une diminution de leurs revenus** [Le Bail 2018]. L'ensemble de ces résultats a été confirmé un an plus tard par la même équipe de recherche qui a poursuivi, en mars 2019, ce travail d'analyse sur l'impact de la loi [Le Bail, 2019].

Deux ans après le vote de la loi, 22 associations et 30 TdS se sont engagés.e.s devant le Conseil constitutionnel afin de faire déclarer la loi de 2016 contraire à la Constitution

française. Le Conseil constitutionnel s'est prononcé, début 2019, pour le maintien de la pénalisation des clients qui constitue pourtant une atteinte à la santé, à la sécurité et aux droits des TdS, quel que soit leur degré d'autonomie dans leur activité. Ainsi, les associations regrettent que l'opportunité d'abroger cette mesure, qui avait été rejetée par le Sénat en 2016 et fermement contestée par la CNCDH, le DDD et par près de 150 professionnels de santé dans une tribune, n'ait pas été saisie.

>> MdM rappelle qu'une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des TdS.

>> MdM, aux côtés des associations mobilisées avec et pour les droits des TdS, appelle les décideurs politiques à revenir sur ces dispositions législatives inadaptées. Il est essentiel de défendre les enjeux de santé et les droits des TdS, de lutter véritablement contre les violences, l'exploitation et la traite des êtres humains dans une approche pragmatique et non idéologique et en s'appuyant sur la parole et les besoins des personnes concernées elles-mêmes.

(6) Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

Direction des Opérations France – Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62 rue Marcadet – 75018 Paris
Tél : 01 44 92 99 92
d-o-f@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique : CommeQuoi ?
www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Pauline De Smet

Photos : © Olivier Papegnies – Collectif Huma

Impression :

Le Révérend Imprimeur
www.lereverend.com

ISSN : 1776-2510
Dépôt légal : octobre 2019

EN COLLABORATION AVEC
