



# OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES  
DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE

# ÉDITO

2000...2020, 2021, 2022...

Combien d'années devons-nous encore attendre pour voir se concrétiser un véritable droit à la santé ? En 2021, parmi les personnes disposant de droits théoriques à la couverture maladie, 81,3 % n'en bénéficiaient pas.

La France fait partie des pays où, malgré un bon état de santé général en moyenne, les inégalités sociales de santé sont parmi les plus fortes en Europe occidentale (*Menvielle & Lang, 2021*).

Chaque année, le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde en France prend le pouls de notre système de santé. Cette année, une fois encore, les chiffres ne sont pas bons.

Il y a celles et ceux que nous croisons à MdM, celles et ceux qui s'adressent à nous et celles et ceux vers qui nous allons. Il y a aussi celles et ceux qui ne croisent jamais le chemin des acteurs et actrices du système de santé ou de l'associatif. Derrière chaque chiffre, il y a une personne dont le combat quotidien est protéiforme : recherche de travail, de logement, de nourriture voire de soins, d'une contraception ou de médicaments.

Ce combat n'est pas de ceux qui peuvent, parfois, être structurants. Celui-ci concerne des besoins fondamentaux et n'a rien d'ordinaire ni de normal. Il est violent et délétère pour les personnes qui le mènent. C'est aussi un combat déshonorant pour une société supposément basée sur un modèle de solidarité et qui croyait son système de santé le meilleur au monde.

Pourtant, chaque année et sur nos différentes actions, nous assistons à une dégradation de l'état de santé des personnes que nous rencontrons et dont les parcours sanitaires sont marqués par des ruptures de continuité dans l'accès aux droits et aux soins.

C'est à l'État de garantir un égal accès aux soins et à la santé pour toutes et tous. Pourtant, depuis plusieurs années, il échoue. Les choix opérés ont conduit à l'effondrement de notre système de santé.

Pire, nous assistons à une utilisation politique déplacée du droit inconditionnel de chacune et chacun à se soigner.

Sur le terrain, nous voyons les effets dévastateurs des restrictions d'accès à une couverture maladie pour les étrangers en situation précaire mises en place dès 2019.

La crise sanitaire dont nous sortons à peine a révélé l'état de décomposition de notre système de santé, que nous savions déjà exsangue. La santé, pourtant bien commun essentiel, est désormais une composante majeure de l'accroissement des inégalités sociales.

Les difficultés d'accès aux soins que rencontrent les personnes précarisées laissent entrevoir une situation qui tend à se généraliser pour une part de plus en plus importante de la population.

Certaines initiatives telles que celle de « l'aller-vers » et la médiation en santé sont à saluer. Il faut cependant aller plus loin et développer davantage de dispositifs accessibles, compréhensibles par toutes et tous et mettre fin aux filières spécifiques dédiées aux personnes en situation précaire.

Tout un chacun doit être en mesure d'effectuer des choix concernant sa santé. Cela n'est possible que lorsque l'accès aux droits, aux soins et à un logement est garanti.

Nous, acteurs et actrices de terrain, avons conscience qu'il n'existe pas de solution miracle. Néanmoins, nous savons qu'il est urgent d'appeler à une politique de santé publique basée sur les principes fondamentaux de la solidarité et de la non-discrimination. Il est nécessaire que les autorités publiques affichent une volonté politique forte de considérer la santé comme un bien commun et la solidarité envers toutes et tous comme un pilier de leur politique sanitaire.

Les politiques actuelles constituent un obstacle à la réalisation du droit à la santé de chacune et chacun, or la mise en place d'une politique et d'un système de santé public de droit commun devrait être une priorité.

Il est également primordial d'intégrer celles et ceux qui sont exclus et de ne pas contribuer à la précarisation de davantage de personnes. Nous sommes toutes et tous dans le même monde, la même société.

L'Observatoire est un outil pour construire des propositions, convaincre et avancer vers un monde où les obstacles à la santé auront été abolis.

**Docteure Florence Rigal**  
**Présidente de Médecins du Monde**

# SOMMAIRE

<b>P. 3</b>	<b>ÉDITO</b>
<b>P. 6</b>	<b>RÉSUMÉ</b>
<b>P. 12</b>	<b>SIGLES ET ACRONYMES</b>
<b>P. 14</b>	<b>PANORAMA DES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2021</b>
<b>P. 18</b>	<b>LES PROGRAMMES EN CHIFFRES</b>
<b>P. 19</b>	<b>CARTE PROGRAMMES FRANCE</b>

## **P. 21** CHAPITRE 1 - LES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

### **P. 22** UNE POPULATION TRÈS PRÉCARISÉE, MAJORITAIREMENT JEUNE, AUX DIVERSES NATIONALITÉS

- p. 24 Une multiplicité de nationalités et une arrivée récente sur le territoire
- p. 25 Des facteurs précarisant : ressources insuffisantes, lieux de vie inadaptés, éclatement des familles

### **P. 27** DES POPULATIONS VIVANT DANS DES CONDITIONS DE LOGEMENT SOUVENT TRÈS PRÉCAIRES

- p. 28 Personnes vivant en squat ou bidonville
- p. 30 Personnes sans domicile fixe
- p. 31 Hébergement précaire : santé dégradée
- p. 32 Les caractéristiques selon les catégories de populations
- p. 32 Les mineurs : la convention des droits de l'enfant non respectée
- p. 36 Discrimination de genre et précarité : la double peine
- p. 38 Les personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour
- p. 39 Les demandeurs d'asile : un total déni de leur besoin de protection

## **p. 43** CHAPITRE 2 - ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION DES PERSONNES PRÉCARISÉES

### **p. 44** L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO : UNE SANTÉ DÉGRADÉE

- p. 47 Près de six patients sur dix souffrent de pathologie chronique
- p. 48 Les caractéristiques de santé de quelques publics spécifiques particulièrement vulnérabilisés
- p. 50 État de santé bucco-dentaire

### **p. 53** DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRÉCARITÉ LOURDE DE CONSÉQUENCES

- p. 53 Promouvoir les droits et la santé sexuels et reproductifs : un enjeu clé, mais négligé
- p. 54 Améliorer l'accès des personnes précarisées aux DSSR en France : une priorité de santé
- p. 55 Dépistage et prévention du VIH, des hépatites virales et autres IST : un accès insuffisant

- p. 57 Une absence de suivi gynécologique régulier lourde de conséquences
- p. 59 Femmes enceintes et mères en grande précarité : enjeux forts pour la mère et l'enfant

### **p. 62** LA PRÉVENTION ET LA VACCINATION COVID

- p. 62 Tester, alerter, protéger
- p. 64 Les barrières d'accès à la santé deviennent des murs
- p. 65 Un accès inégal à la vaccination Covid-19

### **p. 70** LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES PERSONNES AUX TRAJECTOIRES DE VIES DIFFICILES ET SOUVENT MARQUÉES PAR LA VIOLENCE

- p. 70 Des patients aux détresses psychologiques extrêmes
- p. 74 Les violences tout au long du parcours jusqu'au pays d'accueil...
- p. 75 La santé mentale en temps de Covid-19

## **P. 77** CHAPITRE 3 - UN ACCÈS INSUFFISANT AUX DROITS ESSENTIELS ET AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

### **P. 78** PAS DE SANTÉ SANS TOIT NI DROITS

- p. 78 La crise sanitaire, une prise de conscience en demi-teinte dans la lutte contre le sans-abrisme
- p. 79 Augmentation et pérennisation des places d'hébergement, mais toujours plus de besoins
- p. 80 Toujours davantage d'hôtels, mais après ?
- p. 80 Des avancées sur l'accès à l'eau, mais des progrès restent à faire
- p. 82 La politique nationale, de résorption ou d'expulsion des bidonvilles ?

### **P. 84** PAS DE SANTÉ SANS DROITS

- p. 84 L'information sur les droits en santé, première rupture d'égalité
- p. 86 L'accès au service public, un impensé, marqueur d'inégalités sociales de santé
- p. 88 Droits en santé : un cadre légal et réglementaire complexe, une mise en œuvre hétérogène

### **P. 92** PAS DE SANTÉ SANS ACCÈS AUX SOINS DANS UN PARCOURS DE DROIT COMMUN

- p. 92 Les barrières de l'accès aux soins
- p. 95 Dégradation de l'hôpital public : un accès aux soins de plus en plus difficile
- p. 98 Renoncement aux soins et retard de soins
- p. 100 Les dispositifs de prise en charge et de prévention santé-précarité

### **P. 104** RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### **P. 108** MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

### **P. 110** ACTIVITÉS PAR CASO

### **P. 111** ANALYSES PAR CASO

# RÉSUMÉ

## LES PERSONNES RENCONTRÉES AU SEIN DES CASO DE MDM

Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social. Les aspects sociaux environnementaux et économiques influent de manière combinée sur les inégalités. Le cumul de ces barrières dégrade considérablement le bien-être physique et moral des personnes.

**En 2021, 15 355 personnes ont été accueillies dans les Caso de MDM.** Dans plus de 75 % des cas, les personnes se rendent pour la première fois dans les Caso pour des besoins en santé et plus de deux personnes sur cinq s'adressent à MDM pour bénéficier d'un accompagnement social, juridique ou administratif.

Les personnes rencontrées sont du genre masculin dans près de 70 % des cas. Il s'agit d'une population relativement jeune (51 % des personnes ont entre 18 et 34 ans) et en très grande majorité de nationalité étrangère (97 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines, avec 134 nationalités représentées. Les personnes reçues sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (41 %), du Maghreb (près de 30 %) et de l'Union européenne (10 %).

En 2020, la crise sanitaire a particulièrement impacté le niveau de vie des personnes les plus précarisées (98 % des personnes accueillies dans les Caso ont déclaré vivre sous le seuil de pauvreté). En 2021 encore, les ressources financières des personnes rencontrées sont pratiquement inexistantes et près de 96 % se situent en dessous du seuil de pauvreté monétaire<sup>4</sup> ; parmi elles, 43 % n'ont aucune ressource.

**Un peu plus de 53 % des personnes accueillies dans les Caso sont en situation administrative irrégulière au regard du séjour.** Parmi elles, près de sept personnes sur dix sont hébergées. Parmi les personnes en situation administrative irrégulière reçues en consultation de médecine généraliste, les médecins ont repéré un **retard de recours aux soins chez près de 52 % d'entre elles et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente pour 40 % d'entre elles.**

**Les demandeurs d'asile représentent plus de 12 % de la file active totale.** En lien avec le retour des Talibans au pouvoir à Kaboul en 2021, le nombre de demandeurs d'asile afghans a triplé. En effet, en 2021 les Afghans, les Nigériens et les Guinéens sont les plus représentés. Légalement, durant l'examen de leur demande d'asile, les personnes doivent bénéficier de conditions matérielles

d'accueil. Or la situation des demandeurs d'asile reçus dans les Caso témoigne de la difficulté d'être hébergés dans des conditions dignes puisque notamment deux sur cinq sont sans domicile fixe. **Un retard de recours aux soins est constaté chez plus de 48 % des patients reçus en consultation de médecine généraliste et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente a été repéré pour plus de 46 % d'entre eux.**

La proportion de mineurs présents dans les Caso avait baissé avant 2020 et reste stable en 2021. Les équipes de MDM ont reçu 1 340 mineurs (soit près de 9 % de la file active totale) dont 332 mineurs non-accompagnés (MNA) (qui représentent 38 % de l'ensemble des mineurs). **Les MNA ayant entre 6 et 15 ans sont rarement scolarisés (près de 81 % ne le sont pas). Plus de la moitié des MNA (51 %) reçus dans les consultations de médecine générale présentent un retard de recours aux soins repéré par les médecins et 59 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente.**

**En 2021, seulement 8 % des personnes rencontrées dans les Caso occupent un logement personnel. Près de trois personnes sur dix vivent en logement très précaire :** en bidonville ou squat, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée. Le mal-logement a de lourdes conséquences sur la santé et l'accès aux soins des personnes concernées. Il entraîne des difficultés de domiciliation, une entrave à l'accès aux droits, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux, des difficultés de suivi de traitement mais aussi une difficulté à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs.

En 2020, 43 000 places d'hébergement ont été ouvertes. Le nombre de places s'est maintenu en 2021, conformément aux demandes formulées par le secteur associatif. Malgré cela, les besoins des personnes sont loin d'être satisfaits notamment parce que leur parcours de soin est haché et défaillant : pas de prise en charge au moment opportun, pas de suivi médical et social adéquat à la suite d'un passage dans une structure de soins.

Les perspectives de l'habitat sont peu encourageantes : le gouvernement prévoit la suppression de 14 000 places d'hébergement à la fin 2023. Concernant la résorption des bidonvilles, l'existence d'un cadre national constitue une réelle avancée, il est cependant insuffisant lorsque cette instruction n'est pas contraignante et ne couvre pas l'ensemble des populations concernées, ni des territoires, et dispose d'un budget insuffisant.

MdM milite pour :

- L'interdiction des expulsions sans relogement pérenne et adapté ;
- La garantie de l'accès, sans discrimination, à un lieu et des conditions de vie dignes et le droit à un accompagnement respectueux des parcours de vie des personnes ;
- L'instauration d'un cadre juridique contraignant autour de la résorption de tous les lieux de vie informels, l'augmentation du budget dédié, l'élargissement aux publics extra-européens et l'adaptation aux territoires ultra-marins.

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

### LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTÉRIORÉE PAR LEURS SITUATIONS DE PRÉCARITÉ

En 2021, 13 345 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 9 090 patients avec en moyenne 1,5 consultations par patient concerné. Lors de ces consultations, des troubles liés au système digestif sont diagnostiqués chez plus d'un patient sur cinq (23 %) ainsi que des troubles ostéoarticulaire (près de 21 %), ou d'ordre dermatologique (15 %), respiratoire (près de 15 %) ou psychologiques (9 %).

Selon l'avis des médecins, **au moins 85 % des patients reçus en consultation en 2021 nécessitent un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie.** Parmi eux, près de la moitié n'étaient pas suivis ou traités avant leur venue dans les Caso.

D'après les médecins, **plus de la moitié des personnes reçues en consultation dans les Caso avaient un retard de recours aux soins, et 44 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente.**

Près de six patients sur dix souffrent de pathologie chronique (56 %) d'après les médecins. Les conditions de vie précaires favorisent la survenue et l'aggravation des maladies chroniques. Plus inquiétant encore, **près de deux pathologies chroniques sur cinq nécessitant un suivi ou un traitement n'avaient pas été suivies avant la consultation** dans les Caso. Parmi les personnes reçues en 2021, 67 % ont un retard de recours aux soins, et près de 56 % d'entre elles nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente.

Les personnes en situation de précarité sont notamment exposées à un environnement quotidien qui peut entraîner des problèmes de santé ; en outre, leur état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance. Or, les conditions de vie les conduisent aussi à prioriser d'autres besoins vitaux face aux besoins liés à la santé. Ces personnes vont être donc plus exposées à des difficultés dans l'accès aux soins et dans l'exercice de leur droit à la santé. Les politiques

publiques peuvent impacter la réduction ou l'aggravation des inégalités des conditions de vie ou d'accès au système de santé et de soins.

Les équipes de MDM rencontrent des adultes, des enfants et des adolescents démunis, perdus, abîmés par leur parcours de vie, leur parcours migratoire, leurs conditions d'accueil en France. En 2021, les troubles psychologiques ou psychiatriques ont été repérés chez 9 % des patients reçus en consultation de médecine généraliste<sup>5</sup>. Les patients présentent des troubles anxieux et dépressifs couplés à des problématiques sociales (situation administrative et économique précaire, habitat, etc.). Que les personnes aient ou non une couverture maladie, leur **détresse psychosociale sévère doit être prise en compte par les professionnels**, qu'il s'agisse de consultations de médecine générale ou d'activités de soutien psychosociaux, psychologiques et psychiatriques.

**- L'habitat instable, les situations de violences physiques et psychiques, les situations administratives complexes et l'invisibilisation des personnes en situation de précarité favorisent l'émergence de troubles somatiques et de pathologies psychosomatiques, voire psychiatriques. Ces situations aux causes généralement plurielles et entremêlées contribuent fortement à la précarisation des personnes et participent à la dégradation de leur état de santé.**

**- Il est urgent de mettre en place des actions de prévention et un continuum de soins pour les populations en situation de précarité.**

### LA PRÉVENTION ET LA VACCINATION COVID : ACTE 2

Pour la deuxième année consécutive, en 2021, le monde fait face à la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. **Mesures barrières, dépistages, quarantaines pour les personnes symptomatiques, isolement pour les personnes positives et vaccination complète restent des dispositifs essentiels de prévention pour limiter la propagation du virus. Toutefois ils ne sont pas accessibles de la même façon à toutes les personnes.**

La mise en place du passe sanitaire dans les hôpitaux et rendez-vous programmés est extrêmement dommageable pour les personnes concernées. **L'accès à ce passe est complexe voire impossible pour les personnes en situation d'extrême précarité rencontrées par MDM. Or, le cumul des comorbidités médicales et des fragilités sociales expose à de potentielles complications en cas de contamination, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et ne bénéficiant pas d'accès régulier aux soins.**

Les personnes rencontrées par MDM vivent pour la très grande majorité dans des conditions de vie extrêmement difficiles. Les associations et acteurs de terrains alertent depuis longtemps sur les effets de l'environnement sur la santé des personnes. L'approvisionnement en eau sans risque sanitaire, l'assainissement, la gestion des déchets

<sup>5</sup> Le taux est sous-estimé car les patients viennent en moyenne 1,5 fois en consultation médicale, il est difficile de repérer ces troubles lors d'une seule consultation.

<sup>4</sup> Indice Insee fixé à 60 % du niveau de vie médian.

et de bonnes conditions d'hygiène sont essentielles pour protéger la santé humaine lors des épidémies de maladies infectieuses, a fortiori la Covid-19. Les conditions de vie précaires sont souvent peu compatibles avec l'observance de mesures de prévention, les traitements et la continuité des soins. **Actions de prévention et dépistage sont essentiels pour les personnes vivant en habitat précaire. Elles nécessitent une attention particulière.**

L'accès à la vaccination est mis en tension par des conditions de vaccination impérative sur un temps restreint. Les freins sont les mêmes que pour l'accès aux soins de santé primaire : **barrières linguistiques, problèmes de confiance, sentiment de ne pas en avoir besoin ou d'être exclus du droit.** Pour renforcer le déploiement de la vaccination, les équipes de Médecins du Monde se sont impliquées à plusieurs niveaux : orientation vers les structures, déblocage de situations administratives, vaccination en Caso ou hors les murs.

**La mise en place de la vaccination en juin 2021 pour les MNA a été problématique et confuse,** notamment pour des raisons de compréhension et d'interprétation des conditions d'accès par les différents acteurs de santé. La non-vaccination et donc l'impossibilité d'obtenir un passe sanitaire a induit des difficultés d'accès aux services de santé. Une fois encore, la non-reconnaissance de la minorité de ces jeunes les laisse sans protection et les isole.

Les premiers vaccins contre la Covid-19 ont reçu une autorisation réglementaire d'urgence en décembre 2020. La circulation du virus a confirmé la nécessité que les vaccins et les produits essentiels soient accessibles à tous et toutes de manière équitable, quel que soit leur pays de résidence et leur situation économique ou administrative. En 2021, Médecins du Monde s'est investie aux côtés des associations françaises et internationales dans le plaidoyer pour un accès effectif aux technologies de santé développées dans le cadre de la pandémie de Covid-19. **Dans un contexte d'investissements publics massifs dédiés au développement et à la mise sur le marché des vaccins, nos principaux messages ont souligné la nécessité que les États limitent les abus de monopoles exercés par les firmes pharmaceutiques et assurent une forte coopération pour que les droits de propriété intellectuelle, les vaccins et traitements anti-pandémiques soient de façon effective un bien public mondial, librement accessible à tous.**

## RECOMMANDATIONS

La pandémie de Covid-19 a de nouveau révélé qu'il est de la plus haute importance d'identifier les personnes exclues du droit commun et d'adapter les programmes de prévention, d'information et de vaccination quelle que soit la maladie transmissible en question. Médecins du Monde recommande que :

- Les campagnes d'information soient claires, accessibles et personnalisées, coproduites et diffusées par des sources fiables au sein des communautés de personnes précarisées, marginalisées ;
- Les jeunes se déclarant mineurs, quel que soit leur statut officiel (reconnu ou non comme tel) aient un accès égal aux soins ;
- Les stratégies de santé publique ne soient pas un moyen de contrer la libre circulation des personnes.

**DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) : UNE PRÉCARITÉ LOURDE DE CONSÉQUENCES**

Les DSSR impliquent qu'à toutes les étapes de sa vie, toute personne – quels que soient notamment son sexe, son identité de genre, son orientation sexuelle, son environnement de vie – puisse **accéder à des services essentiels d'information, de prévention et de soins pour bien vivre et comprendre sa sexualité, pour être accompagnée dans ses choix et répondre à ses besoins.**

En 2021, 9 221 patients, soit 60,1 % de la file active des caso, ont été reçus lors d'au moins une consultation pendant laquelle des enjeux DSSR ont été abordés.

**En 2021, la grande majorité des personnes interrogées – parce qu'éloignées des services de prévention et de soins – ne connaissait pas son statut sérologique lors de la première visite dans les Caso : près de 75 % pour le VIH, près de 83 % pour l'hépatite B (VHB) et près de 78 % pour l'hépatite C (VHC).** La méconnaissance des statuts sérologiques varie selon différentes variables ; elle est notamment plus marquée chez les personnes d'origine étrangère, ainsi que chez les personnes de 29 ans et moins, et aussi chez les personnes dont la durée de présence en France est inférieure à un an.

Par ailleurs, 2 869 femmes ont été reçues en consultation médicale généraliste avec en moyenne 1,5 consultations par patiente concernée. Lors des consultations médicales dans les Caso, un tiers des femmes ayant entre 15 et 49 ans et concernées par la contraception ont échangé avec les médecins sur l'utilisation de contraceptifs. **Parmi elles, près de neuf femmes sur dix déclaraient n'utiliser aucune contraception.** Le risque de grossesses non planifiées ou non désirées n'est donc pas négligeable.

Le cancer du col de l'utérus peut notamment être évité par une vaccination contre le papillomavirus et un examen cytologique. La Haute autorité de santé le recommande tous les trois ans. Or plus de 80 % des femmes reçues dans les Caso en 2021 n'ont jamais réalisé de frottis ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un. Plusieurs éléments entravent l'accès à ce dépistage, par exemple l'accès à une couverture maladie. En effet parmi les femmes ayant une couverture maladie, près de 39 % ont déjà réalisé un frottis, alors que parmi les femmes n'ayant pas de droits ouverts, elles ne sont qu'un peu plus de 15 % à avoir réalisé ce dépistage.

**En 2021, 33 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse et 58 % des femmes enceintes reçues en consultation de médecine générale nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente.** En outre les conditions de logement des femmes enceintes sont instables, plus de 23 % d'entre elles sont sans domicile fixe. Par exemple, des femmes enceintes ou ayant récemment accouché et vivant en habitat instable, indigne, informel et insalubre témoignent des facteurs ayant un impact sur leur santé, leur grossesse, leur perception du rôle de leur entourage au cours de la grossesse et de la période post-accouchement. **Santé mentale, insécurité alimentaire, souffrance et fatigue physique, complications au cours de la grossesse, risque infectieux et aggravation des pathologies chroniques sont liés aux conditions de vie.**

À ces conditions déplorables s'ajoute une faible couverture maladie puisque **94 % des femmes enceintes reçues en Caso en 2021 n'en ont pas.**

## RECOMMANDATIONS

Afin de garantir un accès équitable et efficient des DSSR à toutes les personnes, y compris celles sans couverture maladie, MdM recommande :

- De développer des scénarii de dépistage et de prise en charge simplifiés des IST et cancers génitaux ;
- D'étendre à toutes les IST l'offre de dépistage sans prescription et gratuite en laboratoire ;
- De garantir la gratuité et l'effectivité de toutes les contraceptions pour assurer un choix libre et éclairé des personnes ;
- D'assurer un accompagnement adapté et renforcé des femmes précarisées enceintes et en post-partum pour réduire les risques liés aux grossesses pathologiques ;
- D'inscrire le droit à l'IVG et des DSSR dans la Constitution de la République française.

**ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN OU RELÉGATION DANS DES MÉCANISMES DÉDIÉS À LA PRÉCARITÉ****PAS DE SANTÉ SANS DROITS**

Aide médicale d'État (AME), protection universelle maladie (PUMA), complémentaire santé solidaire (C2S)... les dispositifs de couverture maladie sont multiples et la lecture des critères de prise en charge est complexe pour les non-initiés. Différents services publics se partagent la responsabilité de la diffusion des informations et de leur gestion. Aussi, **ces droits en santé, antichambres du système de santé, ne sont pas connus des personnes à qui ils s'adressent, grand public ou publics précarisés. Ils sont obscurs et finissent par verrouiller la porte qu'ils visaient à ouvrir.**

**Or, en 2021, lors de leur entretien d'accueil, plus des trois quarts des personnes reçues en Caso sont éligibles à la couverture maladie mais 81 % n'en ont pas.** Parmi les personnes éligibles à l'AME, 82 % n'ont pas de droits ouverts en France. Parmi les demandeurs d'asile, près de 77 % sont éligibles à la couverture maladie mais près de 70 % d'entre eux n'ont aucune couverture. Lors de leur première visite, près de 28 % de l'ensemble des personnes reçues dans les Caso avaient besoin d'une domiciliation (nécessaire à l'ouverture de leurs droits).

La réforme de 2019 avait introduit de nombreuses mesures restrictives battant en brèche l'accès aux droits en santé des personnes. En juin 2021, un délai de trois mois d'irrégularité a été instauré comme condition pour pouvoir déposer une première demande d'AME. De plus, les personnes sont obligées de déposer physiquement leur première demande d'AME après avoir pris un rendez-vous par téléphone. Lorsqu'on sait d'une part la saturation des lignes téléphoniques, l'absence de formation des agents, l'éloignement des structures et d'autre part les difficultés d'interprétariat, la peur de se déplacer et la méconnaissance des droits, la situation peut être qualifiée d'ubuesque. **Parmi les obstacles de l'accès aux droits de santé, près de 36 % des personnes reçues dans les Caso évoquent les difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité, absence de preuve d'arrivée en France, etc.)**

La dématérialisation des démarches administratives est un mur difficilement franchissable pour certains publics dont les personnes reçues dans les Caso. Contraintes de faire appel à des acteurs du travail social, elles ne peuvent être autonomes, s'éloignent du droit commun et sont reléguées dans des dispositifs dédiés.

Les relents de suspicion et de fraude amplifiés par la réforme de 2019 conduisent à des pratiques toujours plus rigides et hétérogènes concernant le traitement des demandes d'AME. **À chaque pièce refusée, ce sont des semaines voire des mois supplémentaires à l'instruction de la demande, avant que la couverture ne soit effective et que la carte AME ne soit envoyée à la personne ; laquelle, dans l'attente, évitera de se rendre chez un médecin ou à l'hôpital de crainte de recevoir une facture.**

**Au lieu de permettre une intégration aux dispositifs de droit commun, les personnes sont reléguées dans des mécanismes dédiés à la précarité, nuisant à la mise en place d'un parcours de droits en santé coordonné.**

## RECOMMANDATIONS

Afin de garantir l'égalité devant le service public et lutter contre le non-recours, MdM recommande :

- Le développement d'outils, de campagnes d'information, de moyens de communication accessibles travaillés par la Cnam avec les usagers, adaptés et traduits, sur les droits et le système de santé ;
- D'augmenter les moyens dédiés aux CPAM pour l'accueil, l'augmentation du nombre de rendez-vous et l'allongement de leur durée ainsi que la formation des agents qui subissent également les effets néfastes de la réforme de 2019 dans leur quotidien ;
- La garantie pour toutes et tous de l'accès à une domiciliation dans les mêmes conditions partout en France et offrant le même accompagnement social quelle que soit la situation au regard du séjour.

MdM demande :

- L'intégration des bénéficiaires de l'AME au régime général de l'assurance maladie pour une couverture maladie universelle pour toutes et tous, partout en France métropolitaine et en Outre-mer ;
- À défaut, de mettre fin au délai de carence pour l'accès des demandeurs d'asile à la couverture maladie et à toutes les mesures restrictives de 2019 (dépôt physique obligatoire des premières demandes d'AME, trois mois d'irrégularité, carence de neuf mois avant d'accéder à l'intégralité du panier de soins et prolongation des droits passant de douze à six mois) ;
- D'ouvrir des droits à toute personne se présentant comme MNA dès l'accueil provisoire d'urgence, et de maintenir ces droits tout au long de la procédure de reconnaissance de minorité, et ce jusqu'à ce qu'une décision judiciaire définitive intervienne, en application du principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et de présomption de minorité.

### PAS DE SANTÉ SANS ACCÈS AUX SOINS DANS UN PARCOURS DE DROIT COMMUN

En sus des barrières d'accès aux droits et aux soins déjà citées, celle de la langue reste importante puisque près de 22 % des personnes reçues la mentionnent ainsi que près de 35 % des demandeurs d'asile. **Littérature scientifique et acteurs de terrains en témoignent, la qualité de l'interprétariat influe sur la qualité des soins (diagnostics retardés ou inappropriés, relations patients/soignants).** En 2021, un interprète a été présent dans près de 81 % des consultations et entretiens réalisés dans les Caso. Plusieurs dispositifs existent pour proposer des solutions d'interprétariat en santé mais ils sont limités à certaines structures, certains publics. Ces limites posent un problème fondamental d'iniquité dans la qualité de l'accès aux soins des personnes précaires non-francophones et encouragent la concentration de ces patients dans certains dispositifs dédiés à la précarité, nuisant à la mise en place d'un parcours de santé coordonné.

#### RECO.

MdM demande que soient mis à disposition les moyens nécessaires au déploiement au niveau national d'un système de recours à l'interprétariat professionnel en santé par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital.

Avec la dégradation du système de santé, les personnes en précarité sont confrontées à des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins et à la prévention. L'hôpital, déjà « en crise » avant 2020, a été très impacté par la période de pandémie. Depuis, pour diverses raisons, la même politique se poursuit (regroupements hospitaliers, mode de financement par la tarification à l'activité, suppression de lits, etc.).

Les services des urgences, depuis la période avant la Covid et de façon plus aiguë encore aujourd'hui, sont saturés et mis à mal (manque de médecins de premiers recours en amont et insuffisance en aval de lits pour hospitaliser les patients). Le « forfait patient urgences » risque d'augmenter les inégalités en impactant fortement des publics sans droits ou avec des droits au rabais, déjà éloignés des soins.

Tout comme les hôpitaux, les Pass sont aussi affectées par les départs et le manque de personnel social et médical. Malgré un engagement de nombreux professionnels, les délais de rendez-vous peuvent doubler. **Les files actives augmentent, conséquence visible de la perte de droits de santé pour de nombreux étrangers en situation de précarité dans l'impossibilité de payer leurs soins.** Les équipes de MdM en font le constat, au cours des 12 mois précédents la première visite dans les Caso, 13 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins, dont 83,1 % pour des raisons financières. Dans l'incapacité de payer, ils ne retournent ensuite pas à l'hôpital ou reportent leurs soins, aggravant donc leur état de santé.

Certaines Pass ont tendance à accueillir essentiellement des personnes aux situations médicales et sociales les plus complexes, les autres personnes sans droit n'ayant d'autre recours que les rares lieux de soins gratuits tels que ceux de MdM. Il arrive que des Pass n'aient pas rétabli d'accueil sans rendez-vous. Lesquels sont difficiles à obtenir (attente

longue sans garantie d'être reçu, ou uniquement par téléphone avec un temps long d'attente, problèmes linguistiques). Il arrive aussi d'être conseillé de passer par MdM pour prendre rendez-vous. **Les personnes précarisées ne peuvent donc pas être réinsérées dans le système de soins de droit commun.**

**L'absence de volonté politique de réellement favoriser l'accès et la continuité des soins pour toutes les personnes résidant sur le territoire français indépendamment de leur statut, genre, situation économique, conduit à des renoncements aux soins et des retards de recours aux soins coûteux en termes économiques et humains.**

L'année 2021 a vu des changements assez importants dans les dispositifs santé-précarité et leur cadre réglementaire, adoptés tambour battant en période post-Covid. **Les mesures et financements dans le cadre du « Ségur de la santé » permettent un renforcement des dispositifs existants, la création de nouveaux dispositifs et notablement de dispositifs « d'aller-vers ».** Les équipes mobiles santé-précarité ont fait l'objet d'une reconnaissance importante qu'un bon nombre d'associations salue. **Mais l'aller-vers doit aussi être un « ramener-vers ».** Ces dispositifs ne peuvent pallier les carences ni se substituer au système d'accès aux soins. **Le réseau médico-psycho-social vers lequel orienter et accompagner les personnes doit être en bonne santé pour être capable d'accueillir les personnes concernées.**

Autre dispositif du Ségur, **la promotion de la médiation en santé dans les services médicaux sociaux.** Cette pratique intègre la possibilité d'aller vers et d'accompagner vers, favorise le renforcement des capacités d'agir des personnes et s'inscrit pleinement dans la démocratie en santé. MdM souhaite toutefois alerter sur les enjeux et les limites de cette « institutionnalisation », en l'absence d'une véritable reconnaissance d'un métier de médiateur (formé, rémunéré, accompagné, cadré par une charte éthique, etc.). **Par ailleurs, les médiateurs ne pourront pallier des dysfonctionnements qui relèvent de carences et/ou de choix stratégiques du système de santé.** Ils ne peuvent à eux seuls constituer une solution aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité : non-accueil, conditions de vie désastreuses, discriminations, violences protéiformes, mal-logement, etc.

#### RECOMMANDATIONS

Médecins du monde demande :

- De donner aux structures publiques de prise en charge et de prévention les moyens de fonctionner pour répondre aux besoins de santé des populations.
- De prévoir le financement des Pass à la hauteur des besoins sur les différents territoires. Le dispositif financier des Pass doit permettre un accès aux soins – consultations, plateaux technique, traitements – de toutes les personnes en précarité quel que soit leur statut administratif, conformément à la mission de service public de l'hôpital.

# SIGLES ET ACRONYMES

<b>ADA</b>	Allocation pour demandeur d'asile	<b>CMPP</b>	Centre médico-psycho-pédagogique
<b>AEM</b>	Appui à l'évaluation de la minorité	<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>Ailsi</b>	Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif	<b>CMUc</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>AME</b>	Aide médicale d'État	<b>Cnam</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie
<b>ANRS</b>	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales	<b>Cnamts</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé	<b>CNCDH</b>	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
<b>Ase</b>	Aide sociale à l'enfance	<b>CNDA</b>	Cour nationale du droit d'asile
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin	<b>CNDH Romeurope</b>	Collectif national droits de l'Homme Romeurope
<b>C2S</b>	Complémentaire santé solidaire	<b>CNLE</b>	Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
<b>Cada</b>	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CAES</b>	Centres d'accueil et d'examen de la situation	<b>DDD</b>	Défenseur des droits
<b>CAO</b>	Indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire	<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>Caoa</b>	Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement	<b>Dihal</b>	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles	<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>Caso</b>	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	<b>Dsafhir</b>	Droits et santé des femmes hébergées, isolées, réfugiées
<b>CAU</b>	Collectif des associations unies	<b>DSSR</b>	Droits et santé sexuels et reproductifs
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale	<b>DSUV</b>	Dispositif pour les soins urgents et vitaux
<b>CCU</b>	Cancer du col de l'utérus	<b>DTP</b>	Diphtérie, tétanos, poliomyélite
<b>CeGIDD</b>	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	<b>EMPP</b>	Équipe mobile psychiatrie précarité
<b>CEP</b>	Commission d'enquête parlementaire	<b>FAP</b>	Fondation Abbé Pierre
<b>Ceseda</b>	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	<b>Fas</b>	Fédération des acteurs de la solidarité
<b>CHU</b>	Centres d'hébergement d'urgence	<b>Gisti</b>	Groupe d'information et de soutien des immigrés
<b>CISP</b>	Classification internationale des soins primaires	<b>Guda</b>	Guichet unique de demande d'asile
<b>Clat</b>	Centre de lutte antituberculeuse	<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique		

<b>HCE</b>	Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes	<b>Trod</b>	Test rapide d'orientation diagnostique
<b>HCSP</b>	Haut conseil de la santé publique	<b>UE</b>	Union européenne
<b>HHS</b>	Household Hunger Scale	<b>Unicef</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales	<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>Inca</b>	Institut national du cancer	<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible	<b>XBT</b>	Xénobiotrope
<b>LAM</b>	Lits d'accueil médicalisés		
<b>LDH</b>	Ligue des droits de l'Homme		
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la Sécurité sociale		
<b>LHSS</b>	Lits halte soins santé		
<b>MdM</b>	Médecins du Monde		
<b>MNA</b>	Mineur non accompagné		
<b>Ofii</b>	Office français de l'immigration et de l'intégration		
<b>Ofpra</b>	Office français de protection des réfugiés et apatrides		
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé		
<b>ONU</b>	Organisation des Nations unies		
<b>OQTF</b>	Obligation de quitter le territoire français		
<b>Pada</b>	Plateforme d'accueil pour les demandeurs d'asile		
<b>Pass</b>	Permanence d'accès aux soins de santé		
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse		
<b>PLFSS</b>	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale		
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile		
<b>Prahda</b>	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile		
<b>PUMa</b>	Protection universelle maladie		
<b>RdR</b>	Réduction des risques		
<b>ROR</b>	Rougeole-Oreillons-Rubéole		
<b>SIAO</b>	Service intégré d'accueil et d'orientation		
<b>TdS</b>	Travailleuses-eurs du sexe		

# PANORAMA DES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2021

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 en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins.

Plus de trente-cinq ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précarisées, 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'interventions mobiles de proximité.

**En 2021, Médecins du Monde France mène 59 programmes répartis sur 29 sites dans l'Hexagone et dans les départements d'Outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.**

**14 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)<sup>6</sup> DONT UN CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ; DEUX DISPOSITIFS DE PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS) DE VILLE, L'UN À MARSEILLE, L'AUTRE À CAYENNE**

Les Caso/Caoa offrent un accueil médico-psycho-social et administratif à toute personne en difficulté d'accès aux droits, à la prévention et aux soins en France. Ce sont des structures de facilitation 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.

Ces structures accueillent les publics sans condition et offrent la possibilité de consultations gratuites et majoritairement 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 médicales, de l'information sur

la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage spécifique pour certaines pathologies. Pour les personnes en situation de migration, 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 être proposée.

Depuis 2019, le Caso de Marseille a mis en œuvre un **dispositif « Pass de ville »**, avec pour objectif son transfert vers le droit commun. Ce dispositif permet, après une première évaluation sociale et médicale, un accès à des soins (consultations, examens) pour des personnes sans droits ouverts, par un système de suspension des facturations par les professionnels dans l'attente de l'ouverture des droits par l'Assurance maladie. Prises en charge par des médecins de ville, les personnes peuvent ainsi bénéficier d'un parcours de soins complet (pharmacie, laboratoire, radiologie, etc.), sans en avancer les frais, le temps d'obtenir une couverture maladie. Ce dispositif sera transféré à une nouvelle association locale courant 2022.

En 2021, l'équipe de Cayenne a travaillé à la préparation d'un projet Pass de ville, dont la mise en œuvre avait été repoussée en raison de la crise sanitaire, mais aussi de la réforme de l'AME. Le démarrage opérationnel effectif et les premières inclusions de ce dispositif sont prévus pour début 2022.

**UN PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) SUR 27 PROJETS ET UN PROGRAMME EN DSSR EN PAYS DE LA LOIRE (4I - LIEUX DE VIE INSTABLES, INSALUBRES, INDIGNES ET/OU INFORMELS)**

Les actions de Médecins du Monde s'inscrivent dans une **approche complémentaire de santé publique, de promotion des droits humains et de lutte contre les inégalités de genre** afin de lever les barrières d'accès à la santé sexuelle et reproductive et répondre au mieux aux besoins spécifiques des populations. En 2021, Médecins du Monde a ainsi affirmé sa vision inclusive du genre, pour que chaque personne – quels que soient notamment son sexe, son identité de genre ou son orientation sexuelle – puisse prendre les décisions qui concernent son corps, avoir une

vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, et accède à une prise en charge adaptée concernant ses DSSR. Selon les programmes et les territoires, les équipes de Médecins du Monde mettent en œuvre différentes activités et services afin d'atteindre nos objectifs de renforcement de l'accès aux DSSR :

- Des **entretiens individuels de prévention** en DSSR ;
- Une **offre de dépistage** (tests rapides d'orientation diagnostique VIH, syphilis, hépatites B et C) selon les besoins des personnes et en partenariat avec les institutions publiques et les laboratoires de ville ;
- Des **actions collectives sur les DSSR** : ateliers de prévention, de mobilisation communautaire, groupes d'auto-support au cours desquels sont discutés et délivrés des messages de DSSR ;
- La **mise à disposition de matériel de prévention** (préservatifs, contraception, autotest, etc.) ;
- L'**orientation et/ou l'accompagnement des personnes vers les structures de droit commun**, pour un meilleur parcours de prise en charge en DSSR (centres de planification et d'éducation familiale, de protection maternelle et infantile, etc.) ;
- Facilitation de l'**implication des personnes concernées dans leur prise en charge** via la médiation en santé, le recours à l'interprétariat, les techniques de *counseling* ;
- **Documentation de l'état de santé sexuelle et reproductive** des personnes et les **dysfonctionnements** dans l'accès aux DSSR ;
- **Plaidoyer** en faveur des DSSR des personnes précarisées et vulnérabilisées.

Pour concrétiser cette orientation, un programme spécifique a été créé en 2020 en Pays de la Loire, avec pour objectif de renforcer l'accès et la qualité de l'offre en DSSR des personnes vivant dans des lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels (lieux 4i) suivant une approche communautaire à Nantes et Angers.

**QUATRE PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATION, EXIL, DROITS ET SANTÉ ET UN PROJET DE PLAIDOYER AUPRÈS DES INSTANCES EUROPÉENNES À STRASBOURG**

Médecins du Monde travaille auprès des personnes migrantes dans la plupart de ses programmes en France, 97,1 % des personnes reçues dans nos Caso étant des étrangers précaires. L'association mène aussi des programmes spécifiques auprès des personnes migrantes, à la frontière franco-italienne à Briançon et Vintimille, à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais, Grande-Synthe et Dunkerque, et près de Marseille (à la Fare-lès-Oliviers).

Début 2017, une coordination de plusieurs associations s'est également mise en place (la Cafu), avec l'objectif de mutualiser les connaissances et les outils pour faire cesser les violations des droits des personnes réfugiées et migrantes aux frontières, par des observations sur place, le déclenchement d'actions contentieuses contre les refoulements illégaux ainsi que des actions de mobilisation et

de plaidoyer. En 2021, la Cafu a notamment agi pour la création d'une commission d'enquête parlementaire sur les migrations.

En outre, un projet de plaidoyer est mené auprès des instances européennes et plus spécifiquement auprès du Conseil de l'Europe à Strasbourg comprenant deux axes prioritaires que sont la migration et la DSSR.

**18 PROGRAMMES EN « SANTÉ-ENVIRONNEMENT » AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET MAL LOGÉES**

La thématique santé-environnement à MdM en France est développée à travers des programmes squats, bidonvilles et rue qui travaillent sur l'impact des conditions d'habitat sur la santé des personnes.

À la rue ou dans les centres d'hébergement et d'accueil de jour, nos équipes mobiles réalisent diverses actions : accompagnements dans les démarches administratives et l'ouverture des droits ; veille sanitaire, consultations médicales, soutien psychosocial, médiation en santé ; information et sensibilisation des acteurs médicaux et sociaux sur la problématique de l'habitat et de la précarité.

À travers ces actions, MdM témoigne des difficultés rencontrées par les personnes sans abri pour faire valoir leurs droits et accéder aux soins. En plus de ses interventions sur le terrain, et pour ne pas s'inscrire dans un processus de substitution, l'association plaide auprès des institutions pour promouvoir des dispositifs d'hébergement et de logement adaptés et pérennes, mais aussi des dispositifs mobiles permettant un contact médico-psychosocial et un accès aux soins effectifs pour les plus exclus.

Nous intervenons également dans les squats et bidonvilles pour proposer un accès aux soins et aux droits aux habitants ou les orienter vers des structures de santé – avec une attention particulière sur la santé des femmes et des enfants.

La médiation en santé est particulièrement adaptée. Les médiateurs en santé de l'association travaillent avec des partenaires associatifs et de droit commun pour améliorer la prise en charge des habitants des bidonvilles et renforcer leur capacité à recourir aux soins et aux droits de façon autonome.

Favorable à une politique de résorption des bidonvilles qui tient compte de la participation des personnes concernées, Médecins du Monde insiste sur l'importance de solutions concertées, et de propositions de relogement adaptées et pérennes. En l'absence de propositions dignes et le temps que celles-ci soient élaborées avec les habitants, l'association milite pour une stabilisation temporaire des personnes et une sécurisation sanitaire des lieux de vie.

<sup>6</sup> Afin de faciliter la lecture, le terme de Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caoa de Paris.

## CINQ PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES (RDR) LIÉS AUX USAGES DE DROGUES ET/OU AU TRAVAIL DU SEXE

MdM intervient auprès des travailleuses du sexe (TdS) à travers quatre programmes dans trois villes (Montpellier, Paris et Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de RdR et de SSR, à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour, et à promouvoir l'implication communautaire. Nous portons également un programme national de prévention permettant de favoriser l'accès à la justice et aux services de santé pour les TdS victimes de violences (programme Jasmine).

Début 2021, MdM a achevé le transfert du programme « XBT » (Xénobiotrope) à la Fédération Addiction, à l'association Charonne-Oppélia et à Sida Paroles. Créé en 1999, ce programme a développé un dispositif global d'analyse de drogues comme outil de RdR sur tout le territoire et compte plus de 50 partenaires répartis dans toute la métropole. Il propose aux personnes consommatrices de psychotropes de faire analyser leurs produits, avant et/ou après consommation, dans une approche de RdR.

Au dernier trimestre 2021, Médecins du Monde a décidé de s'engager à nouveau sur le terrain pour faire face à la situation de plus en plus dégradée des personnes qui consomment des drogues dans l'espace public du nord-est parisien.

## DEUX PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

Depuis 2014, MdM intervient dans une démarche communautaire au centre pénitentiaire de Nantes pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées.

De plus, MdM, en étroite collaboration avec tous les ministères concernés et en consortium avec plusieurs partenaires opérationnels, a finalisé en octobre 2021 l'élaboration d'un projet expérimental à Marseille d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Ails) comprenant notamment un volet recherche et proposant en amont de la détention un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères. Ce programme démarrera début 2022.

## TROIS PROGRAMMES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA)

Dès 2015, un programme spécifique en direction des mineurs non accompagnés (MNA) a été mis en place à Paris pour les accompagner dans leurs démarches. Puis deux autres programmes spécifiques ont été développés, en Normandie (Caen et Rouen) et à Nantes, au cours de l'année 2016. En 2021, les programmes spécifiques MNA concernent Paris, Caen et Nantes. Les équipes accompagnent les MNA afin de leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits.

## TROIS PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONES RURALES ET URBAINES

MdM a développé deux programmes s'attachant à améliorer l'accès aux droits et à la santé 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.

Dans les Combrailles, à travers la médiation en santé, le programme visait à favoriser et faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité vivant en milieu rural. La médiation était conçue comme une passerelle entre les populations ayant des difficultés d'accès aux soins et les dispositifs médico-sociaux présents sur le territoire. En 2020, le programme a commencé à transférer une partie de ses activités à des acteurs locaux de santé, transfert qui s'est poursuivi début 2021. Ce projet est donc maintenant fermé.

Dans la Haute vallée de l'Aude, MdM facilite l'autonomie des personnes en situation de précarité dans leur accès à la santé. L'équipe y propose des permanences médico-sociales accessibles à tous ainsi que des actions mobiles vers les personnes les plus éloignées de la santé tout en les adaptant à la crise sanitaire.

En zone urbaine, deux programmes ont été développés sur deux sites des Hauts-de-France.

À Lille-Sud, le projet d'accès aux droits et aux soins en zone urbaine, démarré en 2016, avait été défini comme projet expérimental opérationnel, avec une volonté exprimée dès la conception du projet de capitaliser un mode d'intervention médico-sociale. Lancée en 2020, la capitalisation des quatre années du projet avait pour objectif de formaliser les expériences, pratiques et savoir-faire développés dans le cadre de sa mise en œuvre et disposer de leçons apprises pour faciliter le transfert ou la reproductibilité de certains éléments du projet par d'autres acteurs (partenaires associatifs ou institutionnels) ou par d'autres projets à Médecins du Monde. Le travail de capitalisation a été finalisé en 2021, et a pris la forme d'un support pédagogique composé de plusieurs fascicules, comportant chacun des fiches et des outils, ainsi que de nombreux liens relatifs à la médiation en santé. Le projet a officiellement été fermé en avril 2021.

À Lens-Henin, l'objectif est de favoriser la promotion de la santé auprès des habitants de cinq communes de l'arrondissement. Diagnostic perceptuel auprès des habitants, co-construction d'actions avec les partenaires actifs, intégration immédiate des nouveaux partenaires ont permis et permettent de créer ou renforcer les ponts entre les acteurs d'un même territoire afin d'agir ensemble avec et pour les habitants. Les équipes de MdM les accompagnent dans le renforcement de leurs capacités d'agir, individuelles et/ou collectives, en partageant les connaissances et pratiques respectives en prévention de la santé.

## CINQ PROGRAMMES OUTRE-MER

Dans l'Océan Indien, MdM est présent à Mayotte et La Réunion.

En 2020, MdM avait lancé à la Réunion une mission exploratoire sur l'impact du mal-logement sur la santé. Les résultats ont fait ressortir que les personnes précarisées en situation de mal-logement et/ou isolées géographiquement ont un état de santé dégradé par rapport à la population générale. Cela résulte d'un non-recours aux soins, intrinsèque à leurs conditions de vie et/ou à leurs lieux de vie.

Sur la base de ces résultats, l'équipe de MdM à la Réunion a développé un projet en novembre 2021. L'objectif est d'encourager le recours aux soins et l'inscription dans le dispositif de droit commun des personnes isolées et mal logées, dans les territoires sud et ouest de La Réunion, en contribuant au développement d'approches en médiation en santé adaptées à la spécificité du territoire et aux besoins de ces publics. Ainsi, le projet vise à favoriser les interactions entre le secteur de la santé (calqué sur le modèle métropolitain) et la population réunionnaise riche de sa diversité, et à provoquer la rencontre entre ces deux milieux.

À Mayotte, dans un contexte de multiplication des arrêtés d'évacuation et de démolition, Médecins du Monde a poursuivi ses actions de plaidoyer en faveur de solutions de relogement adaptées et de la résorption de l'habitat insalubre. En décembre 2021, alors que le préfet de Mayotte s'apprêtait à mettre à exécution le douzième arrêté portant évacuation et démolition d'un quartier, les habitants, soutenus dans cette démarche par plusieurs associations dont Médecins du Monde, ont contesté cet arrêté devant le tribunal administratif de Mayotte. Le juge a ordonné la suspension de la mesure.

Les activités liées à la deuxième vague de Covid-19 se sont poursuivies, à travers des maraudes d'information et de sensibilisation ainsi que des séances de vaccination en lieu fixe et en mobile : entre février et juillet 2021, 949 personnes ont été vaccinées.

En Guyane, l'année 2021 a été marquée par la crise continue de l'accueil des demandeurs d'asile et les tensions sociales autour des migrations. Par ailleurs, en réponse à la poursuite de la crise sanitaire de Covid-19, l'équipe MdM a apporté, en plus de son projet de médiation en santé, une réponse d'urgence à travers des équipes mobiles sanitaires et des maraudes de prévention et d'information dans les quartiers d'habitats informels.

# LES PROGRAMMES EN CHIFFRES

59

PROGRAMMES MENÉS PAR 1 530 BÉNÉVOLES ACTIFS ET 133 SALARIÉS DANS 29 SITES.

14

CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT UN CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ET 2 DISPOSITIFS DE PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS (PASS DE VILLE).

18

PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES NON OU MAL LOGÉES (PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET/OU MAL LOGÉES, PERSONNES VIVANT EN SQUAT OU EN BIDONVILLES).

5

PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES (1 PROGRAMME) ET DES TRAVAILLEUSES DU SEXE (4 PROGRAMMES).

4

PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS SUR LE LITTORAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE, À PARIS ET PRÈS DE MARSEILLE ET UN PROJET DE PLAIDOYER AUPRÈS DES INSTANCES EUROPÉENNES À STRASBOURG.

3

PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS À PARIS, À NANTES ET À CAEN.

5

PROGRAMMES OUTRE-MER À MAYOTTE, SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION ET EN GUYANE.

3

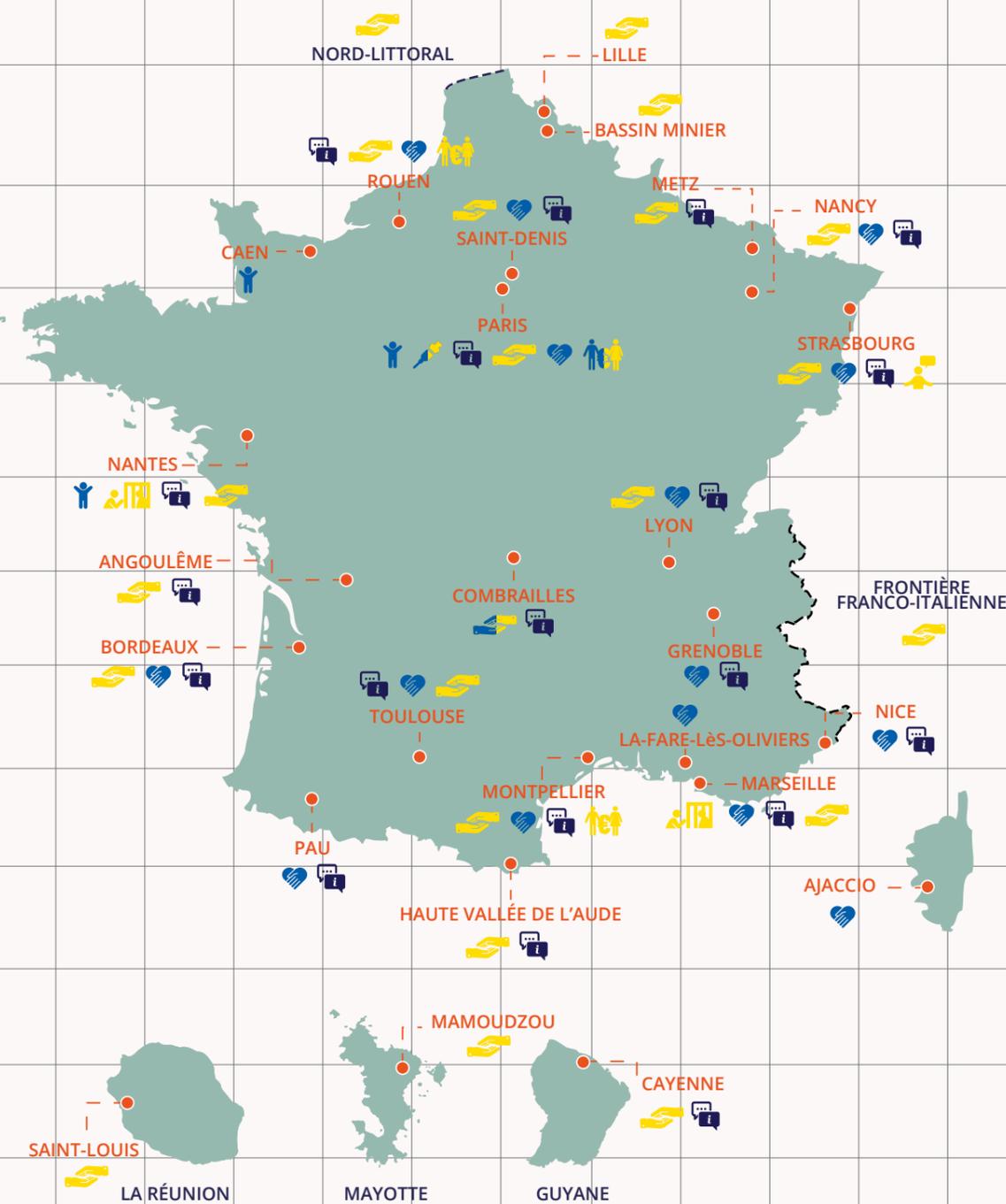
PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN MILIEU URBAIN ET EN MILIEU RURAL, DANS LA HAUTE VALLÉE DE L'AUDE ET DANS LES HAUTS-DE-FRANCE (LILLE ET LENS-HENIN).

2

PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE À NANTES ET À MARSEILLE.

1

PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET 1 PROJET SPÉCIFIQUE EN PAYS DE LA LOIRE AUPRÈS DES HABITANTS VIVANT EN LIEUX DE VIE INSTABLE, INSALUBRES, INDIGNES ET/OU INFORMELS.



# LES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO

CARACTÉRISTIQUES  
SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

# 01

## UNE POPULATION TRÈS PRÉCARISÉE, MAJORITAIREMENT JEUNE, DE DIVERSES NATIONALITÉS

### LES POINTS ESSENTIELS

- L'activité des Caso<sup>4</sup> a été variable au gré de l'évolution du contexte sanitaire.
- Les personnes accueillies dans les Caso sont plus souvent de genre masculin (68 %), plus de la moitié a entre 18 et 34 ans.
- 97 % des personnes sont de nationalité étrangère ; parmi elles, 27 % sont en France depuis moins de trois mois.
- Près des deux tiers des personnes étrangères majeures rencontrées sont en situation irrégulière au regard du droit au séjour.
- Au jour de leur entretien d'accueil dans les Caso, trois personnes sur dix vivent dans des conditions de grande précarité : 7,7 % en squat ou bidonville et 21,5 % à la rue ou dans des hébergements d'urgence pour une courte durée.

En France, Médecins du Monde rencontre des personnes en précarité extrême à travers divers programmes cités plus haut (cf. *Panorama des programmes*, p. 14). Les données quantitatives retenues pour ce rapport sont uniquement issues de l'analyse des files actives de l'ensemble des Centres d'accueil de soin et d'orientation (Caso) et du Centre d'accueil d'orientation et accompagnement (Caoa).

Les analyses, constats et témoignages portés par ce rapport proviennent également des autres programmes spécifiques qui rencontrent des populations nombreuses sur des terrains multiples (hors centre) et pour lesquelles les données quantitatives ne sont pas retenues dans ce rapport.

Lors de sa première venue au Caso, chaque patient a un **entretien d'accueil**. Les informations sont consignées une fois et

**une seule**, elles permettent d'établir une représentation socio-démographique des personnes reçues à leur arrivée.

**En fonction des besoins des patients, des dossiers adéquats (médical, social, paramédical, etc.) sont ouverts et complétés au fur et à mesure de leurs visites.** Ils permettent d'enregistrer toutes les consultations et actes réalisés<sup>5</sup> (cf. *Méthodologie*, p. 108).

Au cours de l'année 2021, 15 355 personnes ont été accueillies<sup>6</sup> dans l'un des 14 Caso de Médecins du Monde au cours de 29 264 visites. Au total, 33 889 consultations ont été réalisées en 2021, quel que soit le motif (16 570 médicales et dentaires, 4 316 paramédicales et de prévention, 12 903 sociales, 100 accompagnements)<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Les données présentées dans ce chapitre concernent les 14 Caso/CAOA. Afin de faciliter la lecture, le terme de Caso est utilisé tout au long du rapport mais concerne bien les données collectées au sein des Caso et du Caoa.

<sup>5</sup> Lorsque le rapport précise « lors de l'entretien d'accueil » ou « situation au jour de leur première visite », il s'agit de la situation des personnes lors de leur première visite au Caso, quelle que soit l'année (en 2021 ou antérieure à 2021). Lorsque le rapport précise « lors de la première visite réalisée dans l'année 2021 », il s'agit de la situation des personnes vues en 2021.

<sup>6</sup> Personne ayant eu au moins une consultation ou un entretien d'accueil dans les Caso en 2021.

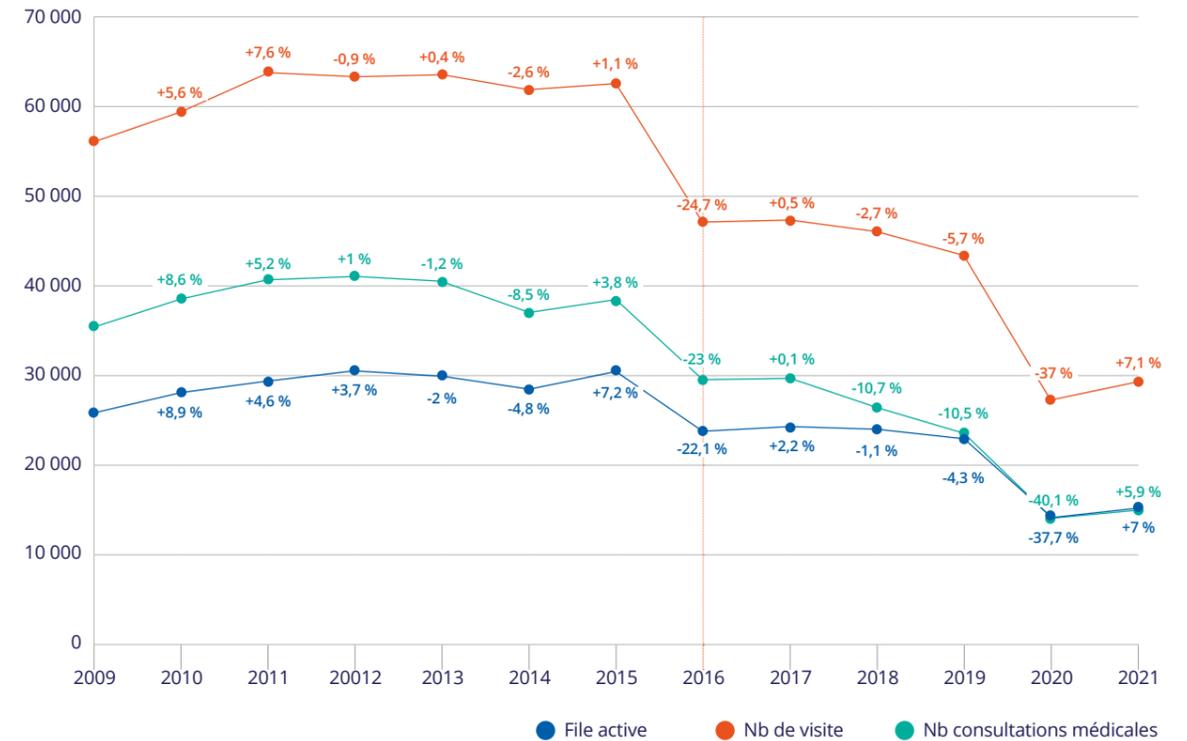
<sup>7</sup> Hors entretien d'accueil et violences subies.

L'activité a fortement chuté en 2020 en raison de la crise sanitaire et de la fermeture temporaire de centres et d'activités ; la file active avait ainsi diminué de près de 40 %. En 2021, la reprise de l'activité est relativement faible (figure 1) avec une hausse de 6 % pour les personnes accueillies et de 7 % pour les visites et consultations médicales. Le nombre moyen de consultations médicales généralistes a également légèrement diminué, passant de 1,71 en 2017<sup>8</sup> à 1,61 en 2021. Au 1<sup>er</sup> trimestre 2021, la crise liée à la Covid-19 impose toujours des restrictions de déplacement ; par ailleurs, des partenaires de MdM ont modifié leur intervention, de nouveaux dispositifs

mobiles de Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) ont été mis en place. Au sein de certains Caso, l'accueil mis en place en 2020 en lien avec la crise, telles que les consultations sur rendez-vous, a été maintenu. Les services du Caso fonctionnent essentiellement avec des bénévoles. La reprise de leur intervention est progressive tout au long de l'année en lien avec les vagues de vaccination.

Par ailleurs, un certain nombre d'activités spécialisées ont été arrêtées ou transférées en 2019 et 2020, indépendamment de la crise sanitaire.

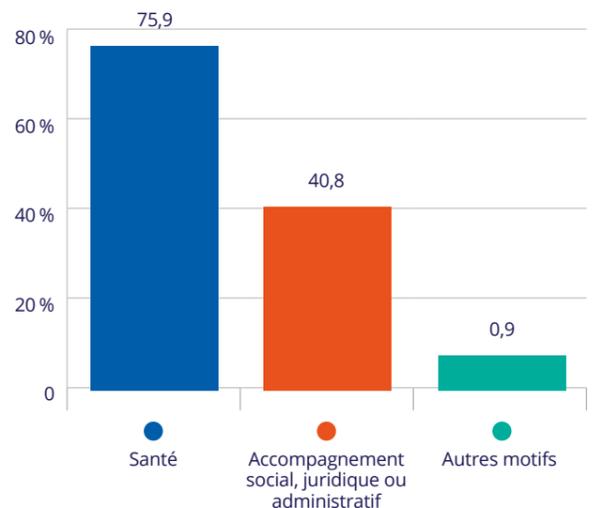
FIGURE 1 - ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO ENTRE 2009 ET 2021 (EN %)



L'année 2016 est marquée par la fermeture de quatre Caso et la mise en place du Dossier patient informatisé (DPI)<sup>9</sup>, nécessitant des formations pour son utilisation. La baisse constatée en 2020 est liée à la crise sanitaire de Covid-19, qui a entraîné la fermeture temporaire de certains Caso ou de certaines activités, et l'adaptation des modalités d'intervention.

Plus des trois quarts des personnes reçues se sont rendues dans les Caso pour la première fois pour des besoins en soins. Les besoins d'accompagnement social (administratif, social ou juridique) sont également fréquents lors des premières visites avec 40,8 % des personnes concernées (figure 2). Depuis trois ans, les motifs de santé baissent (79,1 % en 2019<sup>10</sup> ; 76,1 % en 2020<sup>11</sup> ; 75,9 % en 2021) tandis qu'ils augmentent pour l'accompagnement social (37,7 % en 2019 ; 39,8 % en 2020 ; 40,8 % en 2021).

FIGURE 2 - MOTIFS DE RECOURS AU CASO EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2021



<sup>8</sup> MdM, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2017.

<sup>9</sup> Cf. *Méthodologie*, p. 108.

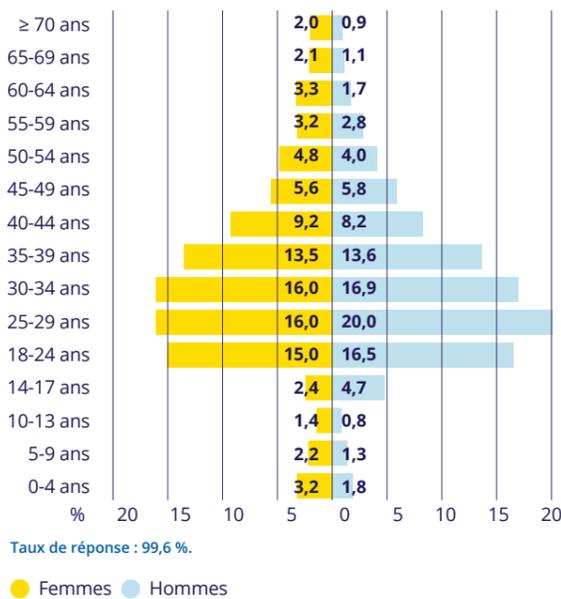
<sup>10</sup> MdM Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2019.

<sup>11</sup> MdM Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, 2020.

## UNE MULTIPLICITÉ DE NATIONALITÉS ET UNE ARRIVÉE RÉCENTE SUR LE TERRITOIRE

En 2021, 15 355 personnes ont été accueillies dans les Caso de MdM en France. Parmi elles, 10 472 personnes ont déclaré être de genre masculin (68,2 %), 4 874 être de genre féminin (31,7 %) et 9 être transgenre (0,1 %). La proportion d'hommes et garçons en 2021 (68,2 %) est en forte hausse par rapport à 2020 (64,4 %) et sur les 11 dernières années (58,5 % en 2010). En moyenne les personnes reçues dans les Caso sont âgées de 33,1 ans (médiane : 31 ans) et la population totale est majoritairement jeune puisque plus de la moitié (51,4 %) a entre 18 et 34 ans. Les hommes sont en moyenne moins âgés que les femmes venant dans les Caso (respectivement 32,6 ans et 34,1 ans) (figure 3).

**FIGURE 3 - PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2021 (EN % DE LA FILE ACTIVE)**



Au jour de leur première venue dans les Caso<sup>12</sup>, la quasi-totalité des personnes reçues sont de nationalité étrangère (97,1 %) (tableau 1). La majorité de ces personnes sont des ressortissants d'Afrique subsaharienne (41,3 %) ou du Maghreb (29,7 %). Elles sont également près d'une sur cinq à provenir d'Europe (10,2 % d'Union européenne y compris la France et 8,9 % d'Europe hors UE) et 5,8 % du Proche et Moyen-Orient.

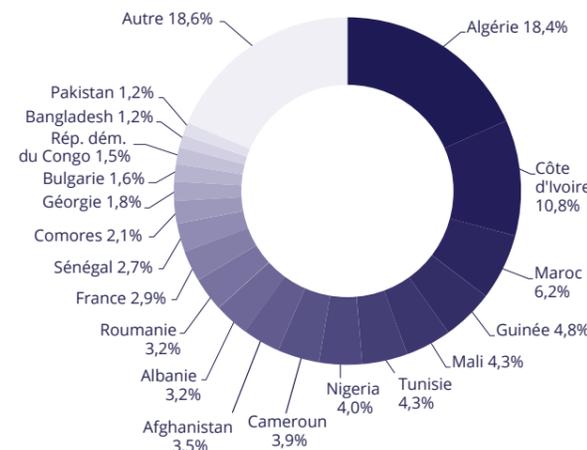
En 2021, 134 nationalités différentes ont été rencontrées. Les ressortissants algériens sont majoritaires (18,4 %), suivis par les ressortissants ivoiriens (10,8 %) et les ressortissants marocains (6,2 %) (figure 4). La répartition des principales nationalités est relativement semblable à celle observée les années précédentes.

**TABLEAU 1 - RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2021**

	Ensemble <sup>1</sup>	
	n	%
Français	444	2,9
Étrangers	14 911	97,1
<b>Groupe continental<sup>2</sup></b>		
- Afrique subsaharienne	6 332	41,3
- Maghreb	4 553	29,7
- Union européenne (y compris France)	1 570	10,2
- Europe (hors UE)	1 371	8,9
- Proche et Moyen-Orient	888	5,8
- Asie	446	2,9
- Océanie et Amériques	179	1,2

(1) Taux de réponse 100 %.  
(2) Apatrides exclus (16 personnes).

**FIGURE 4 - RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2021 SELON LA NATIONALITÉ (EN %)**



Taux de réponse : 100 % (apatrides inclus).

Les primo-arrivants, en France depuis moins de trois mois, représentent 27,3 % des étrangers rencontrés (tableau 2). Moins d'un sur cinq est en France depuis trois à 12 mois, un quart depuis un à trois ans et 29,7 % depuis trois ans et plus. En raison de l'allègement des restrictions de déplacements entre pays pendant la crise sanitaire, la proportion de primo-arrivants a augmenté par rapport à 2020 (27,3 % en 2021 vs. 23,5 % en 2020). Elle reste toutefois nettement plus faible qu'en 2019 (38,3 %).

**TABLEAU 2 - DURÉE DE PRÉSENCE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2021**

	n	%
< à 3 mois	3 802	27,3
[3-12 mois [	2 556	18,3
[1-3 ans [	3 449	24,7
[3-10 ans [	3 365	24,1
≥ 10 ans	775	5,6

Taux de réponse : 93,5 % - situation au jour de leur 1<sup>re</sup> visite au cours de l'année 2021.

La proportion de primo-arrivants<sup>13</sup> est plus importante parmi les ressortissants du Proche et Moyen-Orient (41,0 %). A contrario, plus de deux étrangers sur cinq originaires d'Union européenne ou d'Asie sont en France depuis au moins trois ans.

## DES FACTEURS PRÉCARISANTS : RESSOURCES INSUFFISANTES, LIEUX DE VIE INADAPTÉS, ÉCLATEMENT DES FAMILLES

Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social (Marmot, 2004). En plus du rôle de l'accès aux soins, les déterminants intermédiaires de santé, les aspects sociaux, environnementaux et économiques (le logement, le type de quartier, les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, l'environnement physique du travail) influent de manière combinée sur les inégalités. La causalité inverse selon laquelle l'état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance existe également de façon prégnante (A.-M. Moquet, 2008).

Parmi les adultes accueillis dans les Caso, plus de sept personnes sur dix indiquent vivre seules et sans enfant à charge en France. Près d'un tiers des personnes ont par ailleurs des enfants mineurs, bien que dans un peu moins de la moitié des cas (49,5 %), ils ne vivent pas avec eux, ce qui met en évidence l'éclatement des familles, lié en partie à la migration (tableau 3). Les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille peuvent avoir des effets néfastes sur la santé mentale des personnes migrantes, en particulier pour les femmes séparées de tout ou une partie de leurs enfants (Bouris et al., 2012 ; Miller et al., 2018 ; Schapiro, 2009).

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Le Conseil économique, social et environnemental définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible » (A.-M. Moquet, 2008).

**TABLEAU 3 - SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS ET PLUS AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VENUE AU CASO, 2021**

	n	%
<b>Parent d'un ou plusieurs enfants mineurs</b>		
- Oui	2 836	30,7
<b>Parmi les personnes ayant des enfants mineurs</b>		
- Vivent avec tous leurs enfants	1 170	43,8
- Vivent avec une partie de leurs enfants	179	6,7
- Ne vivent pas avec leurs enfants	1 321	49,5
<b>Situation familiale en France<sup>1</sup></b>		
- Vivent seuls sans enfant à charge	6 415	70,6
- Vivent seuls avec un ou plusieurs enfant(s) à charge	512	5,6
- Vivent en couple sans enfant à charge	1 102	12,1
- Vivent en couple avec un ou plusieurs enfant(s) à charge	1 053	11,6

Taux de réponse : Enfants mineurs : 89,2 % ; Lieu de vie des mineurs : 94,1 % ; Situation familiale en France : 87,7 %.

(1) Sont comptabilisés les enfants mineurs à charge (vivant avec la personne majeure), que la personne soit le parent ou non.

En 2020 la crise sanitaire a particulièrement impacté le niveau de vie des personnes les plus précarisées (98,2 % des personnes dans les Caso ont déclaré vivre sous le seuil de pauvreté). En 2021 encore, les ressources financières des personnes rencontrées sont pratiquement inexistantes et 96,8 % se situent en dessous du seuil de pauvreté monétaire<sup>14</sup> ; parmi elles, 43,2 % n'ont aucune ressource.

Le taux d'activité concerne 18,9 % des personnes âgées de 16 ans et plus (tableau 4). Parmi les personnes de nationalité étrangère, il augmente avec la durée de présence en France : 6,2 % pour les primo-arrivants<sup>15</sup>, et jusqu'à 37 % après trois ans de présence en France. Même après plusieurs années en France, ces activités sont principalement non déclarées pour 93,9 % d'entre elles.

Les personnes rencontrées par les équipes de MdM sont en très grande précarité, extrêmement démunies. Elles ont en permanence de nombreux choix à faire, essayant au mieux de parer aux urgences quotidiennes (se loger, se nourrir, se vêtir, assurer les besoins de base pour elles-mêmes et leurs familles, etc.). Pour elles, la santé est une préoccupation secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux : la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, laquelle aggrave l'état de santé<sup>16</sup>.

<sup>12</sup> Les informations socio-démographiques sont recueillies lors de l'entretien d'accueil, réalisé en théorie lors de la première venue dans les Caso.

<sup>13</sup> En France depuis moins de trois mois. Certains migrants étant amenés à réaliser des allers-retours, il s'agit ici de leur situation au jour de leur première visite au cours de l'année 2021. La durée de résidence en France est calculée à partir de la dernière date d'entrée en France.

<sup>14</sup> Indice Insee fixé à 60 % du niveau de vie médian.

<sup>15</sup> Depuis moins de trois mois en France.

<sup>16</sup> Médecins du Monde, droits des étrangers.

**TABLEAU 4 – ACTIVITÉ ET RESSOURCES DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO<sup>1</sup>, 2021**

	n	%
<b>Exercent une activité pour gagner leur vie en France</b>	1 703	18,9
- Activité déclarée	287	3,2
- Activité non déclarée	1 416	15,7
<b>Niveau de ressources financières (officielles ou non)</b>		
- Aucune ressource	1 091	43,2
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté <sup>2</sup>	1 351	53,6
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	81	3,2

Taux de réponse : Activité : 84,0 % ; Ressources du foyer : 23,5 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

(2) Ce seuil s'établit en 2021 à 1 063 € mensuels pour une personne seule et correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population (source : Insee).

Les problématiques de l'habitat précaire touchent tous les publics rencontrés par les programmes de MdM : femmes, mineurs, personnes en situation administrative précaire qu'ils vivent en campements, en bidonvilles, squats ou qu'elles soient isolées à la rue.

Ces facteurs influent sur l'état de santé et l'accès aux soins, ainsi parmi les 15 355 patients reçus, 56,0 % souffrent de pathologie chronique et 53,6 % de pathologie aiguë. Un retard de recours aux soins a été relevé pour plus de la moitié des personnes reçues en consultation de médecine générale (50,9 %).

# 02

## DES POPULATIONS VIVANT DANS DES CONDITIONS DE LOGEMENT SOUVENT TRÈS PRÉCAIRES

### L'OBSERVATOIRE DES EXPULSIONS DONT MDM EST PARTIE PRENANTE DÉFINIT PLUSIEURS TERMES RELATIFS AU LOGEMENT (CHERIEF ET AL., 2021)<sup>17</sup>

Le terme générique de **lieux de vie informels** peut désigner un squat, un bidonville, un regroupement de tentes. Il s'agit du lieu où une personne habite et réalise l'ensemble de ses activités quotidiennes avec toutes les relations que cela implique au territoire et à ses habitants<sup>18</sup>.

Le terme **bidonville** renvoie à une réalité de mal-logement historique et juridique. En France, ils recourent diverses situations et concernent des publics ou des types d'habitats différents. Ils ont cependant en commun plusieurs éléments : un statut d'occupation fragile, voire irrégulier, un type d'habitat hors de la norme du logement et de l'immeuble (des baraques, habitations de fortune cabanes, caravanes, etc.), des équipements absents ou défectueux (accès à l'eau, à des sanitaires, à l'électricité, au ramassage des ordures, à du mobilier urbain) qui créent des conditions d'insécurité pour ceux qui les habitent, une population qui est souvent précarisée, marginalisée et/ou discriminée. La surpopulation est fréquente mais ne caractérise pas tous les bidonvilles en France. Il s'agit d'un environnement – urbain ou non – qui est souvent un non-lieu, sans reconnaissance institutionnelle.

Le **campement** a souvent les mêmes caractéristiques qu'un bidonville mais il est principalement composé de tentes.

Le **squat** désigne un logement ou un immeuble initialement inoccupé et habité par des occupants sans titre. Le terme peut suggérer une certaine forme d'organisation collective. Même si les squats constituent des réalités extrêmement mouvantes, leurs occupants s'organisent souvent dans la durée.

#### Les définitions de l'Insee

Une personne est **« sans abri »** dès lors qu'elle ne dispose d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries et dort à l'extérieur (dans la rue, un jardin public, etc.) ou dans un lieu non prévu pour l'habitation (cave, cage d'escalier, chantier, parking, centre commercial, tente, métro, gare, etc.). (Insee, 2001).

Une personne est dite **« sans domicile »** si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid) (Insee, 2020a).

Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, seul un peu plus d'un quart des personnes perçoit les conditions de son hébergement comme stables. Plus de six personnes

sur dix ont déclaré être hébergées, majoritairement par de la famille ou des amis (47,9 %), les autres personnes déclarent être hébergées au sein d'un foyer ou d'une

<sup>17</sup> Termes définis par l'Observatoire des expulsions.

<sup>18</sup> Cette définition correspond à celle utilisée dans l'observatoire de l'accès aux soins et aux droits de MdM.

structure d'hébergement pour une durée supérieure à 15 jours (tableau 5). Seules 8,3 % des personnes disposent d'un logement personnel. Elles sont ensuite 7,7 % à vivre dans un squat ou un bidonville et 21,5 % sont sans domicile fixe : 16,7 % des personnes sont à la rue et 4,8 % sont logées dans un hébergement d'urgence pour une durée de moins de 15 jours. Ainsi près de trois personnes sur dix (29,2 %) vivent dans des conditions de grande précarité : en bidonvilles ou squats, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée. Toutefois, un hébergement n'est pas un gage de stabilité ni de conditions satisfaisantes. En effet, un hébergement familial ou amical peut lui aussi être précaire (la durée peut être courte, les logements surpeuplés, l'habitat insalubre, avec des contreparties sexuelles, financières, garde d'enfants, ménage, etc.). Sur les deux dernières années, les conditions de logement ont sensiblement progressé avec une baisse de la proportion de personnes sans domicile fixe (24,9 % en 2019 et 23,1 % en 2020) et une sensible augmentation des personnes vivant en hébergement pour une durée de plus de 15 jours (7,9 % en 2019 et 8,7 % en 2020) jusqu'à 11,3 % en 2021 potentiellement due à l'augmentation du nombre de places d'hébergement, dont certaines ont été pérennisées avec la crise sanitaire, mais qui tendent d'ores et déjà à disparaître.

**TABLEAU 5 – SITUATION DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS LES CASO, 2021**

	n	%
<b>Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)</b>	896	8,3
<b>Hébergé(e)s</b>	6 598	61,4
<b>Squat, bidonville</b>	828	7,7
<b>Sans domicile fixe</b>	2 308	21,5
<b>Autre situation<sup>1</sup></b>	116	1,1
<b>Ressenti des patients vis-à-vis du logement</b>	1 703	18,9
- Temporaire / Instable	7 190	74,2
- Stable	2 507	25,9

Taux de réponse : type de logement : 70,0 %.

1- Les autres situations de logement comprennent des situations incertaines, inclassables ou mixtes. Exemple : à l'hôtel sans durée connue, dans les couloirs des foyers, hébergé provisoirement par des connaissances.

*Vous voyez, nous sommes à l'hôtel... L'hôtel ce n'est pas un appart où on va rester, c'est l'hôtel... On ne sait pas, à tout moment ça peut basculer. Voilà, à tout moment on peut vous dire, « bon, le contrat est fini, il faut que... ». Mais après où tu vas avec cet enfant ? Donc c'est un peu ça, et ça aussi c'est le même souci. Parce que c'est comme si tu es là, mais tu n'as pas la tête tranquille, parce que tu ne sais pas à quel moment on peut te dire de quitter le lieu. Donc, du coup, c'est un peu stressant.*

**[Femme enceinte, programme 4i (lieux de vie instables, insalubres, indignes, informels), Nantes, 2021]**

## PERSONNES VIVANT EN SQUAT OU BIDONVILLE

### LES POINTS ESSENTIELS

- En 2021, près de 8 % des personnes reçues vivent en squat ou bidonville lors de leur premier accueil dans les Caso.
- Ces personnes sont essentiellement issues d'Afrique subsaharienne (près de 36 %) et de l'Union européenne (35 %).
- 40 % des adultes hébergés en squat ou bidonville déclarent être parents d'enfants mineurs.

Depuis les années 1960, l'existence de bidonvilles est un véritable marqueur de l'exclusion et illustre le mal-logement. Les bidonvilles métropolitains s'installent le plus souvent dans des espaces non bâtis, des interstices urbains, des friches industrielles ou des zones rurales peu fréquentées (CNDH Romeurope, 2017 ; Delon, 2017). Les politiques publiques tout au long des années 1990 et 2000 ont essentiellement visé à faciliter l'expulsion des terrains, d'abord considérés sous l'angle de l'illicéité. Sans proposition de relogement, bloquant toute démarche d'insertion, ces actions ont perpétué les bidonvilles et aggravé la précarité des personnes concernées sans résoudre cette problématique.

En mai 2021, en France, 22 189 personnes vivent dans 439 lieux de vie informels, soit une augmentation de 2 810 personnes par rapport à décembre 2018. Par ailleurs, cette année, le nombre d'expulsions (bidonvilles, squats, etc.) enregistre un record. Ainsi entre le 1<sup>er</sup> novembre 2020 et le 31 octobre 2021, 1 330 expulsions ont été recensées en France métropolitaine, ce qui représente en moyenne 472 personnes expulsées chaque jour. Ces expulsions ont été réalisées pour 64 % d'entre elles pendant la trêve hivernale. En outre, 91 % de ces expulsions n'ont donné lieu à aucune solution d'hébergement proposée (Cherief et al., 2021).

Bien qu'il s'agisse d'un texte non contraignant, l'instruction interministérielle<sup>19</sup> de janvier 2018 à destination des citoyens européens vivant en bidonville est apparue comme un signe positif d'évolution de l'action publique en donnant une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles (MdM, 2017). Toutefois, le nombre de personnes y vivant reste encore très élevé avec une estimation de 22 189 personnes en mai 2021, selon la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. **Ainsi le nombre total de personnes vivant en squats et bidonvilles recensées par les pouvoirs publics à tendance à augmenter (entre 15 000 à 19 000 personnes entre 2012 et 2018 ; et 17 619 en juin 2019) ;** en parallèle le nombre de ressortissants européens parmi les personnes concernées baisse (Dihal, 2021 ; instruction interministérielle, 2018). En outre, le nombre de mineurs a augmenté de 23 % : de 4 622 mineurs recensés en 2018, à 5 695 en mai 2021 (représentant respectivement 24 % et 26 % de la population recensée). Il convient par ailleurs

de noter que ces statistiques officielles ne comptabilisent pas les personnes exilées vivant dans les bidonvilles du Nord-littoral et du nord-est parisien. Ils ne prennent pas non plus en considération les lieux de vie informels en Outre-mer, où cette forme d'habitat est la plus développée.

Les associations saluent l'augmentation significative du budget alloué depuis 2020 à la politique de résorption des campements illicites et des bidonvilles. Sa coordination à l'échelle locale reste cependant insuffisante et la volonté des acteurs publics inégale selon les territoires. Il est en outre primordial que les stratégies de résorption s'adressent à tous les habitants de ces lieux de vie, en ne se limitant pas, comme c'est le cas aujourd'hui, aux seuls ressortissants européens et au territoire métropolitain.

#### Expulsion en catimini

*Une partenaire institutionnelle découvre par hasard début août l'expulsion en cours d'un bidonville, avec la présence des forces de l'ordre et de nombreux camions. Les tractopelles sont en train de détruire les habitations qui avaient été construites sur un terrain. Les familles (dont des femmes enceintes et des enfants) étaient accompagnées dans leurs démarches de santé. Elles n'ont pu récupérer que quelques affaires et se sont réfugiées au bord d'une route, sous un pont pour s'abriter de la pluie. N'ayant pas eu de proposition de relogement, elles ne savent pas où dormir le soir même. Une maraude squat de MdM leur apporte quelques tentes, duvets, tapis de sol, couvertures et kits d'hygiène. Devant les besoins alimentaires importants, l'équipe tente sans succès de faire le lien avec le 115. C'est un nouveau retour à la rue et à l'insécurité, avec toujours plus de violences pour ces parents et leurs enfants, et la rupture des prises en charge médicales.*

**[Équipe MdM, programme Migrants européens en précarité, Toulouse, 2021]**

Le terme « squat ou bidonville » employé dans ce rapport désigne l'habitat des personnes ayant déclaré vivre dans un logement sans bail ou sur un terrain sans droit lors de leur première venue au Caso ; si leur situation au niveau du logement a depuis évolué, celle-ci n'est pas prise en compte. Ainsi, en 2021, 828 personnes reçues dans les Caso ont déclaré vivre en squat ou bidonville, soit 7,7 % de l'ensemble des personnes reçues dans les Caso. Moins des deux tiers d'entre elles (63,9 %) sont des hommes<sup>20</sup>.

Les moins de 18 ans (au nombre de 108) représentent 13,1 % des personnes qui vivent en squat ou bidonville (vs. 8,2 % des autres publics reçus). La proportion des enfants de moins de 10 ans est également plus importante (6,5 % vs. 2,9 % pour les autres personnes). Parmi les mineurs, 29,5 % sont non accompagnés, ce qui représente 3,8 % de l'ensemble des personnes vivant en squat ou bidonville. Plus du tiers des personnes vivant en squat ou bidonville reçues dans les Caso sont originaires d'Afrique subsaharienne (35,9 %) ; pour la même proportion d'Union européenne (35,0 %). Les pays les plus représentés sont la Roumanie (20,1 %), la Bulgarie (12,3 %) et la Côte d'Ivoire (10,8 %). **Les primo-arrivants<sup>21</sup> vivant en squat ou**

**bidonville représentent 26,7 % des personnes étrangères rencontrées.**

*Le squat abrite des personnes de plein de pays différents : Sénégal, Côte d'Ivoire, Tchad, Soudan, Mali, Guinée Conakry, Éthiopie, Togo, Mauritanie... On est environ 250. Quand on a fait l'ouverture du lieu le 16 mai il n'y avait rien du tout dans le bâtiment pour nous héberger, juste des murs et un toit. Au bout de trois jours la Croix-Rouge est venue nous donner un peu de matériel : quelques lits, des couchages... On est aussi soutenu par d'autres associations pour la nourriture par exemple. On a des problèmes pour tout : on ne peut pas travailler, manger, se soigner correctement... Il faut toujours chercher de l'aide, rien ne se fait simplement pour vivre. Mais au moins ici, avec les femmes et les enfants, on est plus en sécurité que quand on était dehors. Beaucoup d'entre nous ont vécu longtemps à la rue, Porte de la Chapelle par exemple, sous la tente, ou aussi au squat de l'Île-Saint-Denis. Ici c'est un peu moins dangereux car il n'y a pas la route et on peut garder les enfants à l'intérieur dans la cour pour qu'ils jouent.*

**[Personne concernée, programme Veille sanitaire, Paris, 2021]**

Parmi les adultes hébergés en squat ou bidonville, plus de la moitié (57,4 %) indique vivre seule et sans enfant à charge en France, et 40,2 % être parent d'enfants mineurs. Les personnes âgées d'au moins 16 ans sont près d'un quart (24,3 %) à exercer une activité pour gagner leur vie.

En 2021, 451 personnes vivant en squat ou bidonville ont été prises en charge lors de 800 consultations de médecine générale ou spécialisée, soit 1,8 consultations par patient. Comme pour les personnes ne vivant pas en squat ou bidonville, au moins une pathologie chronique a été diagnostiquée pour 56,8 % des personnes, et une pathologie aiguë a été diagnostiquée pour 51,2 %. De plus, lors des consultations de médecine générale, 6,0 % des femmes en âge de procréer (11 à 49 ans) et vivant en squat ou bidonville étaient enceintes. Un retard de recours aux soins a été relevé pour 48,4 % de ces patients et 40,7 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente ; sans qu'il y ait toutefois de différence significative avec les personnes vivant dans d'autres conditions de logement.

En outre plus de quatre personnes sur cinq vivant en squat et bidonville reçues sont éligibles à la couverture maladie (84,5 %) lors de leur entretien d'accueil dans les Caso ; or 70,1 % n'en n'ont pas.

<sup>19</sup> Instruction du gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles, NOR : TERL1736127J, 25 janvier 2018.

<sup>20</sup> Dans des programmes spécifiques, les équipes de Médecins du Monde rencontrent d'autres personnes en squat, bidonville et à la rue. Elles ne sont pas comptabilisées ici.

<sup>21</sup> En France depuis moins de trois mois.

## PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

## LES POINTS ESSENTIELS

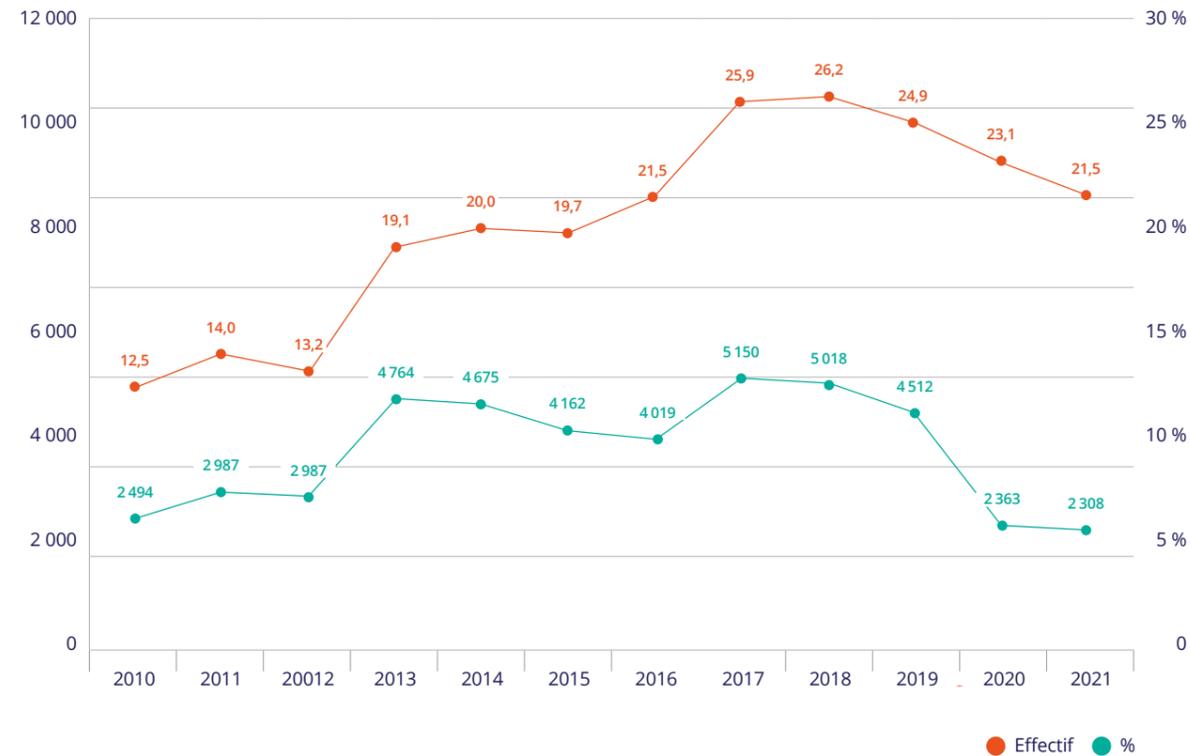
- En 2021, 2 308 personnes étaient sans domicile fixe lors de leur entretien d'accueil, soit une personne sur cinq reçues dans les Caso.
- Près des trois quarts des personnes sans domicile fixe étaient en France depuis moins d'un an lors de leur entretien d'accueil.
- 16 % des personnes sans domicile fixe déclarent avoir subi des violences en France.

Selon la Fondation Abbé Pierre (FAP), le nombre de sans-domicile<sup>22</sup> a doublé depuis 2012 et s'élève aujourd'hui à 300 000 au moins. Elle rapporte que le 6 décembre 2021, près de 4 000 personnes ont appelé le 115 mais n'ont pas pu être hébergées en raison de l'absence de places d'hébergement d'urgence disponibles. Ce chiffre est en hausse de plus de 30 % par rapport à l'été 2021 (Fondation Abbé Pierre, 2022). La crise du logement et de l'hébergement perdure et s'accroît en France où l'accès à un hébergement

revêt des allures de combat perdu d'avance pour une majorité de personnes sans domicile fixe : familles à la rue, saturation de la plateforme téléphonique « 115 », des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et des dispositifs d'hébergement, mise en place de critères de vulnérabilité toujours plus restrictifs appliqués dans certains départements<sup>23</sup> et solutions proposées toujours insuffisantes qualitativement et quantitativement.

Le terme « sans domicile fixe » désigne ici les personnes ayant déclaré vivre à la rue ainsi que les personnes hébergées pour une durée maximale de 15 jours par un dispositif d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.). Ce regroupement se justifie dans la mesure où elles connaissent les mêmes conditions d'insécurité en matière de logement. Ainsi, lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, 2 308 personnes étaient sans domicile fixe, soit 21,5 % des personnes reçues dans les Caso. À l'instar des données du rapport FAP 2022 rapportant le doublement depuis 2012 du nombre de sans-domicile en France, le nombre de personnes sans domicile fixe reçues dans les Caso est passé de 12,5 % en 2010 à 26,2 % en 2018. Toutefois la baisse s'amorce depuis 2019 (24,9 % et 21,5 % en 2021) (Figure 5). En revanche, le nombre de personnes en hébergement de moins de 15 jours reste stable (4,9 % en 2019 ; 4,8 % en 2021).

FIGURE 5 - ÉVOLUTION DE LA PROPORTION ET DU NOMBRE DE PERSONNES SANS DOMICILE FIXE ACCUEILLIES DANS LES CASO DE 2010 À 2021



<sup>22</sup> Définition de l'Insee.

<sup>23</sup> Le Collectif des associations unies (CAU) a alerté sur les dangers de la mise en place dans plusieurs départements « de critères sélectifs d'accès à l'hébergement des familles à l'hôtel provoquant des ruptures de prise en charge, ainsi que la remise à la rue des personnes liée à la fermeture des places hivernales » (exemples de critère : femmes enceintes à partir de sept mois de grossesse, enfant de moins de 1 an, etc.).

Les personnes sans domicile fixe reçues dans les Caso sont à 73,5% des hommes, contre 66,3 % pour les personnes vivant dans un logement. Les 18-34 ans représentent plus de la moitié des personnes vivant à la rue (56,5 %) ; les moins de 18 ans sont encore trop nombreux (9,7 % des personnes sans domicile fixe). En outre les mineurs non accompagnés représentent plus de la moitié des mineurs sans domicile (53,7 %).

La moitié des personnes sans domicile fixe sont originaires d'Afrique subsaharienne et 19,8 % d'entre elles viennent du Maghreb. Les pays les plus représentés sont la Côte d'Ivoire (14,1 %), l'Algérie (13,0 %) et la Guinée (9,2 %). Les personnes étrangères sans domicile fixe reçues dans les Caso sont pour la plupart arrivées récemment en France : 51,1 % d'entre elles sont arrivées depuis moins de trois mois, 21,6 % entre trois mois et un an, 14,1 % entre un an et trois ans et 13,2 % depuis plus de trois ans.

Concernant les situations familiales, 31,8 % des personnes majeures sans domicile fixe ont au moins un enfant mineur mais, parmi ces personnes, 47,2 % vit avec au moins un de leurs enfants.

Les personnes sans domicile fixe âgées d'au moins 16 ans déclarent exercer très rarement une activité pour gagner leur vie (7,1 % vs. 22,2 % des autres personnes).

Les étrangers sans domicile fixe sont plus souvent en situation administrative régulière que les autres étrangers (53,6 % vs. 38,8 % étrangers déclarant vivre dans un domicile ou un hébergement). Cette différence s'explique par une proportion plus importante de demandeurs d'asile parmi les personnes sans domicile fixe. En effet, 37,5 % des étrangers sans domicile fixe ont une demande d'asile en cours au jour de leur première visite, alors qu'ils devraient pourtant être pris en charge et hébergés dans le dispositif d'accueil des demandeurs d'asile.

## HÉBERGEMENT PRÉCAIRE : SANTÉ DÉGRADÉE

En 2021, 1 513 personnes sans domicile fixe ont été prises en charge lors de 2 651 consultations de médecine générale ou spécialisée, soit 1,8 consultations par patient. Comme pour les personnes vivant dans un logement, au moins une pathologie chronique a été diagnostiquée chez 58,0 % des personnes sans domicile fixe et une pathologie aiguë chez 53,8 %. Par ailleurs, lors des consultations de médecine générale, 11,8 % des femmes sans domicile fixe en âge de procréer étaient enceintes, soit 36 femmes.

**Pour des raisons développées au chapitre 2, les violences sont très difficiles à identifier. Toutefois, les personnes sans domicile fixe ont plus souvent déclaré avoir subi des violences (9,0 %) que les autres personnes (4,2 %).** Parmi les personnes sans domicile fixe ayant déclaré des violences lors d'un entretien spécifique dans les Caso, 16 % d'entre elles les ont subies en France<sup>24</sup>.

*Je dois y aller, je dors dans la jungle. Enfin dans la jungle... Je dors n'importe où, là où je trouve un endroit le soir venu. J'ai dormi à Sarcelles, hier c'était Porte de la chapelle, parfois je dépasse Saint-Denis... Je cherche des lieux où je peux me sentir un peu en sécurité mais j'ai très peur. Toute la nuit j'angoisse de me faire attaquer ou racketter et je dors avec mon téléphone dans ma poche et ma main dessus pour espérer qu'on ne me le prenne pas. Il m'arrive de voir des lieux dans des jardins, près des maisons, où je peux passer la nuit mais ensuite je me dis que les habitants vont avoir peur s'ils me découvrent. La plupart du temps je finis sous des ponts.*

[Personne concernée, programme Veille sanitaire, Paris 2021]

Les personnes en situation de précarité sont exposées à des conditions de vie difficiles, la pauvreté les fragilise et peut entraîner des problèmes de santé, liés notamment à un environnement quotidien dégradé (logements insalubres, vie à la rue) ; l'instabilité de ces conditions de vie conduit aussi à prioriser d'autres besoins vitaux face aux besoins liés à la santé (OMS, 2018). Elles vont être donc plus exposées à des difficultés dans l'accès aux soins et dans l'exercice de leur droit à la santé (Connect-Wolfe et al., 2021).

Lors des consultations de médecine générale, des retards de soins ont été identifiés chez 53,8 % de ces patients (vs. 47,1 % pour les autres patients) et 48,5 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente selon l'avis du médecin. Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, 70,1 % des personnes sans domicile fixe sont éligibles à la couverture maladie ; or près des trois quarts d'entre elles n'en ont pas.

<sup>24</sup> Cf. chapitre 2.4, p. 74.

## 03

## LES CARACTÉRISTIQUES SELON LES CATÉGORIES DE POPULATIONS

## LES POINTS ESSENTIELS

- En 2021, 9 % des personnes reçues dans les Caso sont âgées de moins de 18 ans. Parmi elles, plus de 38 % sont des mineurs non accompagnés.
- Seuls plus de 45 % des enfants de 6 à 15 ans sont scolarisés.
- Plus de 23 % des mineurs sont sans domicile fixe et plus de 12 % vivent en squat ou bidonville.
- 87 % de l'ensemble des mineurs n'ont pas de couverture maladie lors de leur première visite alors qu'ils y ont droit.
- La quasi-totalité des mineurs non accompagnés ne disposent pas de logement personnel (99 %) : plus de 58 % sont hébergés, par un organisme ou une association principalement, et près de 30 % sont sans domicile fixe.

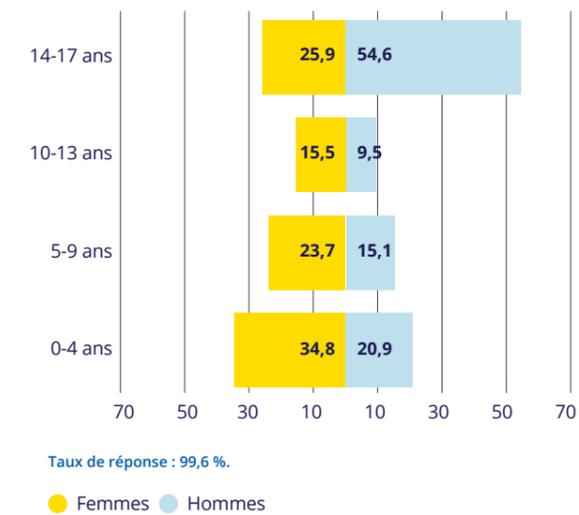
## LES MINEURS : LA CONVENTION DES DROITS DE L'ENFANT NON RESPECTÉE

L'enfant est défini comme tout être humain de moins de 18 ans, sauf si la loi nationale accorde la majorité plus tôt. Tous les droits décrits dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) s'appliquent à tout mineur sans exception. L'État a l'obligation de protéger l'enfant contre toute forme de discrimination et de mettre en place les mesures positives favorisant le respect de ses droits (CIDE, articles 1 et 2). Signataire des nombreux textes affirmant les droits des enfants (Convention internationale des droits de l'enfant, Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé), la France est pourtant souvent prise en défaut. Selon l'Unicef et la Fédération des acteurs de la solidarité, **plus de 42 000 enfants vivent dans des hébergements d'urgence, des abris de fortune ou dans la rue**, ce qui a des conséquences graves sur leur santé physique et mentale (Unicef et al., 2022). Par ailleurs, un enfant de moins de 18 ans sur huit vit dans une famille où aucun parent n'est en emploi ; dans les familles monoparentales, c'est un peu plus d'un sur trois. Cette situation, plus encore que la taille de la fratrie ou le milieu social, est associée à un fort risque de pauvreté pour les enfants (Insee, 2020).

En 2021, 1 340 mineurs ont été accueillis au sein des Caso, soit 8,8 % de la file active totale. Entre 2018 et 2020, la proportion des mineurs dans la file active a baissé. Cette diminution est à relativiser puisqu'elle est d'abord le fait de l'exclusion des données des programmes spécifiques à destination des mineurs non accompagnés de l'analyse des résultats des Caso. Par ailleurs, des équipes ont pu observer une moindre fréquentation de la part des familles avec enfants pendant la crise sanitaire.

Les deux tiers des mineurs sont de genre masculin, proportion identique aux personnes majeures reçues dans les Caso. La moitié des mineurs sont âgés de 12 ans et plus, avec une moyenne d'âge de 10 ans. Ils sont ainsi près de 45 % à être âgés entre 14 et 17 ans et 25,6 % à être âgés de moins de 5 ans (figure 6). Par ailleurs, jusqu'à l'âge de 13 ans les filles sont plus nombreuses en proportion que les garçons.

FIGURE 6 - PYRAMIDE DES ÂGES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO (EN % DES MINEURS), 2021



Ces jeunes sont originaires d'Afrique subsaharienne pour 47,5 % d'entre eux. Ils sont ensuite 19,3 % à venir d'Union européenne, 15,8 % du Maghreb et 11,3 % d'Europe hors UE. Les plus représentés parmi les mineurs sont les Ivoiriens (12,7 %), les Guinéens (10,9 %), les Algériens (8,7 %) et les Roumains (7,2 %). Lors de leur première visite au Caso en 2021, près de la moitié (48,3 %) des mineurs de nationalité étrangère étaient des primo-arrivants<sup>25</sup>. Tout en n'atteignant pas le niveau de 2019 (60,0 %), la proportion est plus élevée qu'en 2020 (42,6 %), année pendant laquelle la fermeture des frontières avait réduit le nombre d'entrées sur le territoire.

Tout enfant a le droit à un niveau de vie suffisant à son développement physique, mental, spirituel, moral et social. La responsabilité de lui assurer ce niveau de vie incombe aux parents. L'État est responsable d'octroyer une aide matérielle aux parents et à leurs enfants notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement (CIDE, art. 27). Bien qu'étant un droit affirmé par la Convention internationale des droits de l'enfant, **les conditions de vie des mineurs reçus dans les Caso sont particulièrement dégradées : 23,1 % sont sans domicile fixe, 12,2 % vivent dans des squats ou bidonvilles et 52,3 % déclarent être hébergés** (17,9 % par de la famille ou des amis, 27 % par un organisme ou une association pour plus de 15 jours, 7,3 % par un réseau ou collectif militant). Le mal-logement et la pauvreté sont des facteurs déterminants pour la santé, le développement et la réussite scolaire de l'enfant (Roze et al., 2016).

L'enfant a le droit à l'éducation et l'État a l'obligation de rendre l'enseignement primaire obligatoire et gratuit, de rendre accessible le primaire et le secondaire et de prendre des mesures appropriées, telles que la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin (CIDE, art. 28). En outre, la législation française impose une obligation d'instruction pour les enfants âgés de 3 à 16 ans, et au-delà

un droit à l'éducation pour tous. Depuis la rentrée de 2020, la loi impose une obligation de se former jusqu'à l'âge de 18 ans afin qu'aucun jeune ne soit laissé dans une situation où il ne serait ni en études, ni en formation, ni en emploi. Toutefois, **moins de la moitié des enfants ayant entre 6 et 15 ans reçus dans les Caso sont scolarisés (45,4 %)**. Le taux de scolarisation diminue en particulier entre 14 et 15 ans (25,8 %). Parmi les primo-arrivants, 18,6 % ne sont pas scolarisés, le taux augmente progressivement après trois mois de présence. L'absence de logement a également des répercussions significatives sur la scolarisation des enfants, qui peuvent rencontrer des obstacles pour accéder à l'école, vivre une scolarité continue et disposer de conditions favorables à leurs apprentissages (Unicef et al., 2022).

La CIDE reconnaît à chaque enfant le droit de « *jouir du meilleur état de santé possible, de bénéficier de services médicaux* » (CIDE, art. 24) et dispose que « *les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale* » (CIDE, art. 26). Les mineurs, quelle que soit leur nationalité, doivent accéder à une couverture maladie, cela de façon inconditionnelle et sans délai<sup>26</sup>. Malgré ces dispositions, en 2021, **87,2 % des mineurs ne bénéficient d'aucune couverture maladie lors de leur première visite au Caso**<sup>27</sup>. Les obstacles à l'accès aux soins et aux droits des jeunes patients se superposent logiquement à ceux des adultes et sont dominés par les difficultés administratives (41,1 %) et la méconnaissance des droits et des structures (30,0 %).

**Conséquence de ce faible accès à une couverture maladie, des obstacles rencontrés et de la précarité, la santé des mineurs reçus dans les Caso est dégradée.** En 2021, les Caso ont réalisé 1 546 consultations médicales (généralistes et spécialistes) auprès de 1 056 mineurs<sup>28</sup>. Les mineurs souffrent plus fréquemment d'une pathologie aiguë (70,6 %, vs. 51,5 % pour les majeurs) que d'une pathologie chronique (32,7 %, vs. 58,9 % pour les majeurs), selon l'avis des médecins.

Par ailleurs, parmi les enfants de moins de 6 ans reçus dans les Caso, **plus de trois enfants sur cinq ne sont pas suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI)** (tableau 6). Ces structures départementales de soins et de prévention de premier recours proposent des consultations et services médico-sociaux de protection, de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans. Elles devraient leur permettre d'avoir accès à des soins essentiels et gratuits. Le rôle des médecins de la PMI est central, notamment par les consultations qu'ils assurent. Néanmoins, les actions des PMI en France destinées aux enfants ont diminué de 4,5 % en moyenne par an entre 2016 et 2019<sup>29</sup>. Leur effectif est en diminution depuis 2010 et plus encore entre 2016 et 2019 avec une baisse annuelle moyenne de près de 5 % (Amrous, 2022). Par manque de financements, ces structures essentielles à l'accès aux soins des femmes et des enfants en précarité connaissent un important recul.

<sup>25</sup> En France depuis moins de trois mois.

<sup>26</sup> Circulaire E N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).

<sup>27</sup> Taux de réponse : 76,1 % des mineurs.

<sup>28</sup> Cf. figure 6. La moitié des mineurs sont âgés de 12 ans et plus, avec une moyenne d'âge de 10 ans. Ils sont ainsi près de 45 % à avoir entre 14 et 17 ans et 25,6 % à être âgés de moins de 5 ans.

<sup>29</sup> Cette baisse moyenne globale est à relativiser puisqu'il y a de fortes disparités d'un département à un autre.

**TABLEAU 6 – SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2021**

	n	%
Suivi en PMI (< 6 ans)	81	38,8
Scolarisation (de 6 à 15 ans compris)	138	45,4

Taux de réponse : PMI : 81,3 % ; Scolarisation : 81,3 %.

### LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS : UNE VIOLENCE CONTINUE

L'expression « mineur non accompagné » (MNA) désigne une personne âgée de moins de 18 ans, qui n'a pas la nationalité française et qui n'est pas accompagné de ses représentants légaux ou d'une personne exerçant l'autorité parentale sur elle.

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), ratifiée par la France, dispose dans son article 20 que « *tout enfant temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État y compris les enfants demandeurs d'asile, réfugiés ou migrants, sans considération de leur nationalité, de leur statut au regard de l'immigration ou de leur apatridie* ».

**De par leur âge et leur isolement, ces enfants sont particulièrement vulnérables et exposés à de nombreux risques. À ce titre, les MNA sont des enfants en danger qu'il convient de protéger et de prendre en charge par les services de protection de l'enfance.** Or, en France, si les textes prévoient une protection obligatoire des MNA par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), en réalité ces enfants font face à de nombreux obstacles pour être protégés. Dès leur arrivée en France, ils sont confrontés au rejet, à la suspicion, à la remise en cause de leur identité, de leur âge, de leur histoire, faisant ainsi primer une logique de suspicion sur celle de la protection. Aujourd'hui ces enfants sont avant tout considérés comme un flux migratoire à maîtriser, au détriment de toute considération liée aux dangers qu'ils courent.

Ainsi, malgré l'obligation de mettre à l'abri toute personne se présentant comme mineure et isolée<sup>30</sup>, l'accueil provisoire d'urgence n'est pas systématique et diffère selon les départements. Le rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés, publié le 15 février 2018, faisait déjà état « *d'une crise profonde du dispositif de premier accueil des MNA* », et relevait « *une saturation chronique des capacités de mises à l'abri* » ainsi « *qu'une mise à l'abri parfois non effective* », que ce soit « *l'absence de prise en charge de certains jeunes dès l'entrée du dispositif sans notification écrite* » ou « *une absence de mise à l'abri concernant des jeunes dont l'évaluation est prévue mais à qui aucune solution d'hébergement ne peut être proposée [...], du fait de la saturation des dispositifs d'accueil* ». Enfin, la mission mettait en lumière une « *prise en charge variable selon les territoires* » (Igas, 2019). De plus,

lorsque ce premier accueil est mis en œuvre, il se fait majoritairement dans des hébergements hôteliers<sup>31</sup>, dispositifs pourtant non adaptés à la prise en charge de mineurs. À ce sujet, dans son dernier rapport relatif à l'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance (Denieul et al., 2020), l'Igas rapporte que :

- Le placement à l'hôtel des mineurs est essentiellement lié à l'accueil des MNA (95 % des mineurs hébergés à l'hôtel seraient des MNA). L'hôtel est massivement utilisé pour la mise à l'abri des jeunes se déclarant MNA – au stade de l'évaluation de minorité – mais est également très répandu après l'admission à l'ASE.
- La durée du placement à l'hôtel des MNA peut être « au long cours ». Des départements interrogés déclarent qu'elle s'établit en moyenne à trois mois mais de nombreux MNA sont hébergés à l'hôtel pour une durée supérieure à six mois, voire un an.
- L'hôtel présente pour l'ensemble des MNA des dangers bien identifiés : faible contrôle de la qualité des lieux d'accueil, promiscuité dans les chambres, isolement, faible surveillance, proximité de lieux de trafics, etc. Pour l'Igas, « *il s'agit d'une modalité de placement peu sécurisante et associée à un accompagnement éducatif en général très limité. Au total, l'hôtel paraît donc être un lieu fondamentalement inadapté pour l'accueil et l'accompagnement de mineurs* ».

La loi relative à la protection des enfants du 7 février 2022 a d'ailleurs prévu d'interdire le recours à l'hébergement hôtelier sous deux ans.

Afin d'accéder à une protection, des procédures spécifiques et de plus en plus dissuasives sont mises en place, rompant alors avec le principe de non-discrimination : leur minorité et leur isolement sont évalués au cours d'un entretien d'investigation poussé, mené dans la défiance, souvent sommaire et subjectif ; leurs empreintes sont relevées et comparées dans plusieurs fichiers biométriques (fichier AEM) ; leurs documents d'état civil, quand ils en ont, sont systématiquement suspectés d'être faux. À cela s'ajoutent des évaluations « au physique » et des expertises médicales, pourtant largement condamnées en raison de leur absence de fiabilité (Académie nationale de médecine, 2007 ; HCSP, 2014).

Les équipes de Médecins du Monde, comme de nombreux partenaires, font le constat quotidien que ces moyens, inadaptés à des enfants, conduisent nombre d'entre eux à ne pas être reconnus comme mineurs. **Les associations et les avocats estiment qu'environ 80 % des jeunes se présentant comme MNA se voient refuser le bénéfice d'une protection par l'administration**, alors que le taux de reconnaissance de la minorité suite à l'évaluation faite par les conseils départementaux varie entre 9 et 90 % selon les départements (Igas, 2018)<sup>32</sup>. Or, bien qu'il soit possible de saisir le juge des enfants afin de contester le résultat de cette évaluation départementale, aucune prise en charge

n'est prévue le temps du recours, ce dernier n'étant pas suspensif. Ces adolescents sont alors remis à la rue, livrés à eux-mêmes<sup>33</sup>, sans aucun accès à un dispositif de protection adaptée, sans ressources financières et sans accompagnement autre que celui fourni par les associations, ce qui dégrade encore d'avantage leur état de santé somatique et psychologique et compromet gravement leur accès aux soins. **En attendant une décision de justice sur leur situation, ils survivent pendant plusieurs mois dans des conditions d'extrême précarité et d'errance et sont exposés à de nombreux risques pour leur santé et leur sécurité.** Dans la moitié des cas, les juges des enfants reconnaissent leur minorité et leur accordent une protection<sup>34</sup>.

Le combat ne s'arrête pas là. Les jeunes admis à l'ASE ont besoin d'un accueil protecteur, sécurisant et réparateur. Or le cadre juridique réglemant le premier accueil et sa concrétisation par les pratiques des conseils départementaux sont sources de souffrances :

- Lorsque le jeune est confié à l'ASE par décision du juge des enfants, certains départements font très régulièrement appel de ces décisions, ce qui a des conséquences désastreuses pour les mineurs : insécurité, précarité, ruptures de parcours, remise à la rue, fin de scolarisation ou de formation ;
- La prise en charge proposée dans les dispositifs de protection de l'enfance est souvent différente de celles des autres enfants confiés à l'ASE et est parfois défaillante ;
- Ces enfants sont le plus souvent hébergés dans des dispositifs dédiés ou dans des hôtels, avec un prix de journée bien inférieur à celui des autres enfants confiés ;
- La prise en charge socio-éducative est parfois minime, ce qui a un effet sur leur accès à la scolarité, aux soins, ou encore sur l'accompagnement à la majorité.

*H. est venu pour la première fois à MdM le 28 octobre 2019 après une évaluation défavorable de sa minorité par le Conseil départemental de Loire-Atlantique. Il s'était présenté à la plateforme d'évaluation de la minorité et de l'isolement le 07 octobre, et avait reçu en entretien d'évaluation le jour même. Il a reçu sa notification de rejet le 17. Face à la saturation du 115 qui ne lui proposait que quelques nuitées ponctuelles, H. a passé plusieurs semaines à la rue puis dans des squats précaires avant d'être mis à l'abri par le réseau des hébergeurs solidaires. H. a été reconnu mineur par le juge des enfants et repris en charge par les services du conseil départemental en juillet 2020, soit neuf mois après sa notification de rejet. H. revient nous voir en juillet 2021 car le conseil départemental a fait appel de la décision du juge*

*des enfants alors qu'il est placé à l'ASE depuis une année. La cour d'appel de Rennes a remis en cause la validité de ses documents d'identité, pourtant validés par le juge des enfants, et l'a déclaré majeur. Cette décision a conduit à une fin de prise en charge par le conseil départemental et le jeune H. se retrouve de nouveau sans solution d'hébergement.*  
[Équipe MdM, programme MNA, Nantes, 2021]

En 2021, 332 MNA<sup>35</sup> ont été accueillis dans les Caso, soit 38,4 % de l'ensemble des mineurs. Ils sont très majoritairement des garçons (88,6 %) et âgés de 14 à 17 ans (94,3 %). **Les mineurs non accompagnés ayant entre 6 et 15 ans sont rarement scolarisés (80,8 % ne le sont pas).**

Les MNA sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (85,2 % vs. 33,6 % des autres mineurs de 11 ans et plus) ou du Maghreb (7,8 %). Plus des deux tiers d'entre eux sont en France depuis moins de trois mois (67,7 % vs. 36,6 % des autres mineurs âgés de 11 ans et plus). Leurs pays d'origine sont essentiellement la Guinée (29,5 %) et la Côte d'Ivoire (25,0 %).

Le parcours migratoire des MNA reçus dans les Caso est éprouvant, ces derniers subissent des violences, que pourtant seulement 11 % d'entre eux sont parvenus à déclarer. Souvent la grande précarité dans leur pays, parfois le décès d'un ou de leurs deux parents au pays ou pendant le trajet migratoire, la déscolarisation dans leur pays et des violences souvent intrafamiliales (l'exploitation, l'abandon, l'excision ou le mariage forcé, etc.) accroissent leurs vulnérabilités. Sur le trajet pour rejoindre l'Europe, ils connaissent la faim et la soif, subissent des mauvais traitements et des agressions de plusieurs ordres (séquestrés, battus, exploités, humiliés, violés, etc.).

*N., un Burkinabais de 16 ans, est en état de sidération et presque confus lors de son arrivée à MdM. Lors de l'entretien d'accueil, il nous confie qu'il a traversé la Méditerranée et que son frère est « resté dans l'eau ». Deux mois plus tard, lors d'un atelier collectif, il revient sur cet événement en tête-à-tête avec une salariée et raconte comment il a vu son frère se noyer sous ses yeux.*  
[Équipe MdM, programme MNA, Nantes 2021]

Au lieu de trouver un refuge et une protection digne, cette violence se poursuit en France, notamment à cause du manque de logement digne : **parmi les MNA rencontrés dans les Caso en 2021, 29,9 % d'entre eux étaient sans domicile fixe ; 58,2 % étaient hébergés<sup>36</sup>, principalement par un organisme ou une association (37,6 %) ou par un réseau, collectif militant ou hébergement solidaire (16,7 %), et 9 % à vivre en squat ou bidonville.**

<sup>30</sup> « *Le président du conseil départemental du lieu où se trouve une personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille met en place un accueil provisoire d'urgence, d'une durée de cinq jours à compter du premier jour de sa prise en charge.* » (Article R221-11, Code de l'action sociale et des familles, Igas, 2019)

<sup>31</sup> « *L'hébergement hôtelier est aujourd'hui la principale forme d'hébergement d'urgence* », selon un rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prise en charge des mineurs non accompagnés en 2017 (Doineau et al., s. d.).

<sup>32</sup> Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés, Igas, IGA, IGJ, ADF, 15 février 2018 ; projet de loi de finances pour 2018, rapport pour avis de la commission des affaires sociales sur les crédits de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances.

<sup>33</sup> Le mineur non reconnu comme tel par les services de la protection de l'enfance en danger n'est pour autant pas considéré comme majeur. Il existe alors un flou juridique qui peut l'exclure de dispositifs de protection comme l'hébergement d'urgence via le 115 (le 115 ne peut accueillir que des personnes majeures).

<sup>34</sup> Assemblée nationale, Justice des mineurs, Audition de représentants du Conseil national des barreaux, de l'antenne des mineurs du barreau de Paris et de la Conférence des bâtonniers, 2018.

<sup>35</sup> En 2021, 650 mineurs non accompagnés ont été accueillis dans les Caso (332 MNA) ainsi que dans les trois programmes spécifiques MNA (28 à Caen, 120 à Paris, 170 à Nantes).

<sup>36</sup> Hébergés par de la famille, des amis, par un organisme ou une association pendant plus de 15 jours (hôtel, foyer, Cada, etc.), par un réseau, collectif militant, hébergement solidaire, etc.

« Je ne me trouve pas bien à l'aise, je ne dors pas bien, je ne mange pas bien, tous mes habits sont sales. Je ne sais pas où aller. » « On ne nous guide pas, on ne nous protège pas. » « Pourquoi on laisse les mineurs dormir dehors ! » « Rester sans habitat, c'est mourir. » [Personne concernée, programme MNA, Nantes, 2021]

**En 2020, 95 % des mineurs non accompagnés âgés de 6 à 15 ans n'étaient pas scolarisés.** Même s'ils sont plus nombreux en 2021 à être scolarisés, les données restent alarmantes puisque 80,8 % d'entre eux ne le sont toujours pas.

Paroles de jeunes adressées dans une lettre aux élus nantais  
« Nous dormons dans vos rues [...]. Nous n'avons pourtant rien fait de mal. Nous voulons nous intégrer, aller à l'école, pour préparer notre avenir. » [Personne concernée, programme MNA, Nantes, 2021]

Parmi les mineurs non accompagnés reçus en 2021, 274 ont réalisé une consultation de médecine générale avec en moyenne 1,4 consultations par MNA. Dans 48,3 % des cas, les médecins ont diagnostiqué au moins une pathologie chronique, et au moins une pathologie aiguë dans 57,6 % des cas. **Les MNA sont plus de la moitié (51,2 %) à présenter un retard de soins selon l'avis du médecin et 59,0 % à nécessiter une prise en charge urgente ou assez urgente (vs. 44,7 % des autres mineurs de 11 ans et plus).**

Tout comme les autres mineurs, les mineurs non accompagnés doivent pouvoir bénéficier d'une couverture maladie : soit la Protection universelle maladie (PUMA) s'ils sont pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) soit, l'Aide médicale d'État (AME) dans les autres cas<sup>37</sup>. Cependant, **l'accès à la couverture maladie paraît particulièrement difficile pour les mineurs non accompagnés avec 97,1 % d'entre eux non couverts.** Les difficultés administratives sont majoritairement évoquées comme obstacles à l'accès aux droits et aux soins (53,7 % des MNA) mais aussi des obstacles liés à la méconnaissance des droits et des structures (34,2 %), et à la barrière linguistique (16,3 %). Par ailleurs, près de la moitié d'entre eux (49,2 %) ne disposent d'aucune adresse postale leur permettant de faire leur demande de droits.

RECOMMANDATIONS

**Médecins du Monde plaide pour l'amélioration des politiques d'accueil en vue de garantir l'accès aux droits et aux soins des MNA et demande la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil qui permette à tous ceux qui se présentent comme MNA de bénéficier :**

- D'un accueil inconditionnel avec mise à l'abri immédiate, dans des conditions dignes et sécurisantes ;
- D'un temps de répit permettant au jeune de se reposer, d'être mis en confiance, d'être informé dans une langue qu'il comprend sur les différentes formes de protection dont il peut bénéficier (dont l'asile) et sur les modalités pratiques de la procédure d'évaluation dans laquelle il est engagé.

**Un accès immédiat à la santé et une attention médico-psycho-sociale doit être mise en place, avec un bilan de santé systématique et une ouverture de droits à une protection universelle maladie complète (PUMA, CSS) dès l'accueil provisoire d'urgence et maintien des droits jusqu'à décision judiciaire définitive ;**

- D'une évaluation bienveillante de la situation, dans le respect de la présomption de minorité : évaluation des critères de danger, des risques et des besoins des MNA, pluridisciplinaire et basée sur des éléments objectifs. Les méthodes non fiables d'évaluation de la minorité (tests médicaux d'évaluation de l'âge et utilisation du fichier AEM) doivent être abrogées ;
- D'un accompagnement dans l'accès aux droits, à la santé, à l'éducation, à l'asile, à la reconstitution de leur l'état civil ;
- Du respect du principe de présomption de minorité et d'intérêt supérieur de l'enfant jusqu'à ce qu'une décision judiciaire statue sur la situation en dernier ressort.

**DISCRIMINATION DE GENRE ET PRECARITÉ : LA DOUBLE PEINE**

**LES POINTS ESSENTIELS**

- En 2021, 32 % des personnes accueillies dans les Caso sont des femmes.
- Un tiers des femmes a au moins un enfant à charge en France.
- 60 % des femmes sont hébergées et 18 % sont sans domicile fixe.

Dans ce rapport, le terme de « femmes » regroupe l'ensemble des personnes mineures et majeures s'identifiant de genre féminin. Elles sont comparées aux personnes mineures et majeures de genre masculin, regroupées sous le terme d'« hommes ». Les neuf personnes non binaires ne sont pas présentées ici en raison de leur faible effectif. En 2021, 4 874 femmes ont été accueillies dans les Caso, ce qui représente 31,7 % de l'ensemble des personnes reçues. Ainsi depuis ces 12 dernières années, la file active se réduit et la part des femmes diminue progressivement, passant de 41,5 % en 2010 à 35,6 % en 2020 et 31,7 % en 2021. La moyenne d'âge des femmes est sensiblement plus élevée que celle des hommes (34,1 ans vs. 32,6 ans pour les hommes).

Elles sont originaires d'Afrique subsaharienne pour un peu moins de la moitié d'entre elles (46,3 % vs. 38,9 % parmi les hommes), une sur cinq vient du Maghreb (19,6 % vs. 34,3 %

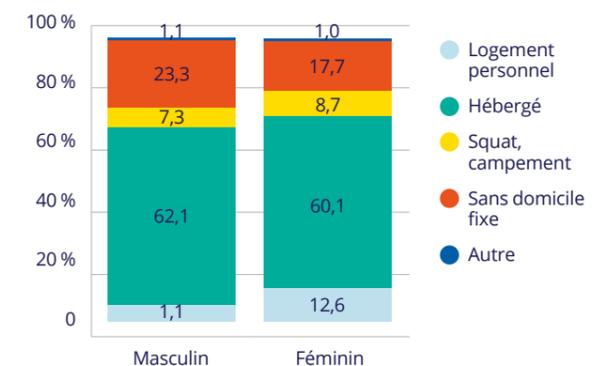
parmi les hommes), 14,1 % d'un autre pays européen (vs. 6,5 % parmi les hommes) et 13,8 % viennent de l'Union européenne (vs. 8,6 % parmi les hommes). Les pays les plus représentés parmi les femmes rencontrées dans les Caso sont la Côte d'Ivoire (15,4 %), l'Algérie (9,5 %) et le Maroc (7,3 %). Elles sont 2,9 % à être de nationalité française. Lors de leur visite en 2021, près d'un tiers des femmes de nationalité étrangère sont des primo-arrivantes<sup>38</sup>, proportion plus fréquente que parmi les hommes (25,6 %).

Les processus de migration, l'appartenance à une minorité sexuelle/genre ou ethnique, une situation d'handicap, mais aussi l'âge sont des facteurs qui peuvent augmenter les risques pour les femmes d'être stigmatisées, de subir des situations de discriminations, d'isolement et de perte de ressources qui vont les conduire à des situations de précarité plus aggravées et donc à plus de difficultés dans l'accès aux soins<sup>39</sup>.

Un tiers des femmes reçues dans les Caso a au moins un enfant à charge (33,8 % vs. 9,2 % des hommes), et doivent les élever dans des conditions particulièrement difficiles. Parmi les femmes âgées de 13 ans et plus, 45,4 % ont au moins un enfant mineur lors de leur entretien d'accueil dans les Caso : 9,4 % pour les filles âgées entre 13 et 17 ans et 46,6 % pour les femmes majeures.

L'hébergement en hôtel social peut avoir des effets négatifs sur la santé et l'environnement social de l'adolescent (*Défenseur des droits, 2021*). Ces conditions de vie précaires contribuent à rendre les femmes plus vulnérables et à les exposer notamment à toutes formes de violences. Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, la majorité des femmes (60,1 %) est hébergée, principalement par de la famille ou des amis (45,9 %). Elles sont encore 17,7 % à être sans domicile fixe et 8,7 % à vivre en squat ou bidonville (*figure 7*). L'enquête Dsafhir auprès de femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France a ainsi montré que 46 % d'entre elles avaient vécu des violences depuis leur arrivée en France (*Andro et al., 2019*). De plus, les femmes doivent parfois payer leur hébergement en nature en échange de services sexuels tarifés ou autres non rémunérés (*Pannetier et al., 2018*).

**FIGURE 7 - SITUATION DU LOGEMENT LORS DE LA PREMIÈRE VISITE DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2021**



En 2021, 4 919 consultations médicales (généraliste et spécialisées) ont été réalisées auprès de 2 999 femmes différentes

dans l'un des 14 Caso, soit en moyenne 1,6 consultations par patiente concernée. Pathologies aiguës et chroniques sont souvent diagnostiquées par le médecin – respectivement 54,8 % et 55,1 % des femmes sont concernées. **Elles sont également 44,8 % à nécessiter des soins urgents ou assez urgents selon l'avis du médecin. Lors des consultations médicales, un retard de recours aux soins a été identifié par les médecins pour 45,5 % des femmes (vs. 53,2 % des hommes).**

Lors de leur entretien d'accueil, 73,2 % des femmes sont éligibles à la couverture maladie. Or, qu'elles soient éligibles ou non, 79,6 % des femmes n'en n'ont pas en France. En outre, la grande majorité des femmes enceintes (94,0 %) reçues dans les Caso ne possède pas de couverture maladie en France (vs. 87,7 % pour les autres femmes).

RECOMMANDATIONS

MdM recommande d'agir conjointement :

- sur une meilleure prise en charge des femmes au sein des habitats instables, indignes, informels et insalubres, y compris en développant un système d'aide alimentaire et en favorisant l'intégration sociale, l'accès aux soins et un accompagnement pluridisciplinaire ;
- de rendre possible une sortie de l'habitat instable, indigne informel et insalubre, notamment en augmentant le nombre de places dans les dispositifs d'hébergement proposant un accompagnement d'insertion sociale.

<sup>37</sup> Circulaire n°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale d'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).

<sup>38</sup> En France depuis moins de trois mois.  
<sup>39</sup> Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Les femmes sont-elles plus exposées à la pauvreté et à la précarité que les hommes ?

## LES PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE AU REGARD DU DROIT AU SÉJOUR

### LES POINTS ESSENTIELS

- En 2021, parmi les personnes accueillies dans les Caso, 5 799 n'avaient pas de titre de séjour au jour de leur première visite, soit près de 64 % de l'ensemble des personnes étrangères majeures reçues.
- Près de sept personnes sur dix sont hébergées.
- Près 52 % des patients en situation administrative irrégulière présentent un retard de recours aux soins.

Pour résider de manière régulière en France, toute personne de nationalité étrangère doit être en possession d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs et des ressortissants de l'espace Schengen, qui peuvent séjourner librement sur le territoire français pour une durée maximale de trois mois au titre de la liberté de circulation. Au-delà de cette période, les ressortissants de l'espace Schengen doivent, pour être autorisés à rester en France, justifier d'une activité professionnelle ou, le cas échéant, de ressources officielles suffisantes ainsi que d'une couverture maladie. Ils peuvent également détenir un titre de séjour pour d'autres raisons, en qualité de membre de famille d'une personne en situation régulière, par exemple. À défaut, les personnes sont considérées en situation administrative irrégulière.

Il est par définition très difficile de chiffrer le nombre d'étrangers en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour. Il n'existe pas de données fiables en France, les estimations oscillent entre 300 000 et 400 000 personnes (Triandafyllidou, 2009). Le ministre de l'Intérieur mentionne **600 000 à 700 000 personnes sans titre de séjour en France en 2021**.

L'expression « en situation administrative précaire » peut également être utilisée pour souligner le caractère instable et évolutif de la situation administrative et la précarité de certains statuts. En effet, nombreuses sont les personnes qui disposent de récépissés de demande de titre de séjour pouvant être renouvelés plusieurs fois, ou bénéficient d'une autorisation provisoire de séjour (APS). Le statut administratif n'est souvent pas un état figé, les personnes passent ainsi souvent d'une catégorie à l'autre, d'une situation régulière à irrégulière, ce qui complexifie et fragilise d'autant leur accès à tous les droits, dont les droits de santé (Gisti, 2019).

L'obligation de posséder un titre de séjour ne s'appliquant qu'à partir de 18 ans<sup>40</sup>, les mineurs ne peuvent pas être considérés comme en situation administrative irrégulière et sont donc exclus des analyses.

En 2021, 5 799 personnes ne disposaient pas de titre de séjour au jour de leur première visite dans les Caso. Elles représentent 53,1 % de la file active totale et 63,8 % des étrangers majeurs (tableau 7). Ce sont le plus souvent des hommes (70,7 %). Elles sont en moyenne âgées de 34,5 ans, avec 59,3 % d'entre elles ayant entre 18 et 34 ans, 34,4 % entre 35 et 54 ans et 6,3 % de 55 ans et plus.

Les personnes reçues qui étaient en situation irrégulière au regard du droit au séjour sont majoritairement originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne (environ 41 % chacun). Parmi elles, les personnes de nationalité algérienne (27,3 %) et ivoiriennes (12,7 %) sont les plus représentées.

Les primo-arrivants représentent 27,6 %. Ils sont 54,6 % à être en France depuis moins de 12 mois (vs. 71,3 % pour les étrangers majeurs en situation régulière). Cette situation d'irrégularité au regard du séjour perdure dans le temps pour une partie d'entre eux avec 20,9 % d'entre eux présents en France depuis un à trois ans et 24,5 % depuis plus de trois ans.

**TABLEAU 7 – SITUATION ADMINISTRATIVE<sup>1</sup> DES PERSONNES ÉTRANGÈRES MAJEURES REÇUES DANS LES CASO, 2021**

	n	%
<b>Ensemble des étrangers majeurs</b>	<b>9 091</b>	
Situation régulière	3 292	36,2
Situation irrégulière	5 799	63,8
<b>Ressortissants de l'UE</b>	<b>581</b>	<b>6</b>
En situation régulière	268	46,1
En situation irrégulière	313	53,9
<b>Étrangers hors UE</b>	<b>8 510</b>	<b>94</b>
En situation régulière	3 024	35,5
En situation irrégulière	5 486	64,5

Taux de réponse : 90,1 %.

<sup>1</sup> Situation au jour de la première visite.

### PEU DE RESSOURCES, CONDITIONS DE VIE INSTABLES, PRÉCARITÉ EXACÉRBE

Les inégalités de santé concernent toute la population. En plus du rôle de l'accès aux soins, les aspects sociaux, environnementaux et économiques influent de manière combinée sur les inégalités. Le cumul de ces barrières dégrade considérablement le bien-être physique et moral des personnes. À l'inverse l'état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance. Les politiques publiques impactent la réduction ou l'aggravation des inégalités des conditions de vie ou d'accès au système de santé et de soins (cf. chapitre 3.2, page 77)

Du point de vue de l'environnement familial, 86,1 % des personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour reçues dans les Caso n'ont pas d'enfant à charge. Bien que moins d'un tiers de ces personnes aient des enfants mineurs, la majorité ne vit pas avec eux (56,4 %), avec les implications que cela peut entraîner pour les

enfants et les parents (séparation, inquiétude d'être sans nouvelle de ses enfants, création d'un sentiment d'abandon pour les enfants, etc.) (Barou, 2011 ; Fresnoza-Flot, 2013).

Les conditions de vie impactent fortement la précarité des personnes. Les personnes en situation administrative irrégulière rencontrées en 2021 sont majoritairement hébergées, avec près de sept personnes sur dix concernées, et essentiellement par de la famille ou des amis (63,3 %). Cet hébergement n'est pas toujours à titre gracieux puisqu'il peut se monnayer en espèces voire en nature (Pannetier et al., 2018).

*La situation administrative c'est... c'est tout en fait. Quand on n'a pas de situation administrative, on ne peut pas travailler, on ne peut rien faire, en fait. Ça m'empêche de dormir des fois, tellement que j'y pense dans la tête.*

[Personne concernée, programme 4i, Nantes 2021]

En 2021, 3 239 personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour ont été reçues au cours de 5 092 consultations de médecine générale et spécialisée dans les Caso soit 1,6 consultations par patient. Quelle que soit la situation administrative des personnes, les pathologies chroniques repérées sont plus nombreuses (59,1 %) que les pathologies aiguës (51,8 %).

Des difficultés d'accès à une protection maladie (cf. chapitre 3.2, p.98) ont provoqué des renoncements aux soins. Il y a renoncement lorsqu'une personne ne recourt pas aux services de soins alors que son état de santé le nécessiterait. Le renoncement aux soins suppose, en effet, l'existence d'un besoin (soit identifié par un médecin soit par la personne elle-même) (Chaupain-Guillot et al., 2014). **Lors des consultations de médecine générale, un retard de recours aux soins est constaté chez 51,8 % des patients en situation administrative irrégulière et un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 40,5 % d'entre eux.**

### RECORDS

Le droit au séjour, par ce qu'il implique en termes de satisfaction des besoins fondamentaux, d'accès aux droits et aux soins, est un puissant déterminant de santé. MdM milite pour que toute personne, quel que soit son statut administratif, ait accès aux soins et dispose de la même protection sociale.

## LES DEMANDEURS D'ASILE : UN TOTAL DÉNI DE LEUR BESOIN DE PROTECTION

### LES POINTS ESSENTIELS

- En 2021, 1 910 demandeurs d'asile ont été reçus dans les Caso. Les Afghans, les Nigériens et les Guinéens sont les plus représentés.
- La part des demandeurs d'asile afghans a triplé en 2021 par rapport aux années précédentes.
- Deux demandeurs d'asile sur cinq sont sans domicile fixe.

La Convention de Genève du 28 juillet 1951 dispose que « le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ». Il existe en France quatre types de protection : le statut de réfugié, l'asile constitutionnel, la protection subsidiaire, l'apatridie. Un demandeur d'asile est une personne qui sollicite une protection internationale et qui bénéficie d'un droit de se maintenir provisoirement sur le territoire dans l'attente d'une décision de l'Ofpra et/ou de la CNDA sur sa demande de protection<sup>41</sup>.

Sur l'ensemble des personnes d'origine étrangère (hors Union européenne), plus d'un tiers d'entre elles ont déjà déposé une demande d'asile en France au moment de leur entretien d'accueil en Caso, soit 3 146 personnes. Cette demande était encore en cours pour 45,7 % d'entre elles, avec 28,0 % des personnes disposant d'un dossier en cours d'examen ou de réexamen. Plus de la moitié des réexamens et plus d'un tiers des demandes Ofpra sont toutefois en procédure accélérée. Les demandeurs étaient également près d'un sur cinq à avoir été placés en procédure Dublin<sup>42</sup> et près d'un tiers d'entre eux ont été déboutés. Au total, 84 personnes, soit 2,9 % des demandeurs, ont obtenu une protection au jour de leur entretien d'accueil. Parmi les étrangers n'ayant pas fait de demande d'asile, 9,2 % ont indiqué vouloir déposer une demande et 17,4 % ne savent pas s'ils vont le faire. En outre, ils sont 2,8 % à être déjà reconnus réfugiés dans un autre pays européen (tableau 8).

<sup>41</sup> Selon la définition du ministère de l'Intérieur.

<sup>42</sup> En référence au règlement Dublin III, règlement UE n° 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride.

**TABLEAU 8 – ÉTRANGERS (ORIGINAIRES D'UN PAYS HORS UE) CONCERNÉS PAR UNE DEMANDE D'ASILE LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS UN CASO, 2021**

	n	%
<b>Personnes ayant déposé une demande d'asile en France, dont :</b>	<b>3 146</b>	<b>35,6</b>
Demande en cours (rdv préfecture, demande Ofpra)	1 343	45,7
Débouté(e)s	942	32,1
Placement en procédure Dublin	567	19,3
<b>Autres statuts (parmi les personnes n'ayant pas fait de demande d'asile)</b>		
Personnes reconnues réfugiées dans un autre pays européen	136	2,8
Souhait de déposer une demande d'asile en France		
- Oui	404	9,2
- Ne sait pas	763	17,4

Taux de réponse :  
 Dépôt demande d'asile : 64,2 %  
 Situation du dépôt de demande d'asile : 93,3  
 Statut de réfugiés dans un autre pays européen : 84,4 %  
 Souhait de demande d'asile en France : 77,0 %

**LES DEMANDEURS D'ASILE DONT LA DEMANDE EST EN COURS**

Dans le rapport, sont considérés comme demandeurs d'asile les personnes (hors Union européenne) dont la demande d'asile est en cours lors de l'entretien d'accueil, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en Préfecture, une demande Ofpra en cours, un recours/réexamen Ofpra/CNDA en cours, ainsi que les personnes placées en procédure Dublin (dites « dublinées »)<sup>43</sup>.

En 2021, la crise sanitaire a impacté la situation de l'asile en France avec un nombre de demandes inférieur à 2019 (-20 %). Selon l'Ofpra, 103 000 demandes d'asile, mineurs inclus, ont été soumises en 2021. Parmi ces demandes, 89 000 étaient des premières demandes et 13 900 des demandes de réexamen (Ofpra, 2021).

En 2021, 1 910 demandeurs d'asile ont été reçus dans les Caso. Ils représentent 12,6 % de la file active totale. Ce sont le plus souvent des hommes (70,3 %). Ils sont en moyenne âgés de 30,4 ans, avec 4,5 % âgés de moins de 18 ans (vs. 8,3 % des autres personnes) et 49,2 % entre 18 et 30 ans (vs. 33,3 % des autres personnes). En raison de la crise sanitaire, le nombre de demandeurs d'asile reçus dans les Caso a baissé en 2020. Il a ensuite sensiblement augmenté en 2021 (+16,5 %), revenant à un niveau équivalent à celui observé en 2018 et 2019. Cette augmentation peut également s'expliquer par les effets du délai de carence pour accéder à l'assurance maladie. Les Pass se trouvent ou restent saturés, avec des délais de rendez-vous extrêmement longs. Ces délais ne permettent pas une prise en charge de pathologies aiguës.

Les demandeurs d'asile sont pour plus de la moitié originaires d'Afrique subsaharienne (52,9 % vs. 37,0 % pour les autres personnes). Viennent ensuite les personnes originaires d'Europe hors UE (19,4 % vs. 5,8 %) et celles venant du Proche et Moyen-Orient (16,5 % vs. 2,1 %). Enfin, 5,9 % des demandeurs d'asile viennent du Maghreb (vs. 32,8 %) et 4,2 % d'Asie (vs. 2,2 %). Avec les Afghans (12,5 %), les Nigériens (12,2 %) et les Guinéens (11,5 %) sont les plus représentés.

Le retour des Talibans au pouvoir à Kaboul à l'été 2021 a poussé les Afghans à chercher refuge en dehors de leur pays. Malgré la situation, 25 % des ressortissants afghans qui ont demandé asile en France ont vu leur demande rejetée. Dans les Caso, la part de demandeurs d'asile afghans a triplé en 2021 (12,5 % pour 4,1 % et 4,3 % en 2019 et 2020).

La majorité des demandeurs d'asile (57,3 %) sont arrivés en France depuis moins de trois mois, 22,9 % sont en France depuis 3 à 12 mois et 19,8 % depuis au moins un an.

**Des conditions matérielles d'accueil non garanties**

Les personnes demandant l'asile recherchent la protection de l'État français. Elles ont souvent connu des parcours traumatisants dans leurs pays d'origine, dans certains pays de transit mais aussi sur le territoire français. L'accueil digne des personnes en situation de migration est une obligation pour la France. Durant l'examen de leur demande d'asile, le demandeur d'asile doit, en application de la législation existante, bénéficier de conditions matérielles d'accueil (CMA)<sup>44</sup> par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) : un hébergement doit être proposé ainsi que le bénéfice d'une allocation pour demandeur d'asile (ADA). Le bénéfice des CMA est subordonné à « l'acceptation par le demandeur de la proposition d'hébergement » (Ceseda, art. 744-7, 1°).

Les demandeurs et demandeuses d'asile sont orientés vers un hébergement du Dispositif national d'accueil (DNA) qui consiste en une place dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou dans « toute structure bénéficiant de financements du ministère chargé de l'asile pour l'accueil de demandeurs d'asile et soumise à déclaration ». Le DNA est constitué de dispositifs très hétérogènes : les CAES (centres d'accueil et d'examen de situation administrative), les Cada, les Huda (hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile), et les Praha (programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile).

Cependant, malgré un doublement en six ans du nombre de places dédiées aux demandeurs d'asile, pour atteindre 107 000 places en 2020, à peine un demandeur d'asile sur deux (52 %) a pu y être hébergé en 2020<sup>45</sup> (contre 48 % en 2019), ce qui témoigne d'un sous-dimensionnement du dispositif et d'une saturation structurelle<sup>46</sup>.

Du fait du manque criant d'hébergement, un certain nombre d'entre eux sont donc contraints de vivre à la rue, avec ce que cela implique en termes de risque de dégradation de leur état de santé. La France a ainsi été condamnée en 2020 par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) pour

violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, pour avoir laissé durant des mois des personnes ayant demandé asile en France sans ressources et sans hébergement<sup>47</sup>.

**La situation des demandeurs d'asile reçus dans les Caso témoigne de la difficulté pour eux d'être hébergés dans des conditions dignes : deux sur cinq sont sans domicile fixe (39,4 %), dont seulement 11,3 % en hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins, et 6,7 % vivent en squat ou bidonville.** En comparaison aux autres personnes reçues dans les Caso, les demandeurs d'asile sont plus souvent sans domicile fixe (17,1 % pour les autres personnes). Moins d'un tiers des demandeurs d'asile reçus dans les Caso en 2021 bénéficient des dispositifs d'hébergement du dispositif national d'accueil et 20,9 % sont logés par de la famille ou des amis (tableau 9).

Parmi les adultes demandeurs d'asile accueillis dans les Caso, près de sept personnes sur dix (69,7 %) indiquent vivre seules et sans enfant à charge en France et 13,2 % vivent en couple avec un ou plusieurs enfants à charge. Par ailleurs, les demandeurs d'asile vivant en couple avec au moins un enfant à charge sont 44,0 % à être sans domicile fixe, de façon similaire aux

demandeurs d'asile sans enfant à charge. Ceux vivant seuls avec au moins un enfant à charge sont toutefois moins souvent sans domicile (26,5 %).

**TABLEAU 9 – LES CONDITIONS DE LOGEMENT DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES AUTRES PERSONNES ACCUEILLIS DANS LES CASO, 2021**

	Demandeurs d'asile		Autres personnes	
	n	%	n	%
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	34	1,8	738	9,7
Hébergé(e)s	964	51,4	4 886	64,0
Squat, bidonville	126	6,7	620	8,1
Sans domicile fixe	740	39,4	1 304	17,1
Autre situation	13	0,7	90	1,2

Taux de réponse : 70,0 %.  
 1 Situation au jour de la première visite.

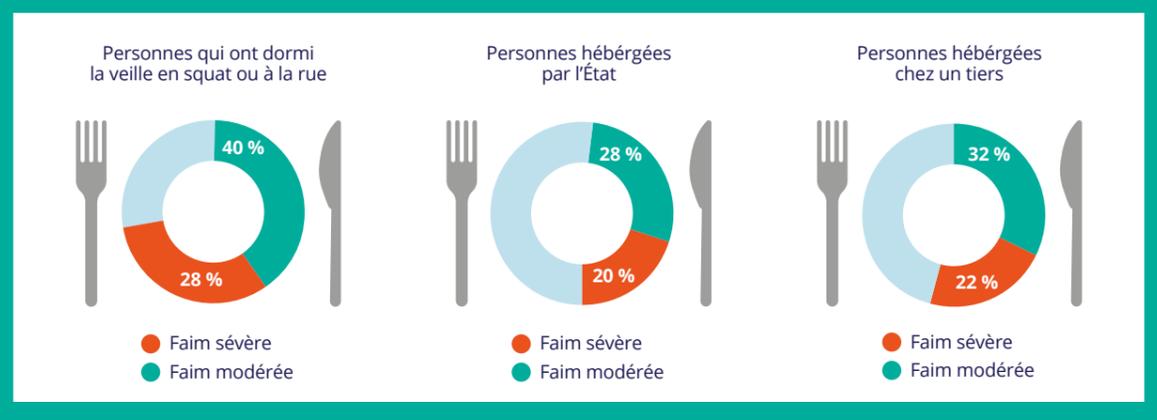
**INDICE DE LA FAIM ALARMANT POUR LES PERSONNES ACCUEILLIES EN FRANCE**

Le rapport « Les oubliés du droit d'asile »<sup>48</sup> constate que le recours aux dispositifs d'aide alimentaire est une pratique utilisée par les personnes exilées, toute situation administrative confondue (primo-arrivants, demandeurs d'asile, déboutés, bénéficiaires de la protection internationale) et ce, quelle que soit la situation d'hébergement. Elle peut être quasi exclusive pour 60 % des personnes exilées à la rue, pour 24 % des personnes hébergées par l'État et 8 % des personnes hébergées par un tiers. Malgré l'aide apportée, « l'indice domestique de la faim »<sup>49</sup> révèle que 54 % des répondants sont en situation de faim modérée à sévère.

Ces degrés de sévérité requièrent des réponses d'urgence en assistance alimentaire.

Par ailleurs, l'enquête démontre que l'écart dû au type d'hébergement se reflète également dans l'indice de la faim où la situation est alarmante ; ainsi, 68 % des personnes ayant dormi la veille en squat ou à la rue déclarent avoir une faim modérée ou sévère ; contre 48 % de celles hébergées par l'État et 54 % hébergées chez un tiers. (ACF et al., 2022)

Indice HHS en fonction de la situation d'hébergement



<sup>43</sup> Les personnes en procédure Dublin III sont comptabilisées avec les demandeurs d'asile depuis 2018. L'évolution du statut des demandeurs d'asile n'est toutefois pas prise en compte dans l'analyse puisque la demande d'asile est discutée lors de l'entretien d'accueil uniquement.  
<sup>44</sup> La notion de « conditions matérielles d'accueil » est issue de la directive européenne « Accueil » 2013/33/UE du 26 juin 2013.  
<sup>45</sup> Par exemple : « la moitié seulement des 100 000 demandeurs d'asile environ qui arrivent en France chaque année se voit offrir une possibilité d'hébergement », M. Emmanuel Brasseur, représentant de l'association Coallia, audition du 22 septembre 2021 devant la Commission d'enquête parlementaire sur les migrations.  
<sup>46</sup> Projet de loi de finances 2021, Programme 303.

<sup>47</sup> CEDH, affaire N.H et autres c. France, requête n°28820/13, 2 juillet 2020.  
<sup>48</sup> Réalisée au sein de 5 structures d'accueil à Paris (recevant plus de 700 hommes par jour en moyenne), l'enquête interroge 525 personnes. Action Contre la Faim, Aurore, Emmaüs Solidarité, la Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France, la Fondation Armée du Salut, France Horizon, France terre d'asile, le Secours Catholique-Caritas France, le Samu Social de Paris, Sciences Po Paris et Watizat.  
<sup>49</sup> L'indice domestique de la faim, ou HHS (Household Hunger Scale), mesure le niveau d'insécurité alimentaire par la disponibilité et l'accès à la nourriture des personnes interrogées grâce à trois questions et à leur fréquence d'apparition sur le mois dernier. Le HHS est différent des autres indicateurs de l'insécurité alimentaire dans les ménages dans la mesure où il a été spécialement développé et validé pour un usage interculturel. Cela signifie qu'il donne des résultats valables et comparables à travers les cultures et les paramètres.

# ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION

DES PERSONNES  
PRÉCARISÉES

## 01

# L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO : UNE SANTÉ DÉGRADÉE

## LES POINTS ESSENTIELS

- En 2021, 13 345 consultations de médecine générale ont été réalisées : les principales pathologies diagnostiquées sont d'ordre digestif et ostéoarticulaire.
- Près de six patients sur dix souffrent d'une pathologie chronique.
- La moitié des patients présente un retard de recours aux soins selon l'avis des médecins et 85 % nécessitent un suivi ou un traitement.
- La situation médicale a été considérée par les médecins comme urgente ou assez urgente pour 44 % des patients.

Les médecins des Caso utilisent la classification internationale des soins primaires (CISP) créée par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) et reconnue par l'OMS.

En 2021, lors de 16 570 consultations médicales (généralistes, spécialistes) ou dentaires, les médecins ont pris en charge 9 852 patients différents dans l'un des 14 Caso. Plus spécifiquement, 13 345 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 9 090 patients avec en moyenne 1,5 consultations par patient concerné. Par rapport à 2020, les nombres de consultations de médecine générale et de patients pris en charge ont augmenté de respectivement 12,3 % et 10,5 % (11 888 consultations et 8 223 patients en 2020). L'activité reste toutefois nettement plus faible que celle observée en 2019, avant la période de pandémie de la Covid-19, avec une baisse d'environ 33 % des consultations et patients.

Les diagnostics sont moins souvent posés à MdM qu'en médecine de ville car les patients sont orientés dès que possible vers le système de droit commun et ne bénéficient que très peu au sein des Caso d'examen paracliniques permettant d'étayer des diagnostics. Lorsque ces diagnostics peuvent être réalisés, ils montrent une fréquence des

problèmes digestifs, dermatologiques et respiratoires plus élevée parmi les patients reçus en consultations dans les Caso par rapport aux résultats de consultation en médecine de ville (*Huume et al., 2017*). En 2021 également, lors des consultations de médecine générale, plus d'un patient sur cinq est diagnostiqué pour des troubles liés au système digestif (23,0 %) ou ostéoarticulaire (20,6 %). Les troubles d'ordre dermatologique (15,4 %), respiratoire (14,9 %), général (11,4 %) ou psychologique (9,2 %) sont également fréquents parmi les patients (*tableau 10*). Les déterminants sociaux tels que les mauvaises conditions de vie, l'insalubrité, les difficultés d'accès à l'alimentation les rendent encore plus vulnérables à ces pathologies (*Huume et al., 2017 ; Kentikelenis et al., 2015*).

La proportion de patients pour lesquels des troubles dermatologiques sont diagnostiqués est stable en 2021 (15,4 % vs. 14,0 % en 2019), en particulier les parasitoses/candidoses. À l'inverse, bien que n'ayant pas de justification éprouvée, force est de constater que les troubles respiratoires ont fortement diminué en 2021 (14,9 % en 2021 vs. 19,5 % en 2019) ainsi que les hypertension artérielles (4,7 % en 2021 vs. 6,2 % en 2019).

**TABLEAU 10 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2021**

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	n	%
<b>Système digestif</b>	<b>1 612</b>	<b>23,0</b>
Symptômes et plaintes du système digestif	881	12,6
<b>Affections dents-gencives</b>	503	7,2
Autres diagnostics du système digestif	216	3,1
Infections gastro-intestinales	70	1,0
Hépatite virale	50	0,7
Pathologies ulcéreuses	14	0,2
<b>Ostéoarticulaire</b>	<b>1 446</b>	<b>20,6</b>
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	609	8,7
<b>Symptômes et plaintes du rachis</b>	324	4,6
<b>Syndromes dorsolombaires</b>	303	4,3
Autres diagnostics locomoteurs	213	3,0
<b>Peau</b>	<b>1 081</b>	<b>15,4</b>
<b>Parasitoses/ Candidoses</b>	319	4,6
Symptômes et plaintes cutanés	232	3,3
Autres pathologies cutanées	178	2,5
Infections cutanées	144	2,1
Dermatites atopiques et contact	140	2,0
Éruptions cutanées/ Tuméfactions	104	1,5
<b>Respiratoire</b>	<b>1 047</b>	<b>14,9</b>
<b>Infections respiratoires supérieures</b>	350	5,0
Autres diagnostics du système respiratoire	177	2,5
Toux	176	2,5
Asthme	136	1,9
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	133	1,9
Infections respiratoires inférieures	112	1,6
Symptômes et plaintes nez-sinus	63	0,9
<b>Général et non spécifié (1)</b>	<b>799</b>	<b>11,4</b>
<b>Symptômes et plaintes généraux</b>	563	8,0
Diagnostics non classés ailleurs	84	1,2
Tuberculose	17	0,2
<b>Psychologique</b>	<b>647</b>	<b>9,2</b>
<b>Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques</b>	456	6,5
Syndromes dépressifs	123	1,8
Autres problèmes psychologiques	50	0,7
Psychoses	30	0,4
Usage de substances psychoactives (drogues)	15	0,2
Usage de substances psychoactives (alcool)	13	0,2
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	13	0,2
<b>Cardiovasculaire</b>	<b>541</b>	<b>7,7</b>
<b>Hypertension artérielle</b>	326	4,7
Pathologies vasculaires	105	1,5
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	57	0,8
Cardiopathies, troubles du rythme	50	0,7
Autres diagnostics cardiovasculaires	19	0,3

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	n	%
<b>Neurologique</b>	<b>356</b>	<b>5,1</b>
Symptômes et plaintes neurologiques	163	2,3
Autres diagnostics neurologiques	161	2,3
Épilepsie	31	0,4
<b>Métabolisme, nutrition, endocrinien</b>	<b>352</b>	<b>5,0</b>
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	242	3,5
Autres diagnostics métaboliques	85	1,2
Excès pondéral - Obésité	18	0,3
Symptômes et plaintes métaboliques	16	0,2
<b>Grossesse, accouchement</b>	<b>276</b>	<b>3,9</b>
Grossesses et couches non pathologiques	187	2,7
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	41	0,6
Contraception	18	0,3
Grossesses et couches pathologiques	15	0,2
<b>Système génital féminin</b>	<b>273</b>	<b>3,9</b>
Symptômes et plaintes du système génital féminin	97	1,4
Troubles des règles	89	1,3
Autres diagnostics du système génital féminin	49	0,7
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	42	0,6
<b>Œil</b>	<b>311</b>	<b>4,4</b>
Symptômes et plaintes du système oculaire	127	1,8
Infections de l'œil	127	1,8
Autres diagnostics du système oculaire	42	0,6
Lunettes-lentilles	20	0,3
<b>Oreille</b>	<b>208</b>	<b>3,0</b>
Infections du système auditif	107	1,5
Symptômes et plaintes du système auditif	78	1,1
Autres diagnostics du système auditif	23	0,3
<b>Système urinaire</b>	<b>201</b>	<b>2,9</b>
Symptômes et plaintes urinaires	111	1,6
Infections urinaires / rénales	66	0,9
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	28	0,4
<b>Système génital masculin</b>	<b>118</b>	<b>1,7</b>
Symptômes et plaintes du système génital masculin	65	0,9
Autres diagnostics du système génital masculin	26	0,4
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	21	0,3
<b>Sang, système hémo/immunologique</b>	<b>61</b>	<b>0,9</b>
Anémies	24	0,3
VIH	16	0,2
Symptômes et plaintes du système hémo/immunologique	11	0,2
Autres diagnostics du système hémo/immunologique	10	0,1
<b>Catégories transversales</b>	<b>444</b>	<b>6,3</b>
Traumatismes	267	3,8
Maladies infectieuses non classées ailleurs	83	1,2
Peurs de / Préoccupations	79	1,1
Cancers	23	0,3

Taux de réponse : 77,1 % - Les 10 résultats de consultations les plus fréquentes sont signalés en gras.

(1) La catégorie « général et non spécifié » regroupe divers symptômes ou pathologies non classés ailleurs dans la CISP, tels que douleur générale, asthénie, ou encore certaines maladies infectieuses (tuberculose, rougeole...), etc.

Remarque : la somme des résultats détaillés ne correspond pas forcément au total par appareil. Plusieurs explications : certains résultats ne sont codés que par la lettre désignant l'appareil sans plus de précisions et sont donc comptabilisés uniquement dans la ligne correspondant à l'appareil et non dans la partie détaillée. Certains patients peuvent être affectés de plusieurs pathologies pour un même appareil, ces pathologies apparaissent de façon distincte dans la partie détaillée et ne sont comptabilisées qu'une fois dans les fréquences par appareil. L'écart peut aussi provenir du fait que certaines pathologies sont regroupées dans des catégories dites transversales : traumatismes, cancers, préoccupations...

Lors de 39,8 % des consultations, la situation médicale a été considérée selon l'avis des médecins comme urgente ou assez urgente pour 44,4 % des patients. Par rapport à 2019, les problèmes de santé sont plus souvent déjà traités ou suivis au moins partiellement avant la consultation dans les Caso. Ainsi, la moitié des patients concernés sont suivis au moins partiellement en 2021 (50,4 %) contre 48,6 % des patients en 2020 et 44,4 % en 2019 ; pour les patients arrivés relativement récemment (moins d'un an) ces suivis avaient pu être réalisés dans le pays d'origine ; d'autres ont pu avoir des droits et des ruptures de droit (interrompant ainsi la continuité des soins) ; certains ont également pu avoir recours à des médecins en payant leurs frais médicaux mais n'ont plus assez d'argent. Toutefois les retards de soins ont augmenté en 2021 (50,9 % en 2021 vs. 46,8 % en 2019).

### PRÈS DE SIX PATIENTS SUR DIX SOUFFRENT DE PATHOLOGIE CHRONIQUE

En population générale en France, près de 40 % des personnes âgées de 16 ans ou plus déclarent avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique (ou durable) en 2017 (INSEE, 2019b). **Il existe une double interaction entre la précarité et les maladies chroniques. Les conditions de vie précaires favorisent la survenue et l'aggravation des maladies chroniques, et inversement celles-ci peuvent participer à la précarisation des personnes qui en souffrent (Pikus et al., 2015). Dans les Caso en 2021, c'est près de six patients sur dix reçus qui souffrent d'une pathologie chronique (56,0 %).**

**TABLEAU 11 – NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES EN CONSULTATION GÉNÉRALISTE MÉDICALE CHEZ LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2021**

	n	%
Pathologie chronique	2 322	56,0
Pathologie aiguë	2 220	53,6
Indéterminée	174	4,2

Taux de réponse : 59,1 %.

<sup>1</sup> Le total dépasse 100 % dans la mesure où un même patient peut présenter simultanément une pathologie aiguë et une pathologie chronique.

Les pathologies chroniques sont moins diagnostiquées (49,1 %) que les pathologies aiguës (64,3 %) parmi les patients vivant dans un logement personnel. **La nature des pathologies est relativement semblable entre les patients vivant dans d'autres conditions de logement (hébergés, squat/bidonville, sans domicile) : 58,0 % d'entre eux souffraient d'au moins une pathologie chronique et 52,5 % d'une pathologie aiguë.**

Selon l'avis des médecins, **les patients reçus en consultation en 2021 nécessitent un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie dans 85,3 % des cas.** Parmi ces derniers, près de la moitié n'étaient pas suivis ou traités avant leur venue dans les Caso. Plus inquiétant encore, **près de deux pathologies chroniques sur cinq nécessitant un suivi ou un traitement n'avaient jamais été suivies avant la consultation dans les Caso.**

Des retards de soins ont été constatés par les médecins généralistes pour la moitié des patients. Ces retards sont plus fréquents pour les pathologies chroniques avec 51,7 % d'entre elles. Les personnes souffrant d'une affection chronique comme par exemple le diabète ou l'hypertension nécessitent des consultations régulières et des bilans fréquents.

Une étude menée en 2015 auprès de médecins et de patients en situation de précarité identifie les difficultés de prise en charge des maladies chroniques. Ainsi médecins comme patients indiquent tout d'abord les conditions de vie (précarité financière, éloignement géographique, identification de problèmes paraissant plus urgents et graves que la santé) mais aussi les difficultés administratives (démarches complexes et ou inconnues, délais, couverture santé, reste à charge), l'attitude du personnel de santé (accueil, culpabilisation, jugements, manque de vision globale de la situation, manque de temps et d'écoute, multiplication des interlocuteurs, barrière culturelle et linguistique), ou l'attitude des patients (potentiel nomadisme médical, oubli de rendez-vous, retards, absence de carte vitale). Toujours selon cette étude, les patients attachent beaucoup d'importance à la relation de confiance, les médecins déplorent le manque de structures publiques pouvant prendre en charge gratuitement les personnes en situation de précarité (Pikus et al., 2015).

### Difficultés et conséquences de l'absence de continuité des soins pour les publics rencontrés

*Le Caso de Toulouse est sollicité par une avocate pour rencontrer S., un monsieur de 59 ans habitant la région et ayant bénéficié d'une reconstruction urologique avec plusieurs opérations complexes, en raison de mutilations perpétrées en Somalie. Il conserve des séquelles importantes au quotidien, présente des troubles psychiques importants et est en situation de handicaps visuel et moteur. Il a des suivis spécialisés très réguliers, doit prendre des traitements médicamenteux spécifiques et adapter tous les ans ses équipements visuels très techniques. Malgré les risques pour lui de retourner dans son pays d'origine, la demande d'asile de S. a été rejetée. Il a bénéficié pendant plusieurs années d'un titre de séjour pour raison médicale mais a reçu en 2021 un refus de renouvellement de son titre avec une obligation de quitter le territoire, la préfecture estimant qu'il pourrait accéder à des soins dans son pays. Sa situation s'est brusquement précarisée et son état psychique, déjà altéré par les violences subies, s'est fortement dégradé avec une majoration de sa dépression et d'éléments délirants. Pourtant, la Somalie est classée avant-dernière pour l'accès aux soins de santé et l'OMS reconnaît que seuls quatre médicaments essentiels sur dix y sont généralement disponibles. Le ministère des Affaires étrangères français décrit en 2021 une situation extrêmement dégradée sur le territoire somalien et la destruction des rares infrastructures hospitalières disposant de quelques examens spécialisés. Après entretien avec S. et son entourage, un médecin du Caso a rédigé un certificat, afin de l'aider à contester devant le tribunal administratif la décision rendue par la préfecture.*

[Équipe MdM, Caso, Toulouse 2021]

**Prise en charge globale**

Une des médecins du Caso reçoit M., une jeune femme demandeuse d'asile adressée par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), qui se présente pour des symptômes de rhume et une demande concernant le remplacement de ses lunettes perdues dans le trajet migratoire. Elle revient quelques semaines plus tard et demande de l'aide car elle souffre de troubles anxieux et d'insomnies. Après le premier entretien avec une bénévoles psychologue et le récit de violences liées au genre, elle revient au Caso en confiance et comme elle mentionne aussi des problèmes dermatologiques, une orientation vers une consultation médicale est faite. Elle accepte mais a une réaction de retrait lorsque le médecin homme se présente. Elle cherche du regard la psychologue, qui perçoit son inquiétude et lui propose de l'accompagner dans le cabinet médical. L'examen clinique est très bref, un traitement local est donné et un lien est fait avec le CeGIDD pour permettre la réalisation de tests de dépistage. Le courrier de liaison est adressé à une médecin femme. Les troubles du sommeil de M. ne commencent à s'améliorer qu'après les résultats négatifs de tous les tests de dépistage. Sa situation se stabilise aussi avec l'obtention d'un hébergement durable et permet l'amélioration de son état psychique. [Équipe MdM, Caso, Toulouse 2021]

## LES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE QUELQUES PUBLICS SPÉCIFIQUES PARTICULIÈREMENT VULNÉRABILISÉS

La France fait partie des pays où, malgré un bon état de santé général en moyenne, les inégalités sociales de santé sont parmi les plus fortes en Europe occidentale (Menvielle & Lang, 2021). Des déterminants sociaux tels que le statut social, les conditions de travail, l'éducation, le genre, l'appartenance à une minorité sont autant de facteurs qui influencent favorablement ou non l'état de santé des personnes. Dès lors, **les personnes les plus défavorisées socialement sont significativement en moins bonne santé que les personnes ayant une position sociale plus favorable.**

**LES MINEURS : UNE PRISE EN CHARGE URGENTE**

L'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux. L'État met un accent particulier sur les soins de santé primaires et les soins préventifs, sur l'information de la population ainsi que sur la diminution de la mortalité infantile (CIDE, art 24).

Au total, 1 358 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 1 015 mineurs avec en moyenne 1,3 consultations par patient concerné.

Lors des consultations de médecine générale, ce sont principalement des troubles liés au système respiratoire (32,4 %) qui sont diagnostiqués chez les patients mineurs (vs. 12,7 % chez les majeurs). Les troubles liés au système digestif (18,7 % vs. 23,5 % des majeurs) et dermatologiques (18,2 % vs. 15,1 % des majeurs) sont aussi fréquents.

*L'environnement ça peut impacter ma santé ou la santé de mon enfant. Parce que mon enfant a aussi un problème d'asthme. Si on essaye d'être propre, on est sur un terrain et ça va être toujours pareil et ça fait aussi froid [...] Il est inscrit à l'école, mais dans cet état-là, il n'y va pas parce s'il sort quand il fait aussi froid, ça va le gêner pour la maladie qu'il a, avec l'asthme et je sais par où il est passé avec ce problème-là, j'ai même parlé avec les gens de l'école... Je ne vais pas le laisser à l'école pour sa maladie. S'il sort dehors avec le froid ça peut le gêner.*

[Femme enceinte, programme 4i, Nantes, 2021]

Selon l'avis des médecins, les pathologies aiguës sont plus fréquentes (70,6 %, vs. 51,5 % pour les majeurs) chez les mineurs que les pathologies chroniques (32,7 %, vs. 58,9 % pour les majeurs) (tableau 12).

**TABLEAU 12 – NATURE DES PATHOLOGIES PRÉSENTÉES PAR LES PATIENTS MINEURS ET MAJEURS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE, 2021**

	Patients mineurs	Patients majeurs
Aiguës	70,6	51,5
Chroniques	32,7	58,9

Taux de réponse : 59,1 %.

Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut présenter des affections de nature différente.

Lors de leur entretien d'accueil, les mineurs déclarent moins souvent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (4,3 %) que les personnes majeures (13,5 %). De même, les médecins ont identifié un retard de recours de soins chez 37,7 % des mineurs, contre 52,5 % des personnes majeures. Ils sont toutefois 46,3 % à nécessiter des soins médicaux urgents ou assez urgents selon l'avis du médecin (tableau 13).

**TABLEAU 13 – RETARD AUX SOINS ET URGENCE DU TRAITEMENT CHEZ LES PATIENTS MINEURS ET MAJEURS REÇUS DANS LES CASO, 2021**

	Patients mineurs		Patients majeurs	
	n	%	n	%
<b>En consultation de médecine générale</b>				
Retard de recours aux soins médicaux	115	37,7***	1312	52,5
Soins médicaux urgents ou assez urgents	280	46,3	1955	44,1

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 ns : non significatif

Taux de réponse : Retard aux soins : 40,0 % ; Urgence des soins : 55,5 %. Lecture : En 2021, 37,7 % des mineurs reçus en consultation de médecine générale présentent un retard de recours aux soins médicaux selon l'avis du médecin, contre 52,5 % parmi les patients majeurs.

**LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS**

En 2021, 384 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 274 mineurs non accompagnés, soit en moyenne 1,4 consultations par patient concerné.

Lors des consultations de médecine générale, ce sont principalement des pathologies liées au système ostéoarticulaire (25,0 % vs. 7,5 % des autres mineurs de 11 ans et plus), digestif (24,0 % vs. 9,7 %) et dermatologique (20,7 %) qui sont diagnostiquées chez les mineurs non accompagnés.

Ils ont des conditions de vies difficiles (vie à la rue, accès difficile à l'eau, la nourriture et la sécurité) qui expliquent une prévalence plus importante des pathologies ostéoarticulaires, dermatologiques, digestives et psychiques contrairement aux personnes mineures dont la famille assure un minimum de sécurité et d'accès aux besoins essentiels.

Selon l'expertise du médecin, **48,3 % des mineurs non accompagnés reçus souffrent d'au moins une pathologie chronique** et 57,6 % d'au moins une pathologie aiguë.

*En avril 2021, nous accompagnons une jeune fille enceinte de quatre mois à un rendez-vous médical au CHU de Nantes. Au cours de ce rendez-vous, l'assistante sociale lui explique que son statut de mineure non accompagnée en recours rend la procédure extrêmement compliquée. En effet, les foyers maternels, l'un dédié aux mineures et l'autre dédié aux majeures, refusent de la prendre en charge avant une décision du juge des enfants (JDE) qui statuera sur sa minorité. En juin, à six mois de grossesse, elle est toujours hébergée par des hébergeurs solidaires et attend encore une réponse du juge des enfants qui lui sera communiquée trois semaines après l'audience qui s'est déroulée au tout début du mois de juin 2021.*

[Équipe MdM, Programme MNA, Nantes, 2021]

En outre, **plus de la moitié (51,2 %) présentent un retard de recours aux soins et 59,0 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente** (vs. 44,7 % des autres mineurs de 11 ans et plus) selon l'avis des médecins.

L'ensemble de ces constats montre à quel point ces mineurs ont besoin de protection, d'un environnement stable alors que, dans la réalité, très peu en bénéficient mais sont au contraire exposés à une insécurité permanente.

**FEMMES ET PRÉCAIRES : LA DOUBLE PEINE**

Le droit des femmes à jouir d'une santé mentale et physique du meilleur niveau a été reconnu à Beijing en 1995, lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, mettant ainsi l'accent sur la nécessité de garantir aux femmes et aux filles un accès universel à des soins et des services de santé appropriés, abordables et de qualité.

Au total, 4 230 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 2 869 femmes avec en moyenne 1,5 consultations par patiente concernée.

Les femmes en situation de précarité vont avoir une mortalité prématurée liée à des maladies cardio-vasculaires surdéveloppées dues aux conditions de vie (alimentation, consommation d'alcool, de tabac, risques psychosociaux liés au travail, etc.) et un dépistage et une prise en charge plus tardifs que des femmes de classes sociales supérieures (Bousquet et al., 2017).

Lors des consultations de médecine générale, les femmes présentent principalement des troubles affectant le système digestif (20,3 %), le système respiratoire (16,2 %) et des affections ostéoarticulaires (14,3 %). Toutefois, les troubles liés au système digestif et ostéoarticulaires sont plus fréquemment diagnostiqués chez les hommes (respectivement 24,2 % et 23,6 %). Par ailleurs, une hypertension artérielle a plus souvent été diagnostiquée parmi les femmes reçues en consultation (7,4 %) que parmi les hommes (3,4 %).

Les questions spécifiquement liées à la santé des femmes sont aussi fréquentes : grossesse (12,3 %) et problèmes liés à l'appareil génital féminin (12,2 %). Elles ont également fréquemment consulté pour une grossesse non pathologique (8,4 %). Lors de ces consultations médicales, 9,8 % des femmes sont enceintes, soit 212 femmes. La plus jeune est âgée de 14 ans et la plus âgée de 47 ans, avec un âge moyen de 28,2 ans. Parmi ces grossesses, 10,8 % sont des grossesses précoces<sup>50</sup>.

Les femmes vivant à la rue sont en situation non sécurisée et non sécurisante ; elles vont aussi être plus exposées à des violences sexistes et sexuelles et avoir des difficultés aggravées en termes d'hygiène – incluant l'hygiène menstruelle – et de santé physique et mentale<sup>51</sup>. Lors des consultations de médecine générale, 11,8 % des femmes sans domicile fixe en âge de procréer (entre 11 et 49 ans) sont enceintes, soit 36 femmes.

Les femmes migrantes sont aussi exposées d'avantage au VIH-Sida et autres IST en raison du nombre élevé d'agressions sexuelles qu'elles subissent aussi bien au cours de leur parcours migratoire qu'une fois qu'elles se retrouvent sur leurs pays d'accueil (Pannetier et al., 2018).

Les femmes souffrent aussi souvent de pathologies aiguës (54,8 %) que de pathologies chroniques (55,1 %). Les pathologies chroniques les plus diagnostiquées chez les femmes sont l'hypertension artérielle (11,4 % des pathologies chroniques) et le diabète (6,5 %).

Selon l'avis du médecin, elles sont 44,8 % à nécessiter des soins urgents ou assez urgents. Lors de leur entretien d'accueil et similairement aux hommes, 13,1 % des femmes ont indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Lors des consultations médicales, un retard de recours aux soins a été identifié par les médecins pour 45,5 % des femmes. Les retards de recours aux soins sont toutefois moins fréquents parmi les femmes que parmi les hommes (53,2 %) (tableau 14).

<sup>50</sup> Le terme de grossesse précoce est validé par l'OMS. MdM l'emploi pour les grossesses des femmes de moins de 20 ans. <sup>51</sup> WHO. Regional Office for Europe. Gender: Data and statics.

**TABLEAU 14 – RETARD DE RECOURS AUX SOINS ET URGENCE DU TRAITEMENT PARMIS LES FEMMES ET HOMMES REÇUS DANS LES CASO, 2021**

	Femmes		Hommes	
	n	%	n	%
<b>En consultation de médecine générale</b>				
Retard de recours aux soins médicaux	381	45,5***	1 045	53,2
Soins médicaux urgents ou assez urgents	711	44,8 <sup>ns</sup>	1 527	44,3

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 ns : non significatif  
Taux de réponse : Retard aux soins : 40,0 % ; Urgence des soins : 55,5 %  
Lecture : En 2021, 45,5 % des femmes reçues en consultation de médecine générale présentent un retard de recours aux soins selon l'avis du médecin, contre 53,2 % parmi les hommes.

### LES PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE AU REGARD DU DROIT AU SÉJOUR

En 2021, 4 734 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 3 180 personnes en situation administrative irrégulière avec en moyenne 1,5 consultations par patient concerné.

Lors des consultations de médecine générale, les personnes en situation administrative irrégulière présentent principalement des pathologies liées à l'appareil digestif (23,9 %), ostéoarticulaire (21,4 %), dermatologiques (14,5 %) et respiratoire (13,7 %). Les pathologies chroniques (59,1 %) sont plus fréquentes que les pathologies aiguës (51,8 %).

Lors des consultations de médecine générale, **un retard de recours aux soins est constaté chez 51,8 % des patients en situation administrative irrégulière et un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 40,5 % d'entre eux**. Les besoins urgents en soins sont néanmoins moins fréquents par rapport aux patients majeurs en situation administrative régulière (47,1 %) (tableau 15).

**TABLEAU 15 – RETARD AUX SOINS ET URGENCE DU TRAITEMENT CONSTATÉS DANS LES CASO CHEZ LES PERSONNES MAJEURES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE ET RÉGULIÈRE AU REGARD DU DROIT AU SÉJOUR, 2021**

	Étrangers majeurs en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour		Personnes majeures en situation régulière	
	n	%	n	%
<b>En consultation de médecine générale</b>				
Retard de recours aux soins médicaux	515	51,8 <sup>ns</sup>	427	47,2
Soins médicaux urgents ou assez urgents	692	40,5***	729	47,1

Analyses ajustées sur le sexe et l'âge ; \*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 ns : non significatif

Taux de réponse : Retard aux soins : 40,0 % ; Urgence des soins : 55,5 %  
Lecture : Parmi les étrangers majeurs en situation irrégulière au regard du séjour, 40,5 % nécessitent des soins médicaux urgents ou assez urgents selon l'avis du médecin, contre 47,5 % parmi les personnes majeures en situation régulière.

### LES DEMANDEURS D'ASILE INSUFFISAMMENT PRIS EN CHARGE PAR L'ÉTAT

En 2021, 1 977 consultations médicales généralistes ont été réalisées auprès de 1 293 demandeurs d'asile différents, soit en moyenne 1,5 consultations par patient concerné. Parmi les femmes en âge de procréer (11 à 49 ans) en demande d'asile, 8,8 % sont enceintes au cours de leurs consultations médicales.

Lors des consultations de médecine générale, les demandeurs d'asile présentent des pathologies du système digestif (23,7 %), du système ostéoarticulaire (20,7 %), dermatologiques (20,0 %), ou encore des troubles psychologiques ou psychiatriques (15,5 %). Ces derniers sont plus fréquents que pour les autres patients reçus en consultation (7,7 %).

De même que chez les autres patients, parmi les demandeurs d'asile reçus en consultation de médecine générale, 53,6 % souffrent d'au moins une pathologie aiguë et 57,2 % d'une pathologie chronique.

D'autre part, **un retard de recours aux soins est constaté chez 48,3 % des patients demandeurs d'asile et un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 46,5 % d'entre eux**.

## ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Une bouche saine est un atout unique, inestimable et une composante essentielle de la santé et de la qualité de vie. Elle peut également être considérée comme un droit humain fondamental (Sgan-Cohen et al., 2013). Dans le monde, les affections bucco-dentaires touchent près de 3,5 milliards de personnes ; la carie des dents définitives touche deux milliards de personnes (GBD 2017 Oral Disorders Collaborators, 2020).

En France, les déclarations de renoncement aux soins pour des raisons financières sont plus élevées pour les soins

dentaires (11 %) que pour les autres soins médicaux<sup>52</sup>. En outre, la probabilité de renoncement aux soins dentaires est plus élevée chez les femmes sur un gradient décroissant selon l'âge (Dourgnon et al., 2017). Les personnes à risque élevé de caries sont notamment et plus particulièrement les personnes âgées dépendantes, et des populations précarisées (situation socio-économique défavorisée, migrantes, incarcérées, etc.) (HAS, 2010). La carie est notamment le résultat d'une hygiène insuffisante, d'une alimentation non équilibrée et d'un non-recours aux soins.

Les personnes rencontrées dans les Caso souffrant de problèmes buccodentaires sont la plupart du temps orientées vers les urgences hospitalières ou vers les Pass dentaires lorsqu'elles existent. Certains Caso<sup>53</sup> proposent toutefois des consultations dentaires.

En 2021, 1 520 consultations dentaires ont été réalisées auprès de 695 patients. Lors de ces consultations, 170 personnes de 12 ans ou plus ont bénéficié d'un bilan de l'état bucco-dentaire au cours duquel l'indice CAO a été calculé<sup>54</sup>. Les patients rencontrés en consultation dentaire ont en moyenne 4,6 dents absentes, 2,8 dents cariées et 1,2 dents obturées. La littérature ne manque pas sur le lien entre le non-recours aux soins dentaires et l'absence de couverture maladie ou de complémentaire santé ce qui est le cas des personnes reçues dans les Caso. Dans tous les territoires, l'accès aux soins dentaires pour les personnes ayant l'AME et pour les patients sans droits est extrêmement défaillant. Les Pass dentaires sont peu nombreuses, et quand elles existent elles répondent le plus souvent uniquement aux urgences dentaires, elles ne permettent pas un suivi et des soins dentaires de conservation. Médecins du Monde alerte sur le manque important de dispositifs de prises en charge dentaire sur le territoire, pour un public en situation de précarité dont les besoins sont importants et posent de graves problématiques de santé, y compris chez de très jeunes enfants.

En 2021, plus de la moitié des patients sont concernés par au moins un traitement conservateur (51,7 %). Des extractions dentaires ont également été réalisées auprès d'un tiers des patients reçus et des prothèses dentaires ont été posées à un patient sur dix. Les détartrages et les soins d'hygiène sont également fréquents et concernent 21,1 % des patients (tableau 16).

**TABLEAU 16 – INTERVENTIONS DENTAIRES PRATIQUÉES DANS LES CASO, 2021**

	Nombre de patients	
	n	%
Traitement conservateur*	285	51,7
<i>Traitement coronaire</i>	237	43,0
<i>Traitement radiculaire</i>	130	23,6
Extraction	184	33,4
Détartrage / Hygiène	116	21,1
Prothèse	56	10,2
Prescription	56	10,2
Radiologie	34	6,2
Pansement provisoire	40	7,3
Traitement parodontologique	6	1,1
Autre(s)	49	8,9

Taux de réponse : 79,3 %  
La somme des traitements coronaire et radiculaire n'est pas égale aux traitements conservateurs car un traitement coronaire et un traitement radiculaire peuvent être réalisés lors d'une même consultation.

La santé bucco-dentaire est un domaine particulièrement dépendant des conditions de vie de l'individu : l'activité professionnelle, le revenu, le statut administratif, le niveau d'éducation, le type de couverture sociale, les conditions de vie ou des disparités d'accès aux soins (Azogui-Levy & Rochereau, 2012 ; Pegon-Machat et al., 2018). Pour les personnes confrontées à de multiples vulnérabilités, « la mauvaise santé bucco-dentaire tend à être un indicateur de précarité et plus encore de grande précarité » (Boissonnat-Pelsy & Tiebot, 2012). En 2021, les médecins des Caso ont diagnostiqué plus d'affections dents-gencives chez les patients en situation irrégulière au regard du droit au séjour (9,0 %) que chez ceux en situation régulière (6,2 %).

Le recours aux soins dentaires est limité pour plusieurs raisons : tout d'abord l'obstacle financier dans un cas sur deux (remboursements très partiels en particulier pour les prothèses dentaires, nombreux dépassements d'honoraires), le second motif est la peur des soins (Chaupain-Guillot et al., 2014), viennent ensuite les démarches complexes pour renouveler sa couverture maladie, l'éloignement géographique des cabinets et l'offre limitée dans les services hospitaliers et les centres de santé malgré un fort besoin des personnes en situation de précarité. Par ailleurs, les personnes peuvent développer un sentiment de honte vis-à-vis des professionnels de santé bucco-dentaire en raison d'une dentition dans un état de dégradation avancée et craindre de renvoyer une image négative d'eux-mêmes (Boissonnat-Pelsy & Tiebot, 2012). Les dépenses consacrées aux soins dentaires passent bien souvent au second plan et entrent en compétition avec d'autres priorités budgétaires (alimentation, logement, etc.). En effet, « les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition » (Rilliard

<sup>52</sup> Achat de lunettes pour 4 % et les visites chez le généraliste ou le spécialiste (3 %).

<sup>53</sup> Caso de Montpellier, Nancy, Nice et Pau.

<sup>54</sup> L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire qui permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population. Il est couramment utilisé au niveau international et est un marqueur fréquemment utilisé pour souligner les inégalités sociales de santé. Il se décompose en trois indices : nombre de dents cariées (C), absentes (A), obturées ou soignées (O). L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées.

et al., 2012). En outre, parmi les personnes ayant renoncé à des soins une année donnée, un assez grand nombre (de l'ordre de 40 % dans le cas des soins dentaires) ont de nouveau été amenées à prendre une telle décision l'année suivante (Chaupain-Guillot et al., 2014). Le recours aux soins dentaires devient alors motivé uniquement par la douleur, l'urgence des situations et l'offre de soins.

Les résultats de ce chapitre sur la santé des personnes reçues dans les Casos mettent une fois encore en évidence une santé très souvent dégradée, des besoins élevés en soins et en actions de prévention dans les populations en situation de précarité. Ils illustrent, une fois de plus, l'impact avéré des déterminants sociaux sur l'état de santé des populations. L'habitat instable, les situations de violences physiques et psychiques, les situations administratives complexes et l'invisibilisation des personnes en situation de précarité favorisent l'émergence de troubles somatiques et de pathologies psychosomatiques, voire psychiatriques. Ces situations aux causes généralement plurielles et entremêlées contribuent fortement à la précarisation des personnes et participent à la dégradation de leur état de santé.

MdM encourage donc fortement la vigilance pour une application efficace et suffisante des engagements du gouvernement pour « un accès aux soins continu à travers un système de santé juste et universel » tel que décrit dans sa feuille de route « Objectifs de développement durable (ODD) pour l'agenda 2030 » (France, 2022).

MdM encourage la priorisation des démarches d'« aller-vers » et le renforcement des interventions mobiles sur les lieux de vie et de travail permettant de ramener les personnes dans le droit commun. MdM une fois encore appelle à renforcer les dispositifs de santé existant qui intègrent des modalités adaptées aux publics précarisés.

De plus, la collecte de données sur les personnes précarisées, notamment les personnes migrantes sans couverture maladie, doit être développée et mieux systématisée. Des données probantes, crédibles et partagées feront mieux apparaître les besoins et permettront de proposer et développer des services intégrés mieux adaptés à ces publics.

# 02

## DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRÉCARITÉ LOURDE DE CONSÉQUENCES

### LES POINTS ESSENTIELS

- Les personnes en situation de précarité et/ou migrantes sont particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses, aux grossesses non désirées, aux cancers génitaux dont le cancer du col de l'utérus, aux violences liées au genre, à la morbidité et mortalité périnatales.
- Près de 75 % des personnes ne connaissent par leur statut sérologique pour le VIH, près de 83 % pour l'hépatite B et un peu moins de 78 % pour l'hépatite C.
- Près de 89 % des femmes de 15 ans et plus ne souhaitant pas être enceintes déclarent n'utiliser aucune contraception.
- Un peu plus de 82 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais fait de frottis cervico-utérin ou ne savent pas si elles en ont déjà fait au cours de leur vie.
- Un peu plus de 33 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse.

### PROMOUVOIR LES DROITS ET LA SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UN ENJEU CLÉ, MAIS NEGLIGÉ, DE SANTÉ PRIMAIRE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) portent sur des aspects fondamentaux de la vie de chacun, et de la société dans son ensemble. Ils correspondent au **droit de maîtriser son corps**, et par là-même sa vie ; au **droit de jouir librement de sa sexualité**, selon son identité et ses choix, sans danger ni crainte de grossesses non désirées, de violences, d'infections sexuellement transmissibles ; au **choix aussi de devenir parent ou non**, et de décider d'avoir ou non un enfant, quand et combien en avoir.

Les DSSR impliquent que toute personne – quels que soient notamment son sexe, son identité de genre, son orientation

sexuelle, son environnement de vie – puisse **accéder à des services essentiels d'information, de prévention et de soins pour bien vivre et comprendre sa sexualité, pour être accompagnée dans ses choix et répondre à ses besoins**. Et ce, à toutes les étapes de sa vie. Éducation sexuelle, contraception et avortement, soins prénataux, d'accouchement et postnataux, prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), des cancers génitaux dont le cancer du col de l'utérus, des troubles de la fertilité : autant de services essentiels préconisés par l'OMS pour garantir la santé sexuelle et reproductive de chaque personne.

La France a un cadre politique et légal relativement favorable en matière de santé sexuelle et reproductive. En 2017, elle s'est dotée pour la première fois d'une Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (*Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2017*) visant à promouvoir le développement de politiques publiques en faveur de la santé sexuelle. Médecins

du Monde est activement impliquée dans l'actuelle deuxième feuille de route 2021-2024 (*Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021*), avec une vigilance particulière sur la mise en application effective d'une approche intégrée pour les populations en situation de précarité et la mobilisation de moyens financiers suffisants et adaptés tel que préconisés. Des annonces gouvernementales et avancées législatives récentes en faveur notamment d'un meilleur accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) ont également été faites<sup>55</sup>.

Néanmoins, les obstacles à l'accès aux DSSR sont encore trop nombreux : manque de gouvernance et de coordination dans l'offre de prévention et de soins, fermetures de centres permettant la prise en charge d'IVG, mise en application insuffisante de l'éducation complète à la sexualité, de prévention en matière de DSSR, inégalités territoriales, ainsi que des politiques répressives à l'égard de populations discriminées (travailleuses<sup>56</sup> du sexe (TdS), usagers de drogues, personnes exilées, personnes vivant en squats ou bidonvilles, par exemple).

Les DSSR sont d'autant plus négligés et leur accès entravé qu'ils ont trait à l'intime et sont marqués par des tabous, des inégalités de genre, des idées préconçues et des représentations sur les personnes et les groupes. Autant d'éléments qui contribuent à des prises de risques accrues, à un manque de prévention et de prise en charge, et *in fine* à un état préoccupant en matière de santé sexuelle et reproductive des personnes.

## AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES PRÉCARISÉES AUX DSSR EN FRANCE : UNE PRIORITÉ DE SANTÉ

### UN ACCÈS DIFFICILE AUX DSSR POUR LES PERSONNES PRÉCARISÉES

**Si l'accès aux DSSR n'est pas effectif pour l'ensemble de la population, il l'est encore moins pour les personnes plus éloignées du système de santé.** C'est le cas des personnes en situation de précarité, que les équipes de Médecins du Monde rencontrent quotidiennement en France métropolitaine et en Outre-mer. Leur précarité au regard du logement, de la situation administrative, de la méconnaissance de la langue, des droits et du fonctionnement du système de santé contribue à les éloigner des services de prévention et de soins. Ces facteurs de vulnérabilité les exposent davantage à des risques en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) : non-dépistage des infections sexuellement transmissibles, absence ou accès tardif à des soins de santé prénataux, grossesses dites précoces (avant 20 ans), grossesses non désirées, risque accru de morbidité et mortalité périnatales, violences sexuelles, méconnaissance quant aux contraceptifs et aux risques liés aux relations sexuelles, méconnaissance du corps.

La santé n'est souvent pas priorisée par les personnes elles-mêmes, au regard de l'urgence à assurer sa sécurité, avoir un toit, de la nourriture en quantité suffisante. La satisfaction de ces besoins fondamentaux est à la fois un prérequis et un déterminant reconnu comme indispensables pour l'accès à la santé (*OMS, 1986*), y compris à la santé sexuelle et reproductive. L'accès aux DSSR pour les personnes précarisées se trouve ainsi entravé par la situation même de précarité dans laquelle elles se trouvent.

Malgré un cadre politique et légal de la France relativement favorable en matière de SSR, l'offre de prévention et de soins est encore insuffisante et est rarement adaptée aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité. Le déploiement limité d'offres d'interprétariat, d'information et outils clairs et adaptés, de médiation en santé, d'interventions dans les lieux de vie, de travail, de passage, et par ailleurs le manque de formation des professionnels aux conséquences de la précarité sur la santé et l'accès aux dispositifs, sont autant d'obstacles supplémentaires qui entravent le recours aux services existants (contraception, IVG, dépistages des IST, etc.).

Il existe par ailleurs un manque de données flagrant sur l'accès aux soins et sur les droits et les besoins en SSR des personnes précarisées et EN migration, en particulier des femmes. Cette absence de données impacte le déploiement de dispositifs adaptés.

### UN AXE PRIORITAIRE D'INTERVENTION POUR MÉDECINS DU MONDE

Afin d'améliorer l'état de santé sexuelle et reproductive de toutes et tous en France, y compris des personnes précarisées, MdM intervient à la fois en lieux fixes (Caso/Caoa) et en mobiles directement auprès des personnes, sur leurs lieux de vie, de travail, de passage. À travers un programme transversal de prévention en DSSR, MdM met notamment en œuvre des animations collectives, des consultations, des entretiens individuels et conçoit avec les personnes des outils d'information et de prévention adaptés.

Au sein des Caso de Médecins du Monde en France, les problématiques liées aux DSSR sont essentiellement abordées lors de consultations de médecine générale et d'entretiens individuels de prévention. En 2021, 9 221 patients, soit 60,1 % de la file active, ont été reçus lors d'au moins une consultation pendant laquelle des enjeux de DSSR ont été abordés. Ces sujets sont particulièrement importants, d'autant plus pour les personnes primo-arrivantes sans couverture maladie pour qui une consultation au Caso constitue souvent la première occasion d'accéder à la prévention et aux soins en France.

## DÉPISTAGE ET PRÉVENTION DU VIH DES HÉPATITES VIRALES ET AUTRES IST : UN ACCÈS INSUFFISANT AU REGARD DES BESOINS ET UNE OFFRE DE SERVICES À ADAPTER

Lors des consultations en Caso, les personnes accueillies peuvent faire le point sur leur santé, y compris en termes de vaccinations, de connaissance du statut sérologique et de dépistages d'infections telles que le VIH, les hépatites virales, d'autres IST.

### UNE MÉCONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES PRÉOCCUPANTE

La question de la connaissance des statuts sérologiques est abordée lors des consultations de médecine générale des Caso pour près d'un patient sur cinq (17,0 %), ce qui permet d'estimer la méconnaissance des statuts sérologiques, et donc le besoin en matière de dépistage et prévention. **Connaître son statut sérologique est indispensable pour se soigner, se protéger et protéger ses proches. Cela nécessite de pouvoir accéder aux services de prévention et de soins, ce qui n'est pas le cas de la grande majorité de personnes rencontrées par les équipes de Médecins du Monde.** Au sein de la Stratégie nationale de santé sexuelle, la France s'est fixé comme objectif d'ici 2030 de « réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves (syphilis, gonococcies, chlamydia) » et « 95 % des personnes vivant avec le VIH (PVIH) connaissent leur statut VIH, 95 % des personnes connaissant leur séropositivité ont accès au traitement ; 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée, y compris chez les populations clés ».

**En 2021, la grande majorité des personnes interrogées – parce qu'éloignées des services de prévention et de soins – ne connaît pas son statut sérologique lors de leur première visite dans les Caso : 74,9 % pour le VIH, 82,7 % pour l'hépatite B (VHB) et 77,6 % pour l'hépatite C (VHC) (tableau 17).** Les proportions sont semblables aux années antérieures, bien que les questions relatives aux statuts sérologiques étaient davantage renseignées avant la pandémie de Covid-19 (en 2019, un tiers des personnes reçues en consultation avait été interrogées sur leur statut sérologique, contre 17,0 % en 2021).

**TABLEAU 17 – ABSENCE DE CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE (VHB, VHC, VIH) DES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2021**

	VIH		VHB		VHC	
	n	%	n	%	n	%
Statut sérologique inconnu lors de la première visite dans les Caso	1 160	74,9	1 276	82,7	1 198	77,6
Statut sérologique inconnu (ensemble des visites)	1 115	72,0	1 230	79,7	1 154	74,8

Taux de réponse : - Ensemble : VIH : 17,0 % ; VHB : 17,0 % ; VHC : 17,0 %  
Lecture : Parmi les personnes reçues en consultation de médecine générale, 82,7 % ne connaissaient par leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B lors de leur 1<sup>re</sup> consultation médicale en Caso.

**La méconnaissance des statuts sérologiques change selon différentes variables, telles que l'origine des personnes, leur âge et la durée de présence en France.** Elle est ainsi plus marquée parmi les personnes d'origine étrangère reçues dans les Caso par rapport aux personnes d'origine française. Elles sont en effet 75,4 % à ne pas connaître leur statut sérologique pour le VIH, 83,2 % pour l'hépatite B et 78,4 % pour l'hépatite C, contre respectivement 58,7 %, 67,4 % et 54,2 % parmi les Français. Cette méconnaissance varie également selon le pays d'origine des personnes reçues : les personnes originaires du Maghreb, de l'Union européenne et du reste de l'Europe méconnaissent plus fréquemment leur statut sérologique pour le VIH et le VHC par rapport aux ressortissants d'Afrique subsaharienne. Elle varie également selon l'âge des personnes : quelle que soit l'infection, parmi les personnes étrangères, celles âgées de moins de 29 ans connaissent moins souvent leur statut sérologique que celles de plus de 30 ans. La durée de présence en France est aussi un élément déterminant pour l'accès au dépistage, puisque la méconnaissance du statut sérologique diminue sensiblement après un an de présence en France, et ce quelle que soit l'infection, avec une diminution d'environ dix points de pourcentage après un an sur le territoire français, pour les trois infections (tableau 18).

<sup>55</sup> Ainsi depuis janvier 2022, le coût de la contraception et des actes qui y sont liés (une consultation par an avec un médecin ou une sage-femme et les examens biologiques potentiels) est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour les moins de 26 ans, sans avance de frais. La loi du 2 mars 2022 permet en outre l'allongement du délai légal de l'IVG à 14 semaines de grossesse (au lieu de 12 jusqu'alors), la fin de tout délai de réflexion (il restait une mesure pour les femmes mineures), et prévoit des sanctions en cas de refus de délivrer un moyen de contraception en urgence. Des mesures ont également été annoncées par le ministre de la Santé et de la Prévention et inscrit dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2023 : prise en charge des dépistages des IST sans ordonnance (jusqu'alors que le VIH) pour les moins de 26 ans, de la contraception d'urgence, et un renforcement de la prévention avec la mise en place notamment de consultations de prévention à 25, 45 et 65 ans. Tout en reconnaissant ces avancées, Médecins du Monde reste vigilante quant à la mise en place de ces mesures, pour que les personnes précarisées n'en soient pas exclues, y compris les personnes sans couverture maladie.

<sup>56</sup> Le terme « travailleuse du sexe » employé ici est un féminin générique.

**TABLEAU 18 – CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA MÉCONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH, VHB ET VHC DES PERSONNES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2021**

	VIH			VHB			VHC		
	n	%	OR	n	%	OR	n	%	OR
<b>Ensemble des patients étrangers</b>	1 133	75,4		1 243	83,2		1 172	78,4	
<b>Genre</b>									
- Homme	763	76,6	réf	825	83,1	réf	779	78,5	réf
- Femme	370	73,1	0,8 <sup>ns</sup>	418	83,4	1,0 <sup>ns</sup>	393	78,3	1,0 <sup>ns</sup>
<b>Âge</b>									
- < 20 ans	106	85,5	2,3 <sup>**</sup>	117	93,6	3,3 <sup>**</sup>	110	87,3	1,7 <sup>ns</sup>
- 20-29 ans	384	78,4	1,5 <sup>**</sup>	422	85,8	1,5 <sup>*</sup>	396	81,7	1,5 <sup>**</sup>
- 30-59 ans	583	71,5	réf	642	79,7	réf	606	74,7	réf
- 60 ans et plus	58	84,1	2,1 <sup>*</sup>	60	88,2	2,1 <sup>ns</sup>	58	82,9	1,7 <sup>ns</sup>
<b>Groupe continental</b>									
- Union européenne (hors France)	113	85,0	2,9 <sup>***</sup>	114	85,1	1,5 <sup>ns</sup>	108	81,8	1,7 <sup>*</sup>
- Europe (hors UE)	60	83,3	2,7 <sup>**</sup>	64	86,5	1,8 <sup>ns</sup>	64	83,1	2,0 <sup>*</sup>
- Afrique subsaharienne	513	66,4	réf	598	79,1	réf	539	71,7	réf
- Maghreb	352	88,7	4,1 <sup>***</sup>	367	91,3	3,0 <sup>***</sup>	363	89,0	3,4 <sup>***</sup>
- Proche et Moyen-Orient	61	77,2	1,7 <sup>ns</sup>	65	79,3	1,0 <sup>ns</sup>	62	77,5	1,4 <sup>ns</sup>
- Asie, Océanie et Amériques	33	70,2	1,7 <sup>ns</sup>	34	75,6	1,0 <sup>ns</sup>	35	77,8	1,6 <sup>ns</sup>
<b>Durée de résidence en France</b>									
- < 1 an	547	79,5	réf	606	88,3	réf	568	82,9	réf
- Entre 1 an et 3 ans	237	70,3	0,6 <sup>**</sup>	262	77,5	0,5 <sup>***</sup>	248	74,0	0,6 <sup>**</sup>
- 3 ans et plus	319	71,9	0,6 <sup>**</sup>	345	78,8	0,5 <sup>***</sup>	326	73,6	0,6 <sup>**</sup>

Modèle multivarié réalisé sur 1 466 patients d'origine étrangère ayant répondu à l'ensemble des items.

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 ns : non significatif. 1 Odds Ratio ajustés sur l'ensemble des variables du tableau

Lecture : En considérant les autres variables du modèle comme constante, la probabilité de méconnaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH est plus élevée pour les étrangers âgés entre 20 et 29 ans que pour ceux âgés entre 30 et 59 ans (OR : 1,5 ; p<0,01).

### UNE DIMINUTION DES DÉPISTAGES DES IST PENDANT LA PANDÉMIE ET LA CRAINTE D'UN REBOND DES CONTAMINATIONS

Le dépistage de ces infections est d'autant plus essentiel que les populations reçues dans les Caso de Médecins du Monde sont principalement migrantes et exposées à un risque sanitaire potentiellement plus élevé, notamment du fait des risques multiples qui accompagnent les parcours migratoires (OMS, 1986). À ce titre, et afin de permettre le diagnostic chez des personnes ignorant leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée du VIH, la Haute autorité de santé (HAS) recommande que la priorité soit accordée au dépistage de l'infection du VIH en direction des populations les plus exposées au risque et recommande comme fréquences de dépistage : tous les trois mois chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), tous les ans chez les personnes usagères de drogues par voie intra-veineuse (UDVI) et tous les ans également chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

En France, plus de 170 000 personnes vivent avec le VIH et environ 25 000 personnes ignorent leur séropositivité au VIH, par peur ou par méconnaissance des risques notamment, alimentant ainsi l'épidémie (Lot, 2017). Malgré un dépistage de plus en plus précoce et dans un contexte de prévention diversifiée, les délais entre la contamination et le diagnostic restent longs : plus de trois ans au niveau national, et jusqu'à quatre ans environ dans certaines régions comme la Réunion et la Guyane. En 2020, en France, près des deux tiers (30 %) des infections à VIH ont été découvertes à un stade avancé. Malgré un manque de données, le constat est que les populations migrantes sont particulièrement concernées par les découvertes de séropositivité à un stade avancé. Le dépistage doit ainsi encore être intensifié dans les populations les plus exposées (SPF, 2021d). Ce sont également environ 135 000 personnes qui ont une hépatite B chronique, dont seules 17,5 % connaissent leur maladie ; et près de 135 000 personnes qui ont une hépatite C chronique, dont près de 20 % ignorent leur infection (SPF, 2016).

Par ailleurs, le recours aux dépistages a baissé pendant la pandémie de Covid-19, comme l'a signalé Santé publique France. Entre 2019 et 2020, l'activité de dépistage du VIH a diminué de 14 % avant de réaugmenter progressivement en 2021. Une baisse particulièrement marquée entre 2019 et 2020 avec une diminution de 14 % de l'activité de dépistage du VIH. **Cette baisse des dépistages, plus marquée chez les hommes et les moins de 25 ans, laisse craindre un rebond des contaminations aux IST, dont le VIH (SPF, 2021d).**

Au cours des consultations médicales et entretiens de prévention dans les Caso, les personnes qui le souhaitent peuvent bénéficier d'un dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (TroD) sur place lorsque c'est possible – par MdM, un partenaire associatif ou de droit commun se déplaçant dans les Caso –, ou sont orientées (et accompagnées si besoin) le plus souvent vers des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de ville ou des centres d'examen de santé. Ainsi, au moins 4,9 % des patients âgés de 15 ans et plus se sont vu proposer une ou plusieurs propositions de dépistage à l'issue de leur consultation, soit 409 patients. Un dépistage a été proposé plus fréquemment aux personnes âgées entre 20 et 29 ans ainsi qu'aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Les activités de dépistage par TroD proposées directement par les équipes de MdM n'ont pas été épargnées par la diminution générale des activités de prévention DSSR au sein des programmes de MdM pendant la pandémie de Covid-19. Alors que 1 821 TroD avaient été réalisés en 2019 par les équipes de MdM, 1 122 TroD l'ont été en 2021 (TroD VIH, hépatites, syphilis confondus), soit une baisse de près de 40 %. Les équipes sont mobilisées pour renforcer leur offre de prévention et d'accompagnement en DSSR.

### RECOMMANDATIONS

Afin de réduire l'incidence des IST et cancers génitaux, Médecins du monde recommande :

- De développer des scénarii de dépistage et prise en charge simplifiés : stratégie de dépistage et mise sous traitement au plus proche de là où se trouve la personne – « screen & treat at point-of-care testing » – afin d'éviter les « perdus de vue » ;
- D'étendre à toutes les IST l'offre de dépistage sans prescription et gratuite en laboratoire, y compris pour les personnes sans couverture maladie ;
- D'encourager l'auto-prise en charge, notamment l'offre d'auto-prélèvement des tests HPV et les auto tests VIH.

### UNE ABSENCE DE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE RÉGULIER LOURDE DE CONSÉQUENCES

Malgré un bon état de santé général en moyenne, les inégalités sociales de santé en France sont parmi les plus fortes en Europe occidentale. Des déterminants sociaux influencent l'état de santé des personnes. Nombre de rapports et observatoires concernant les personnes précarisées démontrent, s'il en faut encore, qu'elles sont **significativement en moins**

**bonne santé que les personnes ayant une position sociale plus favorable. Cet impact est également flagrant en matière de DSSR.** Le taux de mortalité maternelle en France est par exemple 2,5 fois plus élevé chez les femmes en situation de migration et 3,5 fois plus élevé chez celles nées en Afrique subsaharienne par rapport aux femmes nées en France (Azria, 2015). Le Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes (HCE) pointe également le moindre suivi gynécologique des femmes en situation de précarité par rapport à l'ensemble des femmes en France : « **Elles ont moins recours à une contraception [...], ont plus souvent des grossesses à risque [...] et ont moins souvent recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes** » (Bousquet et al., 2017). Aux inégalités sociales s'ajoutent les inégalités de genre. Comme le souligne le HCE, être dans une situation de précarité et être femme accentue les risques en matière de DSSR et entrave l'accès à la prévention et aux soins. En cause notamment les conséquences du sexisme subies par les femmes : charges domestiques et familiales qui font passer leur santé après celle des enfants et des proches, exposition aux violences, non-prise en compte de besoins spécifiques notamment du fait de l'androcentrisme de la médecine (recherches, diagnostics, protocoles de soin, etc.) qui peut nier certains besoins spécifiques des femmes.

Un constat partagé par Médecins du Monde : les femmes accueillies dans les Caso sont généralement très peu suivies sur le plan gynécologique, avec les problématiques de grossesses non planifiées et/ou non désirées, les retards de prise en charge des infections, cancers génitaux, et autres difficultés que ce manque de suivi gynécologique implique.

### UNE TRÈS FAIBLE COUVERTURE CONTRACEPTIVE CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Lors des consultations médicales dans les Caso, un tiers des femmes âgées entre 15 et 49 ans et concernées par la contraception<sup>57</sup> ont échangé avec les médecins sur l'utilisation de contraceptifs. **Parmi elles, près de neuf femmes sur dix (88,8 %) déclaraient n'utiliser aucune contraception.** Cela suppose un risque important de grossesses non planifiées, dont certaines non désirées. Ce faible recours à la contraception peut s'expliquer notamment par : des barrières financières (prix de la consultation, reste à charge, etc.), l'éloignement géographique, de longs délais de prise de rendez-vous, le manque d'interprétariat, des projections erronées de professionnels de santé sur les besoins des personnes, des craintes ou représentations des femmes à l'égard de certaines méthodes. Il est essentiel d'apporter une information claire et complète aux personnes qui ont besoin de contraception, pour permettre un choix libre et éclairé. La meilleure contraception – en termes d'acceptation, de continuité et d'efficacité – est celle que la personne choisit.

Par ailleurs, des mesures ont été prises pour garantir un meilleur accès à un plus large choix de contraceptifs, remboursés pour les personnes ayant une couverture maladie, y compris l'AME. Or, seules 20,4 % des femmes reçues dans les Caso en 2021 disposent d'une couverture maladie en France, parmi elles 8,0 % bénéficient de l'AME. C'est pourquoi il est nécessaire de privilégier la gratuité de la contraception, plutôt qu'une prise en charge pour les seules personnes ayant une couverture maladie.

<sup>57</sup> Sont exclues : les femmes ne pouvant pas être enceintes ou qui souhaitent un enfant actuellement.

L'utilisation d'un moyen de contraception varie également selon les conditions de vie des personnes. Environ une femme sur cinq habitant dans un logement personnel, en squat ou bidonville déclare utiliser une contraception (21,4 % et 18,2 % respectivement). Ce taux diminue considérablement dès lors que les femmes sont hébergées<sup>58</sup> (10,6 % utilisent alors une contraception) ou sans domicile fixe (5,5 % en utilisent une). Pourtant, plusieurs témoignages montrent que les personnes à la rue sont surexposées aux risques de violences sexuelles – et par là-même à de potentielles grossesses non désirées (Eberhard et al., 2018). L'utilisation de la contraception varie également selon le pays d'origine des femmes : les femmes originaires d'Union européenne utilisent plus souvent un moyen de contraception (20,7 %) en comparaison avec les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (8,0 %) ou du Maghreb (11,5 %). Les femmes provenant d'Europe hors UE sont quant à elles 14,6 % à utiliser un moyen de contraception. Enfin, les femmes en couple disposent davantage de moyens contraceptifs que celles indiquant ne pas être en couple (18,1 % contre 8,6 %), bien que ces dernières puissent également avoir des relations sexuelles.

Concernant l'accès à l'IVG, les femmes dont le niveau de vie est classé parmi les 10 % les moins élevés ont une probabilité de recourir à l'IVG dans l'année supérieure de 40 % à celle des femmes ayant un niveau de vie médian. Autrement dit, les femmes précarisées ont davantage recours à l'IVG que les femmes aisées (Vilain et al., 2020). Lors des consultations de médecine générale dans les Caso en 2021, 4,3 % des femmes ont formulé des demandes d'IVG. Cependant, les données concernant les besoins d'IVG sont largement sous-estimées. Notamment en raison de l'orientation des femmes dès l'accueil vers les services de PMI ou IVG, sans nécessairement passer par une consultation médicale, il est alors non renseigné.

## RECOMMANDATIONS

Afin de réduire le nombre de grossesses non désirées, Médecins du Monde préconise de :

- Mettre en place de façon effective les annonces gouvernementales et mesures prises récemment dans la loi : l'allongement du délai de l'IVG à 14 semaines de grossesse, les sanctions pour non-délivrance de contraception d'urgence, la gratuité de la contraception pour toutes les femmes de moins de 26 ans, la délivrance et prise de médicaments à distance, la délégation des tâches des IVG instrumentales aux sages-femmes (validée par décret en 2021 mais s'accompagnant de nombreuses conditions) et l'accréditation des infirmiers à la prescription des contraceptions (pas uniquement des renouvellements) et à la pose de contraceptif (implant, stérilet, etc.) ;
- Garantir la gratuité et l'effectivité de toutes les contraceptions, y compris pour les personnes sans couverture maladie, pour assurer un choix libre et éclairé des personnes (« la meilleure des contraceptions est celle que la personne choisit ») ;
- Inscrire le droit à l'IVG et les droits sexuels et reproductifs dans la Constitution de la République française.

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : LE CANCER DES INÉGALITÉS SOCIALES<sup>59</sup>

Chaque année en France, près de 3 000 femmes développent un cancer du col de l'utérus (CCU) et 1 000 femmes en meurent (G. Defossez et al., 2019). C'est pourtant un cancer évitable, notamment d'une part grâce à la vaccination contre le papillomavirus (HPV) – virus à l'origine de la majorité des cas de cancer du col de l'utérus, et d'autre part au dépistage, à bas coût, qui permet de détecter des lésions précancéreuses et de les surveiller avant qu'elles ne se transforment en cancer. À ce titre, la Haute autorité de santé (HAS) recommande un examen cytologique tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 29 ans, et un test HPV-HR en remplacement de l'examen cytologique pour les femmes de 30 à 65 ans, réalisé trois ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les cinq ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif (HAS, 2020). Ce dépistage est remboursé à 100 % depuis mai 2018 dans le cadre du programme national de dépistage du CCU.

L'écart d'accès entre les femmes en situation de précarité et/ou les femmes migrantes et la population générale est considérable : des femmes sur-dépistées côtoient des femmes n'ayant jamais été dépistées au cours de leur vie (INCa, 2019). Seulement 17,7 % des femmes de 25 à 65 ans reçues dans les Caso ont déjà eu recours à cet examen préventif au cours de leur vie. Elles sont également 23,2 % à exprimer ne pas savoir répondre à la question, ce qui peut signifier une méconnaissance de ce type de dépistage ou un problème dans la formulation de la question. Ce sont donc **plus de 80 % des femmes qui n'ont jamais réalisé de frottis ou ne savent si elles en ont déjà réalisé un**. À titre de comparaison, en population générale, 58,2 % des femmes de la même tranche d'âge sont à jour de dépistage (SPF, 2021a).

Parmi les femmes reçues dans les Caso, celles habitant dans un logement personnel ont plus fréquemment réalisé un frottis (32,1 %, à l'inverse des femmes sans domicile (9,4 %) ou vivant en squat ou bidonville (11,1 %). Les femmes qui ont une couverture maladie sont plus de deux fois plus nombreuses à avoir déjà réalisé au moins un dépistage du cancer du col de l'utérus (38,9 % d'entre elles) par rapport à celles qui n'ont pas de droits ouverts (15,4 % d'entre elles). À cela s'ajoute le coût des consultations et les délais importants de prise de rendez-vous pour un suivi gynécologique qui entravent l'accès à ce service essentiel pour toutes les femmes. Cette situation peut générer un retard de prise en charge, la nécessité de traitements plus lourds et un pronostic péjoratif.

## FEMMES ENCEINTES ET MÈRES EN GRANDE PRÉCARITÉ : ENJEUX FORTS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Dans son Rapport de surveillance de la santé périnatale en France (2022), Santé publique France rend compte de l'augmentation préoccupante du taux de mères précarisées en France en général. Le taux de mères en situation administrative irrégulière bénéficiant de l'Aide médicale d'État (AME) a ainsi augmenté de 1,6 % en 2010 à 2,5 % en 2019. En Île-de-France plus particulièrement, les mères sans abri étaient 5,8 % en 2010 contre 22,8 % en 2019 (Gomes et al., 2022).

## ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Parmi les femmes reçues en consultation médicale dans les Caso en 2021, près de sept femmes sur dix âgées de 15 ans et plus ont déjà été enceintes avant la consultation (69,8 %), que la grossesse ait été menée à terme ou non, et plus d'un quart (26,5 %) ont eu une maternité avant 20 ans (tableau 19). À titre de comparaison, dans la population générale en France métropolitaine, ce sont moins de 2 % des mères qui ont un enfant avant 20 ans (INSEE, 2019a). Au vu notamment du manque d'accès à l'éducation complète à la sexualité, aux contraceptifs et aux services de prévention parmi la population rencontrée, il serait intéressant d'analyser plus en profondeur cet écart significatif avec la population générale. Parmi les femmes ayant déjà été enceintes reçues en Caso, plus du quart (27,0 %) avaient moins de 18 ans lors de leur première grossesse et près d'une sur dix avait moins de 16 ans (9,9 %). Plus de la moitié des femmes ayant déjà été enceintes avaient eu entre une et deux grossesses (54,6 %) et 14,8 % plus de cinq grossesses.

TABLEAU 19 – ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES DE 15 ANS ET PLUS REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2021

	n	%
<b>Antécédents obstétricaux</b>		
<b>Grossesse antérieure</b>	496	69,8
Grossesse précoce (≤ 20 ans)	116	26,5
<i>Parmi les femmes ayant déjà été enceintes :</i>		
Âge de la première grossesse :		
15 ans ou moins	22	9,9
16-17 ans	38	17,1
18-24 ans	105	47,3
25 ans et plus	57	25,7
Nombre total de grossesses (enfant vivant, IVG, fausse couche) :		
1 à 2	207	54,6
3 à 4	116	30,6
5 et plus	56	14,8

Taux de réponses : déjà enceinte : 27,6 % (711 / 2 577 femmes de 15 ans et plus ayant eu une consultation généraliste).  
Âge grossesse : 44,7 % (222/496 femmes de 15 ans et plus ayant déjà été enceintes).  
Nombre de grossesses : 76,4 % (379/496 femmes de 15 ans et plus ayant déjà été enceintes).

## DES FEMMES ENCEINTES EN GRANDE PRÉCARITÉ

En 2021, sur les 2 171 adolescentes et femmes en âge de procréer (11 à 49 ans) reçues en consultation dans les Caso, 9,7 % sont enceintes. Ce résultat reste néanmoins sous-estimé puisqu'il prend uniquement en compte les femmes déclarées enceintes lors des consultations de médecine générale, et non lors d'autres entretiens (par exemple, avec l'assistante sociale). Parmi ces femmes enceintes, il s'agissait d'une première grossesse pour 30,7 % d'entre elles.

Parmi elles, une grande majorité est originaire d'Afrique subsaharienne (68,4 %), et 10,4 % du Maghreb. Elles sont plus de la moitié à être arrivées sur le territoire français depuis moins de trois mois (52,7 %) et sont plus d'un quart à vivre en France depuis une durée comprise entre trois et 12 mois (25,9 %). Majoritairement en couple (61,7 %), elles avaient en moyenne 28,2 ans et un cinquième des femmes en cours de grossesse (20,7 %) ont des enfants à charge en France.

## Les conditions de vie des femmes enceintes rencontrées dans les Caso sont particulièrement précaires.

Près de neuf femmes sur dix n'ont pas de logement personnel : **23,5 % des femmes enceintes sont sans domicile fixe** (à la rue ou en hébergement d'urgence de moins de 15 jours), 5,2 % vivent en squats ou bidonvilles, 58,8 % sont hébergées par des proches, un organisme ou une association. La situation administrative des femmes enceintes – comme pour l'ensemble des femmes reçues à MdM – est très précaire pour une majorité d'entre elles. Plus de la moitié (56,8 %) sont en situation irrégulière au regard du droit au séjour en France (vs. 48,7 % pour les autres femmes reçues, non enceintes). Ces données pointent une fois de plus les difficultés accrues d'accès aux soins des personnes en situation administrative irrégulière alors même que des dispositifs existent (les PMI par exemple). Près d'une femme sur cinq est en cours de demande d'asile (19,7 %). Concernant leurs droits à l'accès aux soins, la grande majorité des femmes enceintes (94,0 %) reçues dans les Caso ne possédait pas de couverture maladie en France.

*J'ai peur parce que quand on a un petit bébé, il faut avoir de l'eau, de l'eau chaude, de l'électricité... des endroits propres. [...] Et il n'y avait pas de chauffage... donc pendant la grossesse j'ai souffert beaucoup, principalement parce qu'au début c'était une grossesse difficile, donc c'était très compliqué pour moi d'être là... [Femme enceinte, programme 4i, Nantes, 2021]*

<sup>58</sup> Pour rappel, les personnes déclarant être hébergées (soit par de la famille, amis ; soit par un organisme ou une association pour plus de 15 jours ; soit par un réseau, collectif militant, hébergement solidaire).  
<sup>59</sup> Aiach, 2008.

**TABLEAU 20 – CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES DES FEMMES ENCEINTES REÇUES DANS LES CASO EN 2021**

	Femmes enceintes N = 212	
	n	%
<b>Âge moyen</b>	28,2	
<b>Logement</b>		
Personnel	18	11,8
Hébergée	90	58,8
Squat, campement	8	5,2
Sans domicile fixe (dont hébergement d'urgence < 15 jours)	36	23,5
Autre	1	0,7
<b>Situation familiale</b>		
Seule (avec ou sans enfant)	58	38,9
En couple (avec ou sans enfant)	91	61,7
<b>A déjà des enfants mineurs</b>		
Non	92	63,9
Oui	52	36,1
<b>Durée de résidence en France (étrangères uniquement)</b>		
< 3 mois	106	52,7
3 à 12 mois	52	25,9
1 à 3 ans	26	12,9
≥ 3 ans	17	8,5
<b>Couverture maladie</b>		
Droits ouverts	11	6,0
Droits non ouverts, pas de droit	172	94,0
<b>Demandeuse d'asile (en cours)</b>		
Non	114	80,3
Oui	28	19,7
<b>Situation administrative</b>		
Nationalité française	2	1,4
Étrangère en situation administrative régulière	62	41,9
Étrangère en situation administrative irrégulière	84	56,8

Taux de réponse : Logement : 72,7 % ; Situation familiale : 66,6 % ; Enfants mineurs : 68,4 % ; Durée de résidence : 95,8 % ; Couverture maladie : 82,7 % ; Demandeur d'asile : 69,9 % ; Situation administrative : 70,8 %.

**Cette grande précarité au regard du logement, et de la situation administrative notamment, accentue les difficultés d'accès aux soins et les conséquences délétères sur la santé de ces femmes** dans un contexte où, entre 2000 et 2017, la part des femmes en âge d'avoir une grossesse résidant à plus de 30 minutes d'une maternité a augmenté d'un tiers (Drees, 2021).

**33,3 % des femmes enceintes reçues dans les Caso – soit une sur trois – présentaient un retard de suivi de grossesse**, c'est-à-dire une absence de suivi après 12 semaines d'aménorrhée. Une situation administrative précaire sur le territoire ou une arrivée récente en France sont des facteurs augmentant le risque de surveillance insuffisante de la grossesse. Le suivi de grossesse peut aussi être entravé par des expulsions, des changements de lieux de vie successifs, une errance importante rendant difficile le respect des dates de consultations et des échéances (ORS Auvergne-Rhône-Alpes, 2019).

Ce défaut de surveillance prénatale chez les femmes enceintes en situation de précarité est très préoccupant pour la santé de la femme et de l'enfant : risques plus importants d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou d'enfants de faible poids à la naissance. Au cours des consultations de médecine générale, les médecins bénévoles des différents Caso ont ainsi évalué que **58,4 % des femmes enceintes reçues nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente**.

*On a accompagné à la Pass-périnatalité une maman enceinte de son septième enfant qui vit dans une cabane sans eau, sans électricité. La sage-femme lui recommande de se laver plus qu'une fois par semaine pour éviter les infections urinaires. Mais où se laver quand on n'a pas d'accès à l'eau et qu'on vit dans une cabane avec huit autres personnes ? Son col est déjà ouvert à cinq mois de grossesse. Le jour de l'accompagnement à la Pass, la femme était allée chercher de l'eau à une fontaine et tirait un chariot rempli de bouteilles d'eau. Enceinte, elle porte également son dernier enfant de 18 mois, car la poussette qu'elle avait a pris l'eau.*  
[Médiatrice en santé, programme Squats-Bidonville, Lyon, 2021]

## RECOMMANDATIONS

Un accompagnement adapté et renforcé des femmes enceintes et en post-partum vivant en situation de précarité est nécessaire pour réduire les risques liés aux grossesses pathologiques. Ainsi Médecins du Monde préconise de :

- Renforcer le suivi des consultations prénatales et développer l'accès des personnes en situation de précarité, quelle que soit leur situation administrative, aux séances de préparation à l'accouchement et aux groupes de parole et ateliers parentalité, avec offre d'interprétariat, afin de réduire la mortalité maternelle de ces femmes<sup>60</sup> ;

- Créer, à l'échelle territoriale, un dispositif responsable de la coordination des parties prenantes intervenant auprès des femmes enceintes ou en post-partum en situation de précarité et définir sa gouvernance. Ce dispositif permettrait de structurer un parcours de santé harmonisé et pluridisciplinaire capable de prendre en considération et de répondre à l'ensemble des besoins sociaux et sanitaires de ces femmes, y compris en matière de logement.

**PERCEPTION DE L'IMPACT DES HABITATS INSTABLES, INDIGNES, INFORMELS ET INSALUBRES (4i) SUR LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES ET EN POST-PARTUM (BORGI ET AL., 2022)<sup>61</sup>.**

Une réponse de santé publique adaptée ne peut se faire sans connaître la perception que les personnes concernées ont de leur santé et des facteurs qui peuvent l'impacter. Ainsi, MdM a réalisé une étude à Nantes auprès de femmes enceintes ou ayant récemment accouché et vivant en habitat 4i – à savoir instable, informel, indigne et insalubre.

Cette recherche permet de décrire la perception qu'ont ces femmes des facteurs ayant un impact sur leur santé, leur grossesse, leur perception du rôle de l'entourage au cours de la grossesse et de la période de post-accouchement.

**Les femmes enceintes ou ayant récemment accouché vivant en habitat 4i ont perçu un impact global négatif de leur lieu de vie sur l'ensemble des dimensions de la santé : physique, mentale, et sociale.**

- La santé mentale était perçue comme la dimension la plus impactée du fait de vivre en habitat 4i. La méconnaissance de l'avenir par rapport au logement et aux démarches administratives, la dépendance aux autres, l'isolement social et les conditions de vie inadaptées engendraient de l'inquiétude, du stress et de l'angoisse. L'exposition continue à ces facteurs affectait profondément le sommeil, le repos et la tranquillité des femmes, causant de la souffrance et de l'épuisement psychique.

- La perception d'insécurité alimentaire était la deuxième catégorie la plus souvent évoquée et mise en relation avec les habitats 4i. Les facteurs liés à cette perception étaient l'absence de cuisine dans les lieux de vie 4i et la distribution de nourriture inadaptée aux habitudes alimentaires et aux besoins de santé des personnes. Cette situation, conjointement aux difficultés financières, menait les femmes à sauter plusieurs repas et à chercher de la nourriture ailleurs.

- La souffrance et la fatigue physique, les complications au cours de la grossesse, le risque infectieux, et l'aggravation des pathologies chroniques ont été reliés aux conditions de l'environnement physique qui caractérisent les habitats 4i : absence d'accès à l'eau, fréquentes coupures d'électricité, difficultés à se chauffer proprement, l'exposition au froid, la faible hygiène et le partage de chambre avec d'autres personnes.

Être entourée par de la famille ou des amis a été perçue comme un facteur essentiel pour se sentir en bonne santé que ce soit dans les moments de difficulté ou des activités de la vie quotidienne. Au-delà de l'appui psychique, leur présence et leur aide leur permet de réduire l'effort physique et se reposer avant et après l'accouchement.

Les difficultés d'accès aux soins se traduisaient souvent dans des suivis de grossesse irréguliers et tardifs. Les longs temps d'attente (parfois jusqu'à un mois) avant d'obtenir un rendez-vous à la Pass, la barrière de la langue et la peur de la Covid-19 ont été évoqués comme facteurs de renforcement des impacts négatifs

de la vie en habitat 4i, et plus particulièrement impactant la qualité du suivi de grossesse. *A contrario*, la qualité de l'accueil lors des consultations de suivi de grossesse, la disponibilité des professionnels de santé pour répondre aux questions concernant la grossesse, la participation aux groupes de parole, avoir déjà eu des enfants et être entourée par des amis ou de la famille ont été perçus comme des facteurs favorisant un bon suivi de grossesse.

**Les besoins fondamentaux sont la priorité des femmes enceintes ou ayant récemment accouché.** Les personnes interrogées ont évoqué au cours des entretiens trois points principaux pour améliorer leur situation actuelle, qui ont été hiérarchisés de la façon suivante :

- avoir accès à un logement adapté (suffisamment spacieux, équipé avec une cuisine, accès à l'eau, à l'électricité, aux toilettes) et stable,
- pouvoir travailler et avoir une situation administrative régulière dans l'objectif de gagner son indépendance et son rôle social,
- être en bonne santé.

**Souvent ces trois points étaient évoqués conjointement ou reliés l'un à l'autre au cours des entretiens.**

Afin d'agir à la fois sur les causes et sur les conséquences des habitats 4i et améliorer la situation des personnes y habitant, MdM recommande :

- D'organiser la sortie de l'habitat 4i : en augmentant le nombre de places disponibles dans les dispositifs d'hébergement stables et adaptés à une vie digne ainsi que d'en faciliter l'accès. L'objectif est double, il s'agit d'une part de **réduire la pression sur les dispositifs d'hébergement d'urgence et hôtelier, qui proposent souvent des logements inadaptés**, et d'autre part, de promouvoir l'intégration sociale et l'indépendance de ces femmes, comme de toute autre personne vivant en habitat 4i.

- Développer un système d'aide alimentaire adapté permettant de respecter les besoins de santé et les habitudes alimentaires des personnes. Il s'agit d'une part d'**améliorer la qualité de la nourriture distribuée** et de **mettre à disposition des cuisines équipées et adaptées aux besoins** des personnes directement dans les lieux de vie 4i ou ailleurs.

- Favoriser l'intégration sociale par la facilitation des interactions de groupes ainsi que du partage d'information, et de la création de liens. Et d'autre part renforcer l'accompagnement des personnes dans leurs démarches administratives, leur permettant notamment l'accès au monde du travail.

- Faciliter l'accès au système de soins et proposer un accompagnement pluridisciplinaire transversal et continu par différentes figures professionnelles (sages-femmes, médiateurs en santé, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins généralistes, psychologues, pharmaciens, etc.) permettant d'évaluer chaque situation dans sa globalité et de proposer des solutions adaptées et efficaces.

<sup>60</sup> L'efficacité de ces interventions est documentée dans la littérature scientifique internationale qui décrit, parmi les participantes, une réduction du niveau d'anxiété et du sentiment d'isolement et, d'autre part, une augmentation de l'estime de soi et de la compétence parentale.

<sup>61</sup> Cette recherche fait l'objet de recommandations stratégiques à l'égard des décideurs publics. Elle permet de porter un plaidoyer local.

# 03

## LA PRÉVENTION ET LA VACCINATION COVID

### TESTER, ALERER, PROTÉGER

« Au moment où la pandémie de Covid-19 semble affirmer la vie comme bien suprême auquel on peut sacrifier, au moins temporairement, les principes essentiels de l'économie et nombre de libertés fondamentales, c'est cette même vie qui, lorsqu'il s'agit de migrants ou de réfugiés, se trouve maltraitée. » (Fassin, 2022)

Pour la deuxième année consécutive, en 2021 le monde fait face à la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Après les mesures déployées en 2020 (confinement, couvre-feu, fermeture de certains lieux), d'autres sont mises en place progressivement en 2021 tels que le passe sanitaire, le passe sanitaire européen et le passe vaccinal ainsi que la fin de la gratuité systématique des tests.

Dans le but de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression, le dépistage consiste à détecter la présence du virus chez les personnes a priori en bonne santé (avant l'apparition potentielle de symptômes). Les dépistages ont également concerné les personnes ayant des symptômes. La stratégie pour limiter la propagation de la Covid-19 repose sur le repérage précoce des symptômes, la réalisation de tests et l'isolement des personnes positives ainsi que des personnes ayant été en contact avec elles. Pour diffuser ces pratiques, en collaboration avec des associations dont Médecins du Monde, Santé publique France a notamment développé plusieurs outils (affiches, spots audio et vidéo, brochures en onze langues à destination de publics cibles sur la maladie, les mesures préventives, les tests, les vaccins) (SPF, 2022). Médecins du Monde est encore active et impliquée dans la réalisation de ces outils à destination des personnes en situation de grande précarité.

Jusqu'à la mi-octobre 2021, les tests de dépistage sont pris en charge par l'État. Passé cette date, les personnes majeures

non vaccinées et sans ordonnance doivent déboursier au moins 44 € pour un test virologique RT-PCR, 22 € pour un test antigénique ou 12,90 € pour un autotest. Or ces tests conditionnent l'obtention du passe sanitaire.

Toujours en état d'urgence (prolongé les 14 novembre 2020 et 15 février 2021), les prérogatives du ministère de l'Intérieur prévalent pour la gestion de crise. C'est dans ce cadre que le passe sanitaire a été mis en place dès le 9 juin. Il s'agit d'une présentation, numérique ou papier, d'une preuve sanitaire (certificat de rétablissement, test négatif de moins de 24H, ou schéma vaccinal complet supérieur à sept jours). Exigé d'abord dans les lieux et les événements qui rassemblent plus de 1 000 personnes, il conditionne ensuite progressivement l'accès aux lieux de loisirs, culture, restauration et trains jusqu'en juillet 2022. La mise en place du passe sanitaire dans les hôpitaux et rendez-vous programmés est extrêmement dommageable pour les personnes concernées. L'accessibilité à ce passe est encore plus complexe, voire impossible pour les personnes en situation d'extrême précarité rencontrées par Mdm, ainsi qu'en témoignent tous les acteurs concernés.

**Les protocoles de prévention (vaccination complète, quarantaine en cas de symptômes, isolement en cas de test positif, mesures barrières), pourtant indispensables pour endiguer la propagation de la maladie, ne sont pas accessibles de la même façon à toutes les personnes, cela dépend du gradient social.**<sup>62</sup> Ainsi, l'étude « PréPreC » de MSF réalisée en Île-de-France montre que la séroprévalence de l'infection liée au virus de la Covid-19 s'est révélée très élevée chez les personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement (52 % contre 12 % en population générale)<sup>63</sup> (Roederer et al., 2021). L'un des facteurs de risque d'être en contact avec le virus de la Covid-19 est celui de vivre dans la précarité et la promiscuité. D'après l'étude Covid-Homeless menée à Marseille par Mdm et l'APHM, les facteurs associés à l'infection par le SARS-CoV-2 sont le type d'hébergement (hébergement d'urgence, hôtel de mise à l'abri), le fait d'avoir

des contacts avec plus de cinq personnes par jour, de subir une perte récente de revenus et des difficultés d'accès aux produits d'hygiène (Humanitaires, 2020).

Or, les personnes rencontrées par Mdm vivent pour la très grande majorité dans des conditions de vie extrêmement difficiles. En effet 91,7 % des personnes reçues pour la

première fois dans les Casos en 2021 sont en habitat très précaire : à la rue, en bidonville, squat ou campement, ou en hébergement temporaire. Elles nécessitent donc une attention particulière, **car le dépistage de la Covid-19 est reconnu comme essentiel chez les personnes souvent logées en hébergement collectif (SPF, 2021b).**

### COVID-19 EN GUYANE : CRISES SANITAIRE ET POLITIQUE

Les vagues successives de Covid-19 et leur gestion ont mis à mal un système de santé guyanais fragile et sous-dimensionné. Les mesures particulièrement drastiques imposées par les autorités ont exacerbé des tensions politiques fortes : longues périodes de couvre-feu, longue fermeture de la frontière brésilienne, activités conditionnées à la détention du passe sanitaire, activités économiques restreintes.

Au 29 décembre 2021, la couverture vaccinale pour deux doses s'élève à 27,2 % en Guyane et 5,7 % pour la dose de rappel<sup>64</sup>. La population exprime sa méfiance vis-à-vis d'une part de la gestion de la crise sanitaire par l'État, son adaptation en Guyane, et des vaccinations en général d'autre part. Par exemple, l'association Trop Violans autour de *La caravane de la liberté* a multiplié les actions de blocage et les communiqués dans les médias contre l'obligation vaccinale : « **La gestion de la crise sanitaire par le préfet et l'Agence régionale de santé s'est trouvée au cœur d'enjeux et de revendications identitaires et anticoloniales. Elle a ainsi mis en exergue les contradictions traversant la société guyanaise face à cette pandémie, entre désir d'une plus grande protection nationale face aux contaminations venues de l'extérieur et volonté de s'affranchir des décisions préfectorales au nom des libertés et d'un désir de gestion strictement locale de la situation.** » (Granger, 2021)

**Entraves multiples et cumulées aux mesures de prévention, d'accès aux droits et à la santé**

D'une part le **défaut d'adaptation des messages** d'information et de prévention spécifiques entravent l'application des mesures de confinement, l'adoption des gestes barrières et l'accès aux soins.

D'autre part les **conditions de vie** des personnes précarisées telles que la promiscuité, l'insalubrité, l'exiguïté de l'habitat entravent les nécessités de distanciation ou de quatorzaine. En outre, les difficultés d'accès à l'eau et aux sanitaires ainsi qu'aux moyens d'hygiène favorisent la transmission. En effet comme pour les autres maladies infectieuses, les conditions de logement peuvent avoir un impact sur la transmission d'un virus entre les personnes vivant dans le même foyer (Baker et al., 2008 ; Rosenberg et al., 2020) par ailleurs les modalités d'hébergement et d'isolement soulèvent des questions éthiques et juridiques (SPF, 2022).

Par ailleurs, **l'arrêt de l'économie informelle** ainsi que le fonctionnement restreint du secteur social complexifient l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée.

Et enfin, **le cumul de comorbidités médicales et de fragilités sociales** expose à de potentielles complications en cas de contamination, notamment pour des personnes atteintes de maladies chroniques et ne bénéficiant que d'un accès irrégulier aux soins.

En effet, **les difficultés déjà prégnantes d'accès aux soins et aux droits des populations précarisées sont aggravées par les mesures liées à la pandémie en 2020**. D'une part, la réorganisation des services de santé, leur fermeture, la réduction de l'offre de consultations (services hospitaliers de Cayenne, PMI, centres de protection materno-infantile et du planning familial, etc.) mais aussi les contraintes sur la mobilité des populations (réduction ou arrêt des transports en commun, difficultés d'accès aux attestations de déplacement requises) entravent l'accès aux soins et à la prévention. En outre, la réorganisation des services publics de l'État tels que la non-réception du public, l'arrêt de délivrance de rendez-vous (à la caisse générale de sécurité sociale, en préfecture ou à la Caf) éloignent les personnes de leurs droits.

Deux études<sup>65</sup> réalisées par l'Institut Pasteur auprès de 1 500 personnes dans les laboratoires et centres de santé, démontrent qu'en octobre 2020, 23 % de la population vivant en Guyane a été infectée par le virus et 30 % à Cayenne. La comparaison des séroprévalences en fonction de la couverture sociale des patients corrobore l'hypothèse du lien entre précarité et risque d'infection. Ainsi les personnes bénéficiant d'une couverture type régime général ou régime des indépendants sont à 15 % de séroprévalence tandis que les bénéficiaires de l'AME ou les personnes sans couverture sociale sont à 30 %.

**Renforcer la prévention, l'accès aux soins et aux droits des personnes avec les partenaires institutionnels**

Dès le début de la pandémie, les équipes de Mdm ont interpellé l'ARS :  
- pour **l'intégration des personnes précarisées aux publics prioritaires éligibles à la vaccination** ainsi que l'adaptation des dispositifs proposés (actions hors les murs, de proximité, etc.)

<sup>62</sup> On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc. (M.-J. Moquet & Potvin, 2011).

<sup>63</sup> L'étude a été menée auprès de 818 personnes, entre le 23 juin et le 2 juillet 2020, réparties sur deux sites de distribution alimentaire, deux foyers de travailleurs et dix centres d'hébergement d'urgence, situés à Paris, dans le Val d'Oise et en Seine-Saint-Denis.

<sup>64</sup> On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc. (M.-J. Moquet & Potvin, 2011).

<sup>65</sup> Résultats de l'enquête « Epi-Covid » réalisée par l'Institut Pasteur de Guyane présentés dans la newsletter de l'ARS du 4 décembre 2020 « Covid-19- Lettre Pro »

- pour dénoncer le refus de la gratuité du dépistage pour les personnes sans droits ouverts, par plusieurs pharmacies et par l'un des laboratoires de Cayenne

Une veille conjointe avec le service de la Pass est réalisée pour documenter les **risques de refus et de renoncement aux soins** en lien avec la mise en place du passe sanitaire au centre hospitalier de Cayenne.

#### Lieux de vie et pandémie

En temps de pandémie, les expulsions des personnes vivant en lieux de vie informel aggravent la situation sanitaire. Aussi les équipes de MdM sont intervenues auprès des personnes exilées en campement sur le site de pointe Buzaré à Cayenne, permettant ainsi de mener des **accompagnements de santé et d'accès aux droits, le suivi de l'évolution de la situation et le soutien aux**

**personnes vivant sur le site**, afin, notamment que des solutions d'hébergement adaptées soient proposées à tous.

La campagne de dépistage sur le squat Galmot, dit Beijaflor, à Cayenne, a permis d'identifier un taux de positivité élevé (47 %) et des situations individuelles complexes. Pendant la campagne de dépistage, la préfecture a annoncé l'expulsion des personnes y vivant. L'interpellation des services de la préfecture et de l'ARS sur la situation de santé des personnes vivant dans les lieux a permis de repousser d'une dizaine de jours l'expulsion afin d'assurer le suivi des personnes positives. Toutefois, malgré les requêtes auprès des autorités, l'absence de propositions de logement a poussé la majeure partie des habitants à quitter les lieux avant l'expulsion. Elles ont ainsi été perdues de vue.

## LES BARRIÈRES D'ACCÈS À LA SANTÉ DEVIENNENT DES MURS

Initialement conçu pour encourager la vaccination contre la Covid-19, en étant imposé à l'entrée de centres des soins, le passe sanitaire risque fortement d'entraîner des freins supplémentaires pour l'accès et pour l'accompagnement aux soins. Dans ce cadre, le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que « *la mission de service public assumée par tous les soignants est de garantir l'accès aux soins pour tous. Les professionnels de santé quels que soient leurs modes d'exercice auront l'obligation déontologique de garantir à tous leurs patients des soins dans des conditions de sécurité optimales* » (Ordre des Médecins, 2021).

*Une mère non vaccinée contre la Covid-19 a accompagné ses deux jeunes enfants pour qu'ils puissent bénéficier des vaccinations obligatoires (ROR, DT Polio, coqueluche, etc.) : ne pouvant elle-même présenter de passe sanitaire, la vaccination de ses enfants a été refusée. [Équipe MdM, Caso, Nice, 2021]*

Le suivi médical régulier indispensable pour les patients atteints de maladie chronique a déjà pu être perturbé en raison des circonstances de la crise en 2020. De nombreuses études démontrent les liens directs et indirects de la pandémie de Covid-19 sur les personnes atteintes de maladies chroniques. Outre les perturbations liées aux contraintes des mesures de prévention, la pandémie a en effet soulevé des inquiétudes concernant l'accès aux soins de santé et a réduit la capacité de prévenir ou de contrôler les maladies chroniques (Hacker et al., 2021).

**Le passe sanitaire ajoute une barrière supplémentaire pour les patients. De plus, cet obstacle vient se cumuler aux conditions sociales, environnementales et économiques déjà délétères des patients des Caso, rendant encore plus improbable la perspective d'un accès juste et équitable aux droits et à la santé.**

*Mme A., d'origine syrienne, vit dans un squat à Vaulx-en-Velin, elle ne parle pas un mot de français et n'a pas pu rentrer dans l'hôpital sans passe sanitaire. Le rendez-vous a été décalé, mais Mme A. a accouché le jour du rendez-vous. La maternité ne l'avait jamais vue. [Équipe MdM, Caso, Lyon, 2021]*

*Un jeune homme récemment arrivé en France pour demander l'asile a été opéré suite à un accident sur la voie publique. Il est en possession de son attestation de demande d'asile et n'est pas encore éligible à une couverture maladie. Il se rend à l'hôpital pour son rendez-vous post-opératoire, on lui demande un passe sanitaire ou à défaut un test négatif. Il essaie successivement dans trois pharmacies alentour qui toutes lui demandent un règlement de 35 € qu'il n'a pas... Nous devons intervenir auprès de la Pass pour permettre son accès à l'hôpital (via un test sur place gratuitement) mais après avoir dû différer d'une semaine son rendez-vous. [Équipe MdM, Caso, Nice, 2021]*

En principe, toute personne peut soit télécharger son certificat Covid-19, soit obtenir une version papier au point de vaccination. Toutefois, pour les personnes en situation administrative irrégulière et n'ayant pas d'accès numérique, en cas de perte du document, il a été quasiment impossible d'en obtenir une autre copie en raison des lacunes bureaucratiques liées au numéro de sécurité sociale fictif requis (Merimi, 2021).

Par ailleurs, le déploiement à grand renfort dans les hôpitaux de vigiles pour assurer le contrôle des passes sanitaires constituait en soi un obstacle supplémentaire à l'accès aux dispositifs de santé. En effet, pour un certain nombre de personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour, habituées à éviter les différents contrôles de police dans les villes et les transports, les personnes en uniforme à l'entrée des hôpitaux suffisaient à leur faire rebrousser chemin en renonçant aux soins dont ils avaient besoin.

Médecins du Monde a dénoncé en août 2021 les entraves à l'accès à la santé pour les publics précaires n'ayant pas pu obtenir le passe sanitaire. En théorie, les seuls accès possibles pour ces personnes sont les Pass (permanences

d'accès aux soins de santé) ou les services des urgences déjà saturés. L'accès inconditionnel à la santé pour toutes et à tous n'est plus garanti, renforçant ainsi les différences de traitement des personnes déjà vulnérabilisées.

## PERSONNES EXILÉES À BRIANÇON : EXEMPLE D'INSTRUMENTALISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU TITRE DE LA COVID

Anne-Claire Defossez démontre dans son article comment « *la frontière est [...] le lieu où s'affrontent deux conceptions de la vie : celle qui fait du respect de la vie et de la dignité des personnes un principe supérieur, un droit inaliénable pour les exilés et un devoir inconditionnel pour les citoyens, et celle qui, au nom de la souveraineté de l'État, autorise à arrêter les personnes exilées pour les contrôler, les trier et, généralement, les renvoyer, au prix des risques vitaux et des pratiques indignes auxquels on les expose* » (Defossez, 2022). En octobre 2021, les personnes exilées venant de traverser la frontière franco-italienne au niveau des Alpes de Haute-Provence, n'ont plus accès au test Covid ni donc au passe sanitaire. L'équipe de Médecins du Monde constate que **la politique migratoire entrave à nouveau le parcours des personnes exilées et ne prend pas en considération les principes de santé publique en pleine épidémie de Covid.**

La stratégie de santé publique mise en place au sein du Refuge solidaire (lieu d'accueil des personnes de passage à Briançon) permettait, sans entraver leur parcours, de protéger la santé des personnes grâce à la mise en place de tests Covid assurés par la Croix-Rouge française deux à trois fois par semaine. La délivrance aux personnes négatives d'un passe sanitaire anonyme valable 72 heures leur permettait de poursuivre leur route jusqu'à leur stabilisation dans un lieu permettant leur vaccination. Les personnes testées positivement bénéficiaient d'une possibilité d'isolement dans un hôtel pendant sept jours.

Durant l'été 2021, la capacité d'accueil du Refuge solidaire est dépassée. Souhaitant mettre les autorités face à leur obligation de protection, les associations et les solidaires, en soutien au Refuge, interpellent, écrivent, alertent pour réclamer un dispositif d'urgence adapté au contexte briançonnais. Les Terrasses solidaires, hébergeur du Refuge, se voient contraintes de fermer le lieu d'accueil pour des questions de sécurité réglementaires. Les personnes hébergées sont alors mises à l'abri au sein de la paroisse Sainte-Thérèse pendant un mois. Durant trois semaines, n'ayant plus l'autorisation de l'Agence régionale de santé, la Croix-Rouge française ne peut plus effectuer de tests Covid. Afin de garantir les principes élémentaires de santé publique, les bénévoles de Médecins du Monde réalisent les tests Covid. Ils permettent ainsi aux personnes exilées de poursuivre leur parcours en dépit de la période de désengagement des autorités sanitaires. Après de longues négociations, la Croix-Rouge française peut revenir.

*« On n'oserait imaginer que cette stratégie de santé publique devienne un moyen de contrer la libre circulation des personnes, en les privant des possibilités d'accès aux droits élémentaires de protection de la santé individuelle et collective. C'est pourtant ce qui est en train de se passer sur la frontière italienne, à Briançon » (Rolland & Spira, 2021).*

## UN ACCÈS INÉGAL À LA VACCINATION COVID-19

Les modalités des campagnes de vaccination contre la Covid-19 se sont déclinées en plusieurs étapes. La première a débuté le 27 décembre 2020 dans quelques Ehpad. Puis les conditions logistiques (capacité de conservation, nombre de doses disponibles fournies par un seul laboratoire agréé) ont déterminé l'accessibilité en priorité au personnel soignant et personnes de plus de 75 ans. Les centres de vaccination se multiplient entre janvier et mars au rythme de la mise sur le marché de vaccins produits par d'autres laboratoires. Médecins du Monde s'est impliquée dans l'élaboration et le déploiement de la stratégie vaccinale Covid-19 dès le début. MdM a tout d'abord participé à la consultation publique menée par la HAS entre le 9 et le 30 novembre 2020, mettant en avant les conditions de vie spécifiques des personnes accompagnées dans ses projets. Ces circonstances pouvaient tout autant constituer des arguments en faveur d'une priorisation des personnes les plus précaires en matière de vaccination, que des éléments imposant une approche spécifique et intégrée de communication et de déploiement

de la vaccination en faveur des personnes les plus exclues. Malgré la multiplication des centres de vaccination, qui étaient jugés en nombre suffisant (sauf en Outre-mer), certains obstacles continuaient à limiter l'accès à la vaccination des personnes qui en faisaient la demande. **Au tout début du déploiement de la vaccination en faveur de la population générale, dont les personnes précarisées, les équipes de MdM ont observé des obstacles à l'enregistrement administratif des personnes** : en effet, tous les agents administratifs n'étaient pas informés du fait de pouvoir attribuer un numéro d'inscription au répertoire NIR fictif aux personnes sans droits ouverts. De plus, la prise de rendez-vous *via* Doctolib constituait une entrave pour les personnes en situation d'illectronisme. Elles sont alors contraintes de trouver un intermédiaire pour les aider à s'enregistrer. La prise de rendez-vous pour les personnes ayant des difficultés de mobilité ou en situation de travail informel a également constitué un obstacle. Ce n'est que bien plus tard que des plages de vaccination sans rendez-vous ont été rendues disponibles dans certains centres de vaccination. La non-utilisation de l'interprétariat professionnel dans un grand nombre de structures est une véritable source d'inquiétude (même quand il a été mis à disposition par

Médecins du Monde, comme à Saint-Denis par exemple) : en effet, il est nécessaire de s'interroger sur la qualité de l'information qui a été donnée aux personnes qui devaient être vaccinées et plus particulièrement sur le recueil des antécédents médicaux, l'obtention du consentement et sur les mesures de pharmacovigilance alors mises en place pour des produits d'utilisation récente.

À partir du 15 juin 2021, la vaccination est rendue accessible à toutes les personnes de plus de 12 ans mais des difficultés persistent pour les MNA de moins de 16 ans ne bénéficiant pas d'une prise en charge à l'ASE.

La stratégie de vaccination doit tenir compte des contextes spécifiques à ces populations et utiliser des outils adaptés (information, assurance de confidentialité, suivi des effets secondaires, etc.). Ainsi, pour favoriser la couverture vaccinale, Santé publique France recommande de « s'appuyer sur les approches bottom up qui intègrent les acteurs locaux et le travail collaboratif entre les acteurs du secteur social et du secteur médical sur le terrain, ainsi qu'au niveau départemental, régional et national ; les stratégies complémentaires de l'aller-vers via des équipes mobiles et du ramener-vers (centres de vaccination dédiés ou grand public avec un chemin facilité : pas de temps d'attente, sans rendez-vous, porte dédiée à part, accompagnement par professionnels de santé ou du social) ; ainsi que de l'importance d'engager et de mobiliser des relais communautaires ». Elle souligne également la nécessité d'« adapter les communications aux populations, [et de] mieux outiller les travailleurs sociaux en ce sens » (Chêne, 2021).

La mise en place du passe vaccinal en juillet contraint ou encourage la vaccination d'une partie de la population. D'un autre côté, elle isole encore une partie de la population qui ne peut ou ne veut pas être vaccinée.

Au 30 août la vaccination devient une obligation pour les acteurs du secteur médicosocial en contact avec les patients, sans laquelle l'exercice médical est interdit.

En septembre 2021 une campagne de rappel cible à nouveau les personnes les plus vulnérables, puis s'étend à toute la population de 18 ans et plus, puis aux 12-17 ans. Dès le mois de décembre, le renouvellement du passe sanitaire est conditionné par une dose de rappel à six mois.

Les enfants à risque âgés de 5 à 11 ans ont accès à la vaccination depuis le 22 décembre 2021.

Selon le rapport sur la vaccination contre la Covid en France au 31 décembre 2021 (Ministère de la Santé et de la prévention, 2021), un peu plus de 24 millions de personnes en France ont reçu une dose de rappel. Près de 53 millions de personnes ont reçu au moins une injection (soit 78,5 % de la population totale) et près de 52 millions avaient un schéma vaccinal complet (soit 76,8 % de la population totale).

L'étude de Santé publique France publiée en octobre 2021 (Chêne, 2021) sur une cohorte de 172 000 personnes précarisées<sup>66</sup> montre que la couverture vaccinale des personnes majeures en situation de précarité est plus faible qu'en population générale. Ainsi **74,9 % des personnes majeures en situation de précarité ont reçu au moins une dose (vs. 89,3 % en population générale) et 72,7 % d'entre**

**elles une vaccination complète (vs. 87,3 % en population générale).** La différence de couverture vaccinale avec la population générale est plus marquée chez les jeunes : -26,7 points chez les 18-24 ans, -19,9 points chez les 25-29 ans. L'étude des progressions comparées de la vaccination entre les populations générales et précarisées montre un taux de vaccination des personnes précarisées de 65 ans et plus moins important tout au long de l'année, avec un décrochage dès la première semaine de mars. La progression du taux de vaccination des 18-64 ans est égale ou supérieure chez les personnes précarisées en comparaison à celui de la population générale jusque début juin. En revanche, elle devient moins importante jusqu'à la fin de l'année. Le rapport ne procure pas de données pour les moins de 18 ans que ce soit en population générale ou précarisée.

Pour renforcer le déploiement et l'accès à la vaccination, Médecins du Monde s'est impliquée à plusieurs niveaux soit en vaccinant directement (programmes de Mayotte, Metz et Ajaccio) soit en ouvrant ses locaux à des partenaires (le Caso de Nice à l'équipe mobile santé précarité, celui de Toulouse à la Pass, celui de Saint-Denis au Conseil départemental 93 et au bus vaccination, le Caso et le bus de Nancy à un centre de vaccination de la métropole). De plus, les équipes ont systématiquement proposé des vaccinations lors des consultations médicales, une orientation vers les structures de vaccination, un appui à la prise de rendez-vous et au déblocage de certaines situations administratives. Le travail des équipes de médiation en santé dans la sensibilisation en amont des activités de vaccinations hors-les-murs est particulièrement précieux pour analyser l'acceptation et informer au mieux les personnes et groupes de personnes contactés.

Malgré cela, des résistances à la vaccination se sont maintenues dans certains groupes de personnes : elles étaient soit dues à des représentations en santé en opposition à la vaccination, largement nourries par les fausses informations circulant dans les communautés et sur les réseaux sociaux, soit en rapport avec une défiance tenace de groupes de personnes ou de populations s'estimant depuis longtemps discriminées à coup d'expulsions systématiques de leur lieu de vie ou de mauvais accueil dans les différents dispositifs administratifs.

Il était, dans ces conditions, utile d'intégrer la proposition de vaccination contre la Covid-19 lors de consultations individuelles de prévention globale de santé (dépistage VIH, hépatites, tuberculose, contraception, autres vaccinations de routine, etc.) proposant des orientations, pour les personnes qui le désiraient, à l'extérieur du lieu de vie et détachées du regard du groupe.

## MÉDECINS DU MONDE REVDIQUE UN ACCÈS UNIVERSEL AUX VACCINS COVID-19

La pandémie de Covid-19 a modifié notre perception sur l'accès aux traitements. Face au sentiment d'impuissance généralisé devant l'absence d'alternatives thérapeutiques à ce virus, l'arrivée des vaccins est venue apporter l'espoir d'une sortie de crise sanitaire. La circulation du virus, sans précédent, a confirmé auprès des dirigeants politiques et des citoyens la nécessité que les vaccins et les produits essentiels pour répondre aux besoins de santé des populations soient accessibles à toutes et tous, quel que soit leur pays d'origine.

En juin 2020, Emmanuel Macron avait lui-même défendu l'idée que le vaccin devrait être « un bien public mondial ». Cependant, dans les faits, en France comme en Europe, la crise de la Covid-19 n'a pas été suffisante pour remettre en cause les mécanismes défaillants de recherche, développement et production des innovations en santé sous-jacents aux inégalités d'accès pour tous. Si les premiers vaccins ARN-m se sont progressivement affirmés comme des technologies remarquablement prometteuses, depuis le début de la crise, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les pays du Sud et les organisations de la société civile dont Médecins du Monde tiraient les leçons du passé et s'inquiétaient des inégalités d'accès aux vaccins entre pays riches et pays pauvres.

Les premiers vaccins Covid-19 ont été mis sur le marché en décembre 2020. Quelques mois plus tard, en juin 2021, le « bien public mondial » restait lettre morte. Les fortes disparités de répartition des vaccins à l'échelle mondiale confirmaient le scénario redouté d'un nationalisme vaccinal, qui s'est traduit par l'accaparement des doses disponibles (81 %) par les pays du Nord, alors que les pays à faible revenu n'en ont reçu que 0,3 %, selon l'OMS.

Seul le partage de la technologie de production, avec la mise en commun des droits de propriété intellectuelle et des savoir-faire de production sur les vaccins, auraient permis une augmentation de leur production à l'échelle mondiale à même de combler les graves inégalités entre les pays. En ce sens, la proposition présentée en octobre 2020 par l'Inde et l'Afrique du Sud à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), et aujourd'hui soutenue par plus de 100 pays, était une réponse à ce problème et tenter de libérer les droits de propriété intellectuelle sur les technologies Covid-19, au premier titre desquelles les vaccins, de manière à permettre la production massive de versions génériques.

Contrairement, dans un contexte d'investissements publics massifs dédiés au développement et la mise sur le marché des vaccins, les dirigeants européens ont privilégié l'achat direct des vaccins Covid-19 auprès des laboratoires détenteurs de leur technologie de production dans des conditions opaques, onéreuses, voire désavantageuses pour les États européens, dont la France. Bien loin d'honorer les principes de coopération internationale et donner aux pays la possibilité de produire localement et de façon souveraine ces technologies essentielles, les dérives de l'Europe continuent à miser sur une logique de dons de doses, largement insuffisante pour endiguer une pandémie. Quant à la France, Emmanuel Macron, qui se veut le champion des vaccins comme « biens publics mondiaux », n'a cessé, lui et son gouvernement, de tergiverser pour finalement ne pas prononcer de soutien ferme à la levée des brevets sur les vaccins notamment, proposée par les pays du Sud (De Botton & MdM, 2021).

Or, la recherche et le développement de vaccins à ARN-m ont été rendus possibles grâce au soutien public à la recherche fondamentale pendant des décennies. À lui seul, le National Institutes of Health (Institut national de la santé américain) a alloué 17,2 milliards de dollars entre 2000 et 2019. Depuis 2019, le montant des fonds publics et philanthropiques pour le développement puis la production et l'approvisionnement de vaccins contre le Covid-19 est estimé à 51,1 milliards de dollars (Kiszewski et al., 2021). Au lieu de soutenir la proposition des pays du Sud cherchant à lever les monopoles, tenus par les brevets concédant des droits exclusifs sur ces produits de santé, nos dirigeants continuent ainsi de choisir la voie du business as usual, toujours si lointaine des besoins de santé publique.

C'est pourquoi Médecins du Monde continue à défendre la santé pour tous en poussant le soutien de la France au partage de l'ensemble des technologies nécessaires pour répondre à la pandémie. Afin de lever les obstacles posés par le cadre normatif européen, Médecins du Monde a également rejoint l'Initiative citoyenne européenne « Pas de profits sur la pandémie » visant à collecter un million de signatures de concitoyens européens. Cette mobilisation pousse la Commission européenne à s'engager à faire des vaccins et des traitements anti-pandémiques un bien public mondial, librement accessibles à tous.

### LES FREINS À LA VACCINATION

**Bien que priorité mondiale et engagement des gouvernements des pays européens, la vaccination n'est pas accessible de façon équitable d'un pays à l'autre, d'une population à l'autre.**

La pandémie de Covid-19 a révélé la fragilité et l'inadéquation des systèmes de santé dans le monde, dévoilant des lacunes majeures de protection sociale et soulignant l'importance de l'accès à la prévention et aux soins de santé pour tous. Selon Caritas Rome, en Italie les autorités lancent en juin 2021 « la vaccination de masse » en injectant un million de doses par jour, or près de 700 000 immigrés sans papiers ou

étrangers en demande de régularisation sont exclus de ces campagnes. En Grèce, accéder aux services de santé s'avère tout aussi ardu : plus de 50 000 personnes sans papiers, dans l'impossibilité de fournir un numéro de sécurité sociale, sont privés de vaccination (Panara, 2021).

Les freins de l'accès à la vaccination sont les mêmes que pour l'accès aux soins de santé primaires, mais en tension dans des conditions de vaccination impérative sur un temps restreint : **barrières linguistiques, problèmes de confiance, perception de ne pas en avoir besoin ou d'être exclus du droit et de l'accès.** Les témoignages des personnes reçues dans les Caso et rencontrées en programmes d'« aller-vers »

<sup>66</sup> Échantillon identifié par la Cnam sur l'indication de complémentaire santé (bénéficiaires de la C2S, de l'AME, personnes sous tutelle, sans accès aux droits de l'assurance maladie).

recouper l'étude réalisée en Grande-Bretagne auprès des sans-papiers, des demandeurs d'asile et des réfugiés (Deal et al., 2021).

Affectés par la défection de l'État en 2020, leur sentiment d'isolement et de **défiance envers les institutions étatiques** s'est accrue. Ce manque de confiance pouvait exister en amont, notamment vis-à-vis des messages du gouvernement mais aussi des problèmes d'accès aux droits, à la gratuité des soins et la crainte de l'implication du ministère de l'Intérieur dans la campagne de vaccination en lien avec le ministère de la Santé (à l'instar de la déclaration d'urgence sanitaire nationale, ou possible intervention dans les lieux de vaccination).

Ce sentiment **d'abandon en 2020** (retards importants dans leur demande d'asile, inexistence d'hébergement digne permettant notamment une distanciation sociale,

dématérialisation à outrance) est amplifié par des messages peu clairs, et engendre la crainte d'être **exclus du processus de vaccination**.

La vaccination a parfois été estimée **non indispensable** (versus les remèdes naturel ou l'isolement), ou **peu sûre** (effets secondaires potentiels, tests insuffisants du vaccin garantissant sa validité et sa sûreté). Ces réticences sont engendrées par des **messages peu clairs** (formulation, langue), les réseaux sociaux et le bouche-à-oreille.

L'accessibilité est un facteur important (garantie de l'anonymat, crainte des déplacements, information confuse sur les dates et lieux de vaccination). En effet la disponibilité dans les lieux connus et de confiance est rassurante. **Les coûts associés au vaccin**, à la fois directs (inconnue sur la gratuité) et indirects (les déplacements) est également un facteur majeur de non-recours.

### LE DIFFICILE ACCÈS À LA VACCINATION POUR LES MNA CONTRE LA COVID-19

Les MNA, en tant que population vulnérable (Douglas et al., 2020), sont plus exposés au risque d'infection par la Covid-19 du fait de leurs conditions de vie (rue, squat). Leur vaccination est une nécessité.

Cependant, leur accès à la vaccination contre la Covid-19 a été problématique et confus. En effet, si dès le 15 juin 2021 la vaccination est devenue accessible aux mineurs, sous réserve d'une autorisation écrite d'un parent ou d'un tuteur et du consentement oral du mineur, l'absence de représentants légaux a empêché les MNA d'y accéder.

La loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a apporté des précisions à propos des personnes pouvant autoriser la vaccination contre la Covid-19 des mineurs non accompagnés :

- Pour les enfants non accompagnés d'au moins 12 ans confiés aux services de l'ASE ou à la PJJ, la vaccination peut être autorisée par le président du Conseil départemental ou par le directeur interrégional de la PJJ ;
- Pour les MNA non encore pris en charge par l'ASE (car non encore évalués ou non reconnus mineurs et/ou isolés), l'autorisation peut être délivrée par le juge en urgence ;
- Dans tous les cas, pour les mineurs âgés de plus de 16 ans, le seul consentement du jeune est nécessaire.

En pratique, la mise en place de ces conditions d'accès à la vaccination pour les MNA de moins de 16 ans non encore pris en charge par l'ASE rend difficile voire

impossible leur vaccination. Les équipes de Médecins du Monde ont observé à ce sujet une période de confusion pour les différents acteurs de santé : à Paris par exemple, un juge des enfants saisi afin d'autoriser la vaccination d'un MNA de moins de 16 ans non pris en charge par l'ASE s'est déclaré incompétent en la matière, au motif qu'il ne pouvait pas accorder cette autorisation tant qu'il n'avait pas statué sur la minorité et l'isolement du jeune, c'est-à-dire avant qu'une décision de placement ne soit prise.

Ainsi, alors que la mise en œuvre du passe sanitaire est étendue aux mineurs âgés de 12 ans et plus au 30 septembre 2021, de nombreux MNA n'ont pas pu avoir accès à la vaccination contre la Covid-19, et donc au passe sanitaire, entraînant notamment des difficultés d'accès aux services de santé.

Afin de contourner ces difficultés, certaines ARS ont autorisé les MNA de moins de 16 ans qui n'étaient pas encore pris en charge par l'ASE à être accompagnés par un adulte de leur choix et de consentir à la vaccination devant ce témoin, sans autre autorisation, en application de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique<sup>67</sup>.

La reconnaissance de la minorité et de l'isolement devient de plus en plus cruciale dans le parcours des MNA et conditionne souvent leur accès aux droits et aux soins. Or les procédures d'évaluation de l'âge sont souvent biaisées et inexactes<sup>68</sup>, laissant de nombreux MNA sans protection.

« À un moment où l'État et les Conseils départementaux en charge de la protection de l'enfance auraient plus que jamais dû endosser leur rôle de protecteur face à la pandémie en reconnaissant la présomption de minorité comme principe directeur pour la prise en charge des MNA en recours, la dépendance de ces jeunes aux réseaux des associations et des citoyens solidaires s'est montrée de façon criante ». Il s'agit de tirer les leçons de cette crise qui démontre « **l'intérêt de protéger les jeunes, pendant mais aussi en dehors du contexte pandémique, afin qu'ils soient placés dans un cadre contenant et protecteur qui résistera aux soubresauts des crises à venir** » (MSF & Comede, 2021b).

#### RECOMMANDATIONS

La pandémie de Covid-19 a de nouveau révélé qu'il est de la plus haute importance d'identifier les exclus du droit commun et d'adapter les programmes de prévention, d'information et de vaccination quelle que soit la maladie transmissible en question. Médecins du Monde recommande que :

- Les campagnes d'information soient claires, accessibles et personnalisées, coproduites et diffusées par des sources fiables au sein des communautés de personnes précarisées, marginalisées ;
- Les enfants se déclarant mineurs, quel que soit leur statut officiel (reconnu ou non comme tel) aient un accès égal aux soins ;
- Les stratégies de santé publique ne soient pas un moyen de contrer la libre circulation des personnes.

<sup>67</sup> Pour les personnes qui indiquent être mineures et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle.

<sup>68</sup> Cf. encart « Le fichage des MNA : atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant », Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France, 2019, p. 40.

## 04

# LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES PERSONNES AUX TRAJECTOIRES DE VIE DIFFICILES ET SOUVENT MARQUÉES PAR LA VIOLENCE

## LES POINTS ESSENTIELS

- Les demandeurs d'asile reçus dans les Caso présentent deux fois plus souvent des troubles psychologiques (plus de 14 %) que les autres patients étrangers (plus de 7 %).
- Parmi les personnes ayant rempli un dossier de violences subies, 78 % d'entre elles ont été victimes de violences dans leur pays d'origine, 63 % d'entre elles pendant le trajet migratoire, et 18 % en France.
- Près de 44 % ont déclaré avoir eu faim tout au long de leur trajectoire y compris en France.
- Près de la moitié des femmes victimes de violences ont été agressées sexuellement.

La santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 1946). Certains troubles de santé mentale sont caractérisés par un diagnostic médical basé sur des critères définis par les classifications de référence (CIM, DSM). Cela renvoie à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées, répondant à des troubles de durée variable, plus ou moins sévères et invalidants. Ils peuvent se manifester sous différentes formes, et se caractérisent généralement par un ensemble « anormal » de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Parmi les différents troubles mentaux, nous retrouvons les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux ainsi que les troubles du développement.

Dans son article « La précarité et ses effets sur la santé mentale », Jean Furtos alerte sur cette notion de bien-être devenu non pertinente (Furtos, 2011). Il s'agit, selon lui, plutôt d'une **santé mentale qui devrait être « définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte »** (Furtos & Laval, 2005).

Les personnes rencontrées dans les Caso sont de celles qui, parfois afin d'échapper à la mort, la violence, l'extrême misère ou d'autres fois pour accomplir un projet de vie, poursuivent leur route faisant face à de multiples dangers au long de leur migration hors d'Europe et au sein de l'espace Schengen, notamment aux frontières internes. « Elles n'ont d'autre choix que de risquer leur vie pour pouvoir, tout simplement, la vivre » (A.-C. Defosse, 2022).

## DES PATIENTS AUX DÉTRESSES PSYCHOLOGIQUES EXTRÊMES

La détresse psychologique ébranle les capacités de l'individu à répondre et à conduire des activités quotidiennes indispensables et à pouvoir prendre soin de soi et d'autrui. Elle se distingue des troubles psychiques tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs caractérisés ou les troubles psychotiques. Ces troubles peuvent avoir, s'ils ne sont pas pris en charge, des conséquences importantes en termes de morbidité ou d'invalidité psychosociale (MdM, 2017). Cette terminologie est utilisée en codage CISP par les médecins des Caso, toutefois la détresse psychosociale décrite par

l'OMS est particulièrement adaptée à la situation des personnes rencontrées par les équipes de MdM. Il s'agit d'un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiqués et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), **elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte par des professionnels. Lorsque cette détresse psychologique est liée à une problématique sociale (par exemple perte de son logement, de son travail, situation de précarité, etc.), elle est appelée souffrance psychosociale (ou souffrance psychique d'origine sociale) (OMS, 1946).**

Il est difficile d'aborder les questions de violences au cours d'une seule consultation médicale. Or, les patients reçus dans les Caso consultent en moyenne moins de deux fois. Parler des violences que l'on a subies, exprimer des expériences douloureuses est difficile à faire dans une langue qui n'est pas la sienne. Par ailleurs, le manque de dispositifs spécialisés rendent l'orientation des personnes vers le droit commun difficile<sup>69</sup>. Pour toutes ces raisons, les données quantitatives relatives à la santé mentale collectées dans les Caso sont sous-estimées. En revanche, les équipes des Caso et programmes de MdM rapportent ces douleurs que les personnes vivent ou ont vécu.

En 2021, 13 345 consultations de médecine générale dans 14 Caso ont permis de diagnostiquer des troubles psychologiques ou psychiatrique chez 647 patients. Le taux est plus important en 2021 que lors des deux dernières années (9,2 % en 2021, 8,3 % en 2020 et 8,2 % en 2019) (tableau 21). Toutefois la langue peut être un biais dans le diagnostic des troubles psychiatriques ou psychologiques des patients (17,0 % de nationalité française contre 9,0 % pour les étrangers) quand l'interprétariat professionnel est insuffisamment utilisé en médecine générale. Les pathologies d'ordre psychologique ou psychiatrique ont été diagnostiquées plus fréquemment pour les patients majeurs (9,6 %) que chez des patients mineurs (6,7 %).

TABLEAU 21 -- TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE DIAGNOSTIQUÉS CHEZ LES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE, 2021

	n	%
<b>Troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués</b>	<b>647</b>	<b>9,2</b>
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques	456	6,5
Syndromes dépressifs	123	1,8
Autres problèmes psychologiques	50	0,7
Usage abusif de substances psychoactives	37	0,5
Psychoses	30	0,4

Taux de réponse : 78,1 %.

Les conditions de vie impactent fortement la santé mentale des personnes puisque les personnes étrangères sans domicile fixe (dont hébergement d'urgence inférieur ou égal à 15 jours) sont plus fréquemment diagnostiquées pour des troubles d'ordre psychologique (11,2 %) que les personnes logeant dans des squats/bidonvilles (6,6 %) ou celles vivant dans un logement personnel (6,5 %).

*Tout ce stress-là a amené à tout ce que je vis actuellement, parce que le fait de me demander chaque fois « où je vais dormir ce soir ? », « Qu'est-ce qu'il va se passer ce soir ? »... tout ça dans la tête, être enceinte ce n'est pas facile... j'allais presque avoir un déclenchement à quatre mois et demi de grossesse... Et maintenant là, je n'ai même pas pris l'attente de neuf mois... Le fait de n'avoir pas un environnement stable, c'est pas évident... C'est pas du tout évident... [Personne concernée, programme 4i, Nantes, 2021]*

Par ailleurs, en dehors des consultations avec un médecin généraliste, des consultations psychologiques ou psychiatriques sont également possibles dans neuf Caso. Ce sont les consultations spécialisées les plus fréquentes en 2021 avec 523 patients pris en charge lors de 1 603 consultations, soit en moyenne 3,1 consultations par patient. La quasi-totalité a été diagnostiquée pour des troubles anxieux (94,1 %) et 28,8 % pour des syndromes dépressifs.

## MINEURS NON ACCOMPAGNÉS : UNE SOLITUDE ABYSSALE

Les équipes de Médecins du Monde rencontrent principalement des enfants et adolescents démunis, perdus, abîmés par leur parcours de vie, leur parcours migratoire, les conditions d'accueil en France, le refus des autorités de croire leur parole et la remise en cause incessante de leurs documents d'état civil. Nous constatons que les enfants non accompagnés, parce qu'ils ont fait l'expérience de parcours migratoires parfois longs, éprouvants et dangereux et qu'ils ont dû survivre dans des conditions de forte précarité constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires et aux troubles post-traumatiques. Par ailleurs, ils vivent dans un climat d'insécurité permanente, nécessitant une adaptation à des contextes, des lieux de vie, des règles et des langues pour assurer leur survie [Primo Levi et MdM, 2018].

Dans un avis publié en 2019, le Haut conseil de la santé publique (HCSP), indiquait que « toutes les études convergent pour établir que les enfants étrangers isolés présentent des troubles psychiques et des troubles du comportement importants et plus fréquents que leurs pairs accompagnés et que les adolescents en population générale ». Il précise que « ces troubles sont par ailleurs repérés tardivement et moins bien pris en charge que pour les autres mineurs ». Enfin, il est indiqué, s'agissant de la santé psychique de ces enfants, que :

- Le syndrome de stress post-traumatique concerne jusqu'à la moitié des enfants isolés étrangers ;
- Chez près de la moitié des enfants étrangers isolés la résilience est plus ou moins avérée, elle n'exclut nullement la présence de conduites à risque (consommation de drogue, travail sexuel) ;
- La dépression et l'anxiété constituent elles aussi des risques

<sup>69</sup> En outre, l'encodage de ces violences par les praticiens des Caso est parfois différé et non renseigné systématiquement.

importants pour les enfants étrangers isolés ; leur prévalence (dépression : 15 % à 23 % des troubles psychiques ; anxiété : 9 % à 50 %) est supérieure à celle rapportée dans la population générale ;

- Les autres troubles psychiques repérés sont les suivants : agoraphobie, phobies, dépression chronique, troubles du sommeil [HCSP, 2019].

Parmi les mineurs non accompagnés reçus en Caso, 274 ont réalisé une consultation de médecine générale avec en moyenne 1,4 consultations par MNA. Ils ont été diagnostiqués pour **les troubles anxieux (12,0 %)**. Une étude rétrospective menée en 2019 au sein de la Pass de l'Hôtel-Dieu décrit l'état de santé des populations se déclarant MNA et non reconnues comme mineures et révèle des prévalences de pathologies graves dont des psycho-traumatismes, suspectés chez 27,7 % des patients (Hourdet et al., 2020).

*La majorité des mineurs non accompagnés est en souffrance psychique mais n'en parle pas spontanément. Parfois, des symptômes physiques masquent cette souffrance. Ils se sont habitués à vivre avec l'anxiété, les troubles du sommeil, la fatigue, les troubles de l'attention, la culpabilité qui font partie de leur quotidien et ils ne pensent pas toujours à en parler. Par ailleurs, ils sont souvent méfiants, ils ne savent plus à qui faire confiance après avoir été trompés à de nombreuses reprises par les adultes [Médecin psychiatre et référent santé mentale, programme MNA, Paris, 2019]*

Arrivés en France et « dépourvus de protection, de statut administratif et de représentation légale, les jeunes [MNA] se savent isolés et vulnérables. En réaction, certains développent un trouble psychique » (MSF & Comede, 2021a).

Au-delà de leur parcours migratoire, les conditions d'accueil et de prise en charge sur le territoire français précarisent ces jeunes. Les MNA reçus dans les Caso témoignent ainsi du cumul de plusieurs situations potentiellement traumatisantes : absence d'hébergement stable pour 99,0 % d'entre eux ; absence de scolarisation pour 80,8 % d'entre eux malgré une forte volonté d'y accéder. Ces données corroborent le rapport MSF/Comede qui note que « l'absence des proches crée un sentiment de solitude abyssal chez les MNA. Cet isolement intervient à un moment où les jeunes sont encore censés bénéficier de l'étayage parental. Par ailleurs, ces jeunes possèdent une grande capacité à créer des liens. Malheureusement, elle est souvent mise à mal par la discontinuité des parcours de vie en France. Ces ruptures font écho à des ruptures antérieures à l'exil et risquent d'aggraver la souffrance psychique des jeunes » (MSF & Comede, 2021a).

Les médecins des Caso MdM ont diagnostiqué autant de troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique parmi les MNA (13,5 %) que parmi les autres mineurs de 11 ans et plus (10,8 %). En revanche ils sont plus nombreux à avoir évoqué des violences subies, avec 11,1 % d'entre eux concernés (3,2 % pour les autres mineurs de 11 ans et plus). Des données désagrégées des violences vécues par les MNA du pôle santé mentale de MSF et du Comede permettent de détailler les types de violence : 17 % des jeunes sont originaires de zones de guerre et de conflits, 36 % ont été témoins d'actes violents, 21 % déclarent avoir traversé une

zone de guerre ou de conflits sur le chemin de l'exil, 72 % ont traversé la Méditerranée sur une embarcation de fortune (MSF & Comede, 2021a).

Pourtant, la santé est insuffisamment prise en compte dans le parcours des mineurs isolés, que ce soit lors de l'évaluation de leur situation, lorsqu'ils sont confiés à l'ASE ou pendant leur prise en charge. Dans son rapport annuel 2021 consacré aux droits de l'enfant, le Défenseur des droits (DDD) constate que la prise en charge éducative et médicale de ces enfants et particulièrement défaillante : mise à l'abri dans des conditions précaires, évaluation par des personnels peu formés à l'appréhension des troubles psychiques et du psycho-traumatisme, entretien dès la présentation du jeune sans temps de répit, placement à l'hôtel, etc. Le DDD rapporte que « la prise en charge en santé mentale est inadaptée et plus souvent encore inexistante », ajoute que « dans nombre de départements, aucun parcours de soins en santé mentale n'est envisagé, réfléchi et mis en place » et rappelle que « si les MNA doivent faire l'objet d'un premier bilan comprenant un examen médical complet au moment de leur prise en charge, celui-ci, lorsqu'il a lieu, ne fait pas, dans l'immense majorité des cas, une place suffisante aux troubles psychologiques ou psychiatriques » [DDD, 2021].

Des observations similaires sont constatées concernant des MNA dits en conflit avec la loi. Ainsi, la mission MNA de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) rapporte « une recrudescence des actes auto-agressifs (automutilation, tentative de suicide, suicide, etc.) des MNA poursuivis dans un cadre pénal. Le plus souvent, ces actes ont lieu lorsque le mineur est incarcéré. En 2020, 170 incidents ont en effet été signalés par les services de la PJJ, et considérés comme suffisamment graves pour être relayés, concernant des MNA (soit un peu plus de 14 % de l'ensemble des faits transmis à l'administration centrale). Sur ces 170 incidents, 109 ont lieu en détention, soit environ 64 % » (Ministère de la Justice, 2020).

#### DEMANDEURS D'ASILE, UN PROCESSUS DE RÉSILIENCE DIFFICILE

**En 2021, 130 demandeurs d'asile ont été reçus lors de 525 consultations psychologiques ou psychiatriques, soit une moyenne de quatre consultations par personne.**

Les pertes et les traumatismes associés à leur parcours prémigratoire constituent des facteurs de stress. De plus, l'incertitude de leur avenir dans la société d'accueil impacte leurs souffrances psychiques. Parmi les étrangers vivant en France, les personnes dont la demande d'asile est en cours ont 1,9 fois plus de risques de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique que les autres patients étrangers. Ceux victimes de violences ont 2,2 fois plus de risques de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique par rapport aux autres patients étrangers (tableau 22). En outre, être demandeur d'asile (15,5 %) ou avoir été exposé à des violences (20,0 %) est statistiquement associé à la présence de troubles psychologiques ou psychiatriques lors la première visite dans les Caso. Les personnes en cours de demande d'asile sont davantage atteintes de troubles d'ordre psychologique (15,5 %) que les autres étrangers (7,2 %).

La survie quotidienne, la recherche de nourriture, etc., engendrent du stress avant et pendant la migration. En outre, lorsque leur vie, ou celle de leurs proches, est en danger, ce stress est tellement intense qu'il impacte les capacités d'adaptation. Les demandeurs d'asile ne sont

pas tous en situation de stress post-traumatique, en effet les primo-arrivants peuvent être toujours en état de stress (guerre, ou clandestinité) qui peut être aigu pour certains d'entre eux (Papazian-Zohrabian & Rousseau, 2019).

Pour Garine Papazian-Zohrabian, les demandeurs d'asile sont dans un no man's land. En effet, que ce soit dans les pays d'origine ou de transit, ils laissent derrière eux des biens et des liens. Ils peuvent être l'objet de plusieurs pertes (statut social, contexte de vie, école ou pertes symboliques). Ils font

l'expérience de perte ambiguë (personne physiquement absente et psychologiquement présente dont ils ne peuvent faire le deuil). Or, pour être en deuil, il faut être en situation de perte définitive. **Tant qu'ils sont suspendus à la réponse de demande de l'asile, ils sont dans l'incertitude, dans l'angoisse. Ne pouvant être en repère d'une perte définitive, ils ne peuvent donc pas faire leur deuil de leur pays d'origine et entamer un processus de résilience.**

**TABLEAU 22** – CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU DIAGNOSTIC DE TROUBLES PSYCHOLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE, 2021

	Troubles psychologiques ou psychiatriques		
	n	%	OR
<b>Ensemble des patients étrangers</b>	<b>613</b>	<b>9,0</b>	
<b>Sexe</b>			
- Homme	448	9,7	Réf
- Femme	164	7,6	0,9 <sup>ns</sup>
<b>Âge</b>			
- Moins de 11 ans	10	2,6	0,3*
- 11-17 ans	43	11,6	2,0**
- 18-34 ans	345	9,8	réf
- 35-49 ans	173	10,3	1,2 <sup>ns</sup>
- 50 ans et plus	42	5,1	0,6*
<b>Demandeur d'asile (en cours)</b>			
- Non	257	7,2	Réf
- Oui	167	15,5	1,9***
<b>Victime de violences</b>			
- Non	526	8,3	Réf
- Oui	87	20,0	2,2***
<b>Seul en France (célibataire ou MNA)</b>			
- Non	91	6,0	Réf
- Oui	355	10,0	1,5**

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 ns : non significatif.

Modèles multivariés réalisés sur 4 378 étrangers reçus en consultation médicale et ayant répondu à l'ensemble des items.

Lecture : Indépendamment des autres variables du modèle, les étrangers victimes de violences ont 2,2 fois plus de risques de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique par rapport aux autres patients étrangers (p<0,001 et OR=2,2).

## LES VIOLENCES TOUT AU LONG DU PARCOURS JUSQU'AU PAYS D'ACCUEIL

La plupart des personnes qui migrent sont en bonne santé au départ. Les conditions de migration et de vie dans les pays de transit et d'accueil peuvent la dégrader. Ainsi plusieurs études (Fassin & André, 2019) ont montré qu'un **pourcentage élevé de personnes migrantes souffrent des épisodes de violence dramatiques liés aux migrations, incluant les agressions psychiques, physiques, les tortures, les privations et les violences sexuelles, ont été témoins de la mort de proche ou ont été menacés de mort.**

Depuis 2014, plus de 29 000 décès sont répertoriés sur les routes migratoires vers l'Europe. Depuis le début 2021, ce sont au moins 5 684 décès qui sont recensés sur les routes migratoires à destination et au sein de l'Europe (dont 2 836 décès sur la route de Méditerranée centrale, en augmentation par rapport aux décès enregistrés entre 2019 et 2020 (2 262 décès) et 1 532 décès sur la route Afrique de l'Ouest-Atlantique vers les îles Canaries espagnoles). Sur ces deux longues et dangereuses routes maritimes, il est fort probable que les données de l'année en cours soient incomplètes. Depuis 2021, des augmentations du nombre de décès sur de nombreux autres itinéraires européens ont été documentées par rapport aux années précédentes. Il s'agit notamment de ces morts à la frontière terrestre entre la Turquie et la Grèce (126 décès documentés) (OIM, 2022).

À l'image de ces hommes, femmes et enfants qui parfois chassés, parfois accueillis, tentent de rejoindre l'Europe, essaient de franchir des cols, des mers, des frontières, les migrants reçus dans les Caso viennent parfois déposer « ces morts dont le souvenir les hante, ces disparitions en mer qui ne laissent pas de traces, ces corps retrouvés qui restent anonymes » (A.-C. Defossez, 2022).

L'étude conduite par MdM concerne les violences subies en Libye, en Italie et en France. Pendant le parcours migratoire en Libye, les migrants ont subi à grande échelle des violences directes et indirectes. Les femmes ont notamment été très exposées aux violences sexuelles. En Italie, les personnes exilées ont largement signalé le manque d'accès aux structures de soins. Ce sont surtout des problèmes liés aux conditions de vie et d'hébergement qui ont été pointés en France. En raison de l'importance des violences directes subies en Libye, le manque d'accès aux soins en Italie et le manque d'accès à l'hébergement en France, des actions de dépistage et un accompagnement de ces populations pour accéder à leurs droits et au système de santé s'avèrent indispensables. En effet, les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans le repérage de la violence subie et l'objectivation des conséquences de celle-ci chez une population déjà invisibilisée par des conditions d'accueil et des situations administratives souvent précaires. (Request & Rolland, 2019)

Ainsi, les équipes de MdM reçoivent dans les Caso des personnes aux trajectoires les plus souvent complexes, susceptibles d'être exposées à des violences directes ou indirectes. Il est toutefois difficile d'aborder ce sujet par les équipes, et ce particulièrement lors d'une seule consultation, d'où l'impossibilité de connaître la proportion réelle de personnes ayant subi de tels abus. Dans l'entretien Caso, est considérée comme ayant subi des violences toute personne ayant déclaré au moins une violence lors d'un entretien médical.

Les données sur les violences peuvent être recueillies par tout intervenant des Caso lorsque les personnes en parlent spontanément. Il n'y a aucun entretien systématique : interroger une personne sur les violences peut être vécu comme une réminiscence de cette violence. L'indicible ne peut se dire que lorsqu'une relation de confiance est établie et la plupart des patients ne viennent dans les Caso qu'une fois pour des demandes somatiques et/ou sociales et administratives. Dans ce contexte, seuls quelques-uns abordent ces questions très intimes.

En 2021, 712 personnes ont déclaré lors d'un entretien sur des violences subies ou lors d'une consultation médicale avoir été victimes de violences (99,3 % sont des étrangers). Parmi eux, 482 ont un dossier de violences subies renseigné au fur et à mesure des échanges avec les équipes (accueillant, travailleur social, professionnel de santé). Le sujet n'étant pas systématiquement renseigné, le chiffre des personnes ayant déclaré avoir subi des violences est très probablement sous-estimé. Ainsi seuls 3,9 % des mineurs ont déclaré avoir subi des violences ; et 7,1 % des jeunes âgés entre 11 et 17 ans. Parmi les personnes ayant déclaré des violences, 78 % d'entre elles en ont été victimes dans leur pays d'origine, 63 % d'entre elles pendant le trajet migratoire, et 18 % en France.

**Les principales violences déclarées sont les menaces physiques ou l'emprisonnement pour leurs idées ou tortures (71,5 %), que ce soit dans le pays d'origine ou sur le parcours migratoire. Les violences ou agressions intra-familiales sont citées également pour la période précédant le départ du pays d'origine. La faim (pour 43,6 %) est un élément notable tout au long de leur trajectoire, y compris en France (cf. chapitre 1.3, encart Indice de la faim, p. 41).**

*Parfois j'ai la migraine à force de me coucher sans rien manger et je n'ai pas d'argent sur moi pour aller acheter quelque chose d'autre, donc je suis obligée de manger ce qu'ils me donnent là-bas... et pour autant je ne mange pas très bien... Une femme enceinte ne doit pas être dans un foyer comme ça. Pour moi si c'est un foyer où tu peux cuisiner pour toi-même, c'est mieux... Où il n'y a pas de cuisine qu'on envoie que « de la nourriture pour fous », c'est un peu compliqué. Si tu n'es pas habitué à la nourriture... tu ne peux pas manger en fait, donc, ça devient compliqué pour nous.*

[Femme enceinte, programme 4i, Nantes, 2021]

Les parcours migratoires apparaissent de plus en plus longs, difficiles et violents. Parmi les personnes pour lesquelles un dossier a été complété, plus d'un tiers des personnes ont dit avoir subi des violences par les forces de l'ordre, et ce, en majorité avant et pendant leur trajet migratoire (respectivement 14,9 % et 20,5 %). Plus d'un quart des personnes ont enduré un travail forcé (27,2 %), le plus souvent durant leur trajet (20,5 %). Plus d'une personne sur cinq a déclaré avoir subi une ou plusieurs agressions sexuelles (23,8 %) et 14,9 % déclarent en avoir subi pendant le trajet migratoire. De même, les violences liées à la guerre sont déclarées par plus d'une personne sur cinq (23,3 %) et 16,2 % disent en avoir souffert dans leur pays d'origine. Les mutilations génitales et les exploitations sexuelles ont été déclarées dans 6,5 % et 7,2 % des cas respectivement.

En tenant compte uniquement des femmes pour lesquelles un dossier de violences subies a été complété, près de la moitié ont été victimes d'agressions sexuelles (49,2 %), plus de la moitié ont été agressées ou violentées au sein de leur famille (54,9 %), 15,3 % ont été exploitées sexuellement, et 30,7 % ont été forcées à se marier.

## LA SANTÉ MENTALE EN TEMPS DE COVID-19

Au niveau mondial, la pandémie de Covid-19 a de graves répercussions sur la santé mentale et le bien-être de la population générale. Des études ont mis en exergue l'augmentation des comportements suicidaires et l'impact négatif sur la prévalence des symptômes de santé mentale et des troubles mentaux (OMS, 2022 ; SPF, 2021c). Les personnes sont inégales face à cette pandémie. L'impact des facteurs agissant sur la précarité est exacerbé : lieux de vie, isolement social, ressources économiques, état de santé, âge, peur de mourir ou de voir des proches mourir, fermeture des frontières. L'accès aux soins a été entravé, notamment l'accès aux consultations de santé mentale. La crise et les mesures liées au confinement ont généré chez les populations en situation de précarité encore plus d'angoisse et de stress supplémentaire pour des vies déjà marquées par des parcours, des ruptures, des décès, des violences et des conditions de vie difficiles.

La littérature scientifique atteste de l'impact négatif des mesures restrictives, dont les confinements sur la santé mentale, en population générale et plus particulièrement chez les personnes en situation de vulnérabilité : prévalence élevée des états anxieux, dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires (Gandré & Coldefy, 2020 ; SPF CoviPrev, 2022). La prévalence de l'anxiété et de troubles du sommeil est particulièrement accrue chez les patients mineurs non accompagnés (Gautier & Nguengang Wakap, 2021 ; MSF & Comede, 2021a). Quelle que soit la région d'implantation en France, les équipes de MdM font le même constat de la souffrance psychologique des personnes reçues pendant cette période. En 2020, dans les consultations de médecine générale, des troubles psychiatriques ou psychologiques ont été plus fréquemment diagnostiqués lors des deux périodes de confinement et lors des périodes de couvre-feu. Les troubles anxieux, caractérisés par de l'angoisse, du stress ou des troubles psychosomatiques, sont suivis de syndromes dépressifs chez les personnes reçues dans les Caso (MdM et al., 2020). Ces résultats rejoignent le premier volet de l'étude Echo menée dans 18 centres d'hébergement en juin 2020 qui a montré que « 37 % des personnes interrogées s'étaient senties plus seules qu'auparavant durant cette période et que des symptômes évocateurs d'une dépression modérée à sévère étaient présents chez 28,5 % des participants » (Longchamps et al., 2020).

En matière de politique de santé, MdM recommande de :

- **Améliorer l'accès aux soins généraux et soins psychosociaux, psychologiques et psychiatriques** des personnes migrantes, accessibles pour tous, avec ou sans couverture maladie ;
- **Renforcer et adapter les structures existantes** (PASS, EMPP, CMP, LAM, LHSS...) pour la prise en charge physique, psychosociale, psychologique et psychiatrique des personnes migrantes ; Permettre la prise en charge des consultations psychologiques par la couverture maladie pour les personnes sans ressources (bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C) ;
- **Développer des structures d'accompagnement et médiation** pour les personnes migrantes victimes de violence ;
- **Développer des dispositifs spécialisés** dans la prise en charge globale du psycho-traumatisme des personnes migrantes ;
- **Augmenter le soutien financier aux structures** de prévention et prise en charge des violences liées au genre, y compris les violences sexuelles ;
- **Proposer des consultations psychologiques et psychiatriques dans les Pass généralistes.** Développer les Pass psychiatriques incluant le suivi social et le soin, avec des délais de rendez-vous et une durée de prise en charge réduits pour redonner aux Pass leur rôle initial de bilan et d'orientation ;
- **Diversifier les approches et expérimenter des prises en charge innovantes** : proposer des activités psycho-sociales collectives et individuelles, groupes de paroles, art-thérapie, ateliers d'écritures, thérapie communautaire intégrative.

# UN ACCÈS INSUFFISANT

AUX DROITS ESSENTIELS  
ET AUX DISPOSITIFS  
DE DROIT COMMUN

# 01

## PAS DE SANTÉ SANS TOIT NI DROITS

### LES POINTS ESSENTIELS

- Les besoins des personnes sont loin d'être satisfaits, malgré des capacités d'hébergement sans précédent.
- Les personnes subissent les effets délétères de l'hébergement massif à l'hôtel.
- La santé des personnes est toujours impactée par l'absence d'accès aux biens essentiels en dépit des progrès opérationnels et politiques sur l'accès à l'eau.
- En 2021, le cadre national de résorption des bidonvilles a montré ses limites.

### LA CRISE SANITAIRE, UNE PRISE DE CONSCIENCE EN DEMI-TEINTE DANS LA LUTTE CONTRE LE SANS-ABRISME

Médecins du Monde est témoin chaque jour des effets délétères du mal-logement sur la santé des personnes. Parmi celles rencontrées dans les Caso en 2021, seules 8,3 % occupent un logement personnel. Elles sont ensuite 7,7 % à vivre dans un squat ou un bidonville et 21,5 % sont sans domicile fixe : 16,7 % sont à la rue et 4,8 % sont logées dans un hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins. Ainsi près de trois personnes sur dix (29,2 %) vivent en habitats très précaires : en bidonvilles ou squats, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée.

Le mal-logement provoque de lourdes conséquences sur la santé et l'accès aux soins des personnes concernées. Il entraîne des difficultés de domiciliation, une entrave à l'accès aux droits, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux, des difficultés de suivi de traitement, mais aussi une difficulté à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs. Les personnes non ou mal logées contractent des maladies liées à leurs conditions de vie : pathologies dermatologiques, troubles respiratoires, pathologies digestives liées au manque d'hygiène et d'accès à l'eau, prévalence de maladies à potentiel épidémique. Le suivi des pathologies chroniques et de la grossesse est souvent tardif et ponctué de ruptures.

Les personnes vivant dans les lieux de vie informels (squats, bidonvilles, campements) vivent dans l'angoisse permanente des expulsions, qui rendent impossible toute inscription dans un parcours de long terme en matière de soins. La recherche incessante de nouveaux lieux de vie est un enjeu prioritaire pour ces personnes, et relègue bien souvent au second plan leur santé et leur accès aux soins qui se limitent alors aux seuls soins urgents. Leur santé est mise en danger par les conditions sanitaires dans leurs lieux de vie. Ils n'ont très souvent pas accès à des biens et services pourtant essentiels tels que l'eau, des sanitaires, l'électricité ou encore le ramassage des ordures.

L'année 2020 avait été marquée par une augmentation sans précédent du nombre de places d'hébergement, qui s'est maintenue en 2021, conformément aux demandes formulées par le secteur associatif. En effet, 43 000 places ont été ouvertes au cours de l'année 2020 (Dallier, 2021) et maintenues une première fois pour la période hivernale, rompant avec la logique de gestion au thermomètre vif et maintes fois critiquée. La fermeture d'un nombre si important de places à la fin de la période hivernale 2020-2021 aurait engendré des remises à la rue massives. À Marseille, Médecins du Monde a participé, aux côtés d'autres associations, à la création d'un Observatoire de l'hébergement, visant à surveiller la potentielle fin des prises en charge à l'hôtel lors de la sortie de la trêve hivernale.

Comme lors de la première période de crise sanitaire, des annonces ont été faites peu avant cette échéance. Ainsi, le 26 mai 2021, la ministre du Logement a annoncé, à travers une instruction, le maintien des places ouvertes

jusqu'à fin mars 2022, demandant aux préfets de « maintenir le parc d'hébergement généraliste au plus haut niveau de 200 000 places ». Cette volonté du gouvernement de mettre fin à la « gestion au thermomètre » s'est ensuite confirmée en septembre, avec l'annonce du lancement de travaux pour une programmation pluriannuelle de l'hébergement et du logement adapté. Répondant favorablement aux propositions de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), la ministre du Logement a déclaré souhaiter engager « une réforme structurelle d'ampleur » et construire « une politique publique ambitieuse pour réduire drastiquement le sans-abrisme et proposer des solutions dignes et durables aux personnes » (Wargon, 2021). Alors que, dans le même temps, le gouvernement annonce la fermeture de 10 000 places avant la fin de l'année 2022. Au moment de l'écriture de ce rapport, le nombre de places à supprimer a été ramené à 7 000 pour 2022 et le gouvernement prévoyait d'en fermer 7 000 supplémentaires d'ici fin 2023.

### AUGMENTATION ET PÉRENNISATION DES PLACES D'HÉBERGEMENT, MAIS TOUJOURS PLUS DE BESOINS

L'augmentation, puis le maintien d'un nombre élevé de places d'hébergement est néanmoins resté largement insuffisant. Les équipes de Médecins du Monde constatent toujours des atteintes récurrentes aux principes d'inconditionnalité et de continuité de l'hébergement pourtant inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.

Ces dernières se traduisent d'abord par l'exclusion de l'accès ou du maintien en hébergement au regard de la situation administrative des personnes. En outre, des critères de priorisation (être enceinte de plus de sept mois, avoir un enfant de moins de 2 ans voire 1 an, etc.) de plus en plus restrictifs, et qui diffèrent selon les départements, sont également mis en place par les services de l'État, au mépris du droit en vigueur. Malgré l'ouverture puis la pérennisation de nombreuses places depuis 2020, les dispositifs sont toujours saturés, maintenant des milliers de personnes dans des situations indignes.

D'après la FAP (Fondation Abbé Pierre, 2022), alors que le nombre moyen de demandes non pourvues chaque jour au 115 était de 2 000 durant l'hiver 2020-2021, il est ensuite passé à 3 000 en juillet 2021, puis 4 400 en octobre pour redescendre à 3 800 en décembre grâce à l'ouverture de places exceptionnelles en début d'hiver. Hors Paris, le taux de refus pour absence de places disponibles pour les personnes en famille s'établissait à 44 % ; à Paris, il atteignait 93 %.

En Seine-Saint-Denis, les équipes de Mdm en ont fait le constat. De nombreuses personnes reçues dans le Caso font face à des difficultés d'accès à l'hébergement d'urgence notamment liées à :

- La saturation de la plateforme 115, unique contact permettant d'enregistrer la demande de mise à l'abri ;
- L'offre de places disponibles ne correspondant pas à la demande d'hébergements d'urgence ;

- L'interprétariat non garanti lors des appels au 115 pour les personnes allophones ;
- La méconnaissance du système de mise à l'abri et du 115 ;
- La prise en charge par les différents 115 selon une logique départementale, et les situations d'errance des personnes en demande d'hébergement d'urgence.

Des « critères de vulnérabilité » de plus en plus stricts ont été établis par le 115, conduisant les équipes de Mdm de Saint-Denis à rencontrer des ménages dans des situations particulièrement complexes et pourtant non prises en charge : famille à la rue avec enfants en bas âge, personnes isolées à la rue avec enfants avec pathologies complexes, avec un handicap, femmes enceintes, familles avec enfants, personnes âgées, sortie d'hospitalisation. Ainsi, en 2021, Mdm a effectué une trentaine de signalements auprès de leurs services concernant des ménages en situations urgentes qui cumulaient souvent plusieurs de ces facteurs de vulnérabilité.

La situation a également été critique à Lyon durant l'hiver 2021, conduisant les équipes de Mdm à organiser une mobilisation en décembre pour dénoncer les conditions sanitaires alarmantes pour les personnes à la rue<sup>70</sup>. En effet, sur les 1 500 demandes d'hébergement faites chaque semaine au 115, 70 % restaient sans solution. Rappelant que les personnes rencontrées par les programmes de Mdm vivaient dans des conditions incompatibles avec un maintien en bonne santé, l'association a demandé à la préfecture du Rhône et à la Métropole de Lyon l'application des principes d'inconditionnalité et de continuité de l'accueil. Au-delà de l'ouverture de places d'hébergement, le renforcement des propositions d'habitat transitoire et la viabilisation des lieux de vie informels en attendant une solution de logement pérenne ont été demandés.

*Cet homme a été vu aux urgences, de nombreuses lésions ont été retrouvées, il a besoin de soins et d'être suivi. Cela n'empêchera pas une personne des urgences d'écrire dans son compte rendu à quelques lignes d'écart : « patient sans domicile fixe [...], conduite à tenir : retour au domicile avec prescription de kinésithérapie au domicile ».*  
[équipe Mdm, Bus, Lyon, 2021]

<sup>70</sup> Communiqué de presse, « Médecins du Monde se mobilise pour dénoncer les conditions sanitaires alarmantes à Lyon pour les personnes à la rue », Médecins du Monde Auvergne-Rhône-Alpes, décembre 2021.

## SANTÉ ET HÉBERGEMENT, UN CERCLE VERTUEUX... OU INFERNAL

Depuis 1993, à Paris, MdM intervient auprès de personnes isolées présentant des problèmes de santé et vivant à la rue. Malgré un maillage important de dispositifs destinés aux personnes à la rue (maraudes, accueils de jour, dispositifs d'hébergement, structures médicalisées), MdM a identifié **trois limites majeures à leur accès aux soins et aux droits : une inadéquation du système médico-social de droit commun, son sous-dimensionnement, et le manque de coordination entre les acteurs sanitaires et sociaux.** Pour des raisons cumulatives d'exclusion (refus d'accompagnement) et d'auto-exclusion (absence de demande spécifique), de très nombreuses personnes à la rue sont ainsi dans des situations de non-recours. Les parcours de soin des personnes à la rue sont ainsi souvent hachés et défaillants en amont (la personne n'a pas pu être prise en charge au moment opportun) et en aval (la personne n'a pas pu bénéficier d'un suivi médical et social adéquat à la suite d'un passage dans une structure de soins, et se retrouve de nouveau à la rue). **De nombreuses personnes sans domicile fixe souffrent ainsi d'un cycle infernal de remises à la rue, dégradant à chaque fois leur état de santé et leur confiance dans les équipes et structures de prise en charge.**

*S., à la rue depuis plusieurs années, présente un état général très faible. Après avoir refusé de se rendre à l'hôpital, la dégradation brutale de son état le contraint d'y aller. Au terme de son*

*hospitalisation, faute de place dans un établissement adapté, il retourne à la rue. Finalement, une place lui est trouvée dans un centre d'hébergement, mais sans suivi médical adapté. Son état de santé continue ainsi de se dégrader.*

[Équipe MdM, programme Pas de santé sans toit, Paris, 2021]

**Face à ces constats et suite à une évolution de ses interventions, MdM travaille depuis 2021 à la mise en place d'un parcours pilote de la rue au logement, en lien avec des acteurs parisiens de différents secteurs (rue, santé, logement) et les personnes concernées. Ce dispositif, en cours de formalisation, s'adressera aux personnes sans-abri « chroniques », souffrant d'une pathologie, afin de leur proposer un parcours adapté permettant une sortie pérenne vers le logement. Il répondra ainsi à plusieurs objectifs de moyen et long terme :**

- Faciliter une prise en charge globale des personnes à la rue ;
- Améliorer durablement la santé des personnes sans abri ;
- Sortir définitivement du cycle infernal des allers-retours rue/hôpital/hébergements précaires ;
- Décloisonner les secteurs rue/santé/social/logement.

## TOUJOURS D'AVANTAGE D'HÔTELS, MAIS APRÈS ?

**La crise sanitaire a augmenté de manière exponentielle le recours à une solution d'hébergement particulièrement inadaptée : l'hébergement hôtelier.** En mars 2021, le parc hôtelier s'élevait à plus de 74 000 places, soit une augmentation de plus de 66 % par rapport à 2019 (Dallier, 2021). À l'inverse, depuis le début du premier quinquennat, le nombre de places en CHR (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), dispositif d'hébergement de meilleure qualité, n'a augmenté que d'environ 4 %. La composition du parc d'hébergement a donc connu une modification importante, au profit de dispositifs d'urgence, plus coûteux, avec de faibles capacités d'accompagnement, ne permettant pas un travail qualitatif avec les personnes sur du long terme.

Le Défenseur des droits (DDD) avait déjà mis en évidence en 2019 les effets délétères que l'hébergement en hôtel pouvait produire sur les relations sociales, la scolarité et la santé des adolescents [Observatoire du Samu social, 2014 ; DDD, 2019].

En mars 2021 à Strasbourg, 2 825 personnes étaient hébergées en hôtels. Des dispositifs permettant un accompagnement ont été mis en place au début de la crise sanitaire. Plusieurs ont été fermés au cours de l'année (fermeture d'hôtels qui bénéficiaient d'une présence associative, ou encore arrêt de l'expérimentation d'une plateforme d'accompagnement des ménages). L'arrêt de cet accompagnement a eu comme conséquence un manque de suivi très important

de centaines de personnes vivant à l'hôtel. En juillet 2021, le nombre de personnes hébergées à l'hôtel a commencé à diminuer pour atteindre une file active de 2 571 personnes début décembre, alors que le 115 recevait dans le même temps 3 000 appels chaque semaine. Dans ce contexte, les équipes ont pu observer une augmentation du nombre d'abris de fortune, de campements de personnes vivant dans des tentes. Lors des entretiens d'accueil réalisés par l'équipe mobile, les personnes rencontrées ont exprimé différents besoins. Le besoin de logement était cité par 30 % d'entre elles, loin devant la couverture maladie, la situation administrative, l'accès aux soins.

## DES AVANCÉES SUR L'ACCÈS À L'EAU, MAIS DES PROGRÈS RESTENT À FAIRE POUR UNE AMÉLIORATION RÉELLE DES CONDITIONS DE VIE EN SQUATS ET BIDONVILLES

À l'échelle tant locale que nationale, la crise sanitaire a révélé à quel point certaines populations n'avaient pas accès aux services essentiels. **Sans un minimum de stabilisation, sans accès aux besoins primaires tels que l'eau, des sanitaires, l'électricité ou encore le ramassage des ordures, les habitants de squats et bidonvilles sont confrontés à des environnements présentant des risques pour leur santé. Ils placent également la question de leur accès**

**aux soins et aux droits au second plan.**

*S. a 35 ans. Il vit sous un pont et s'est brûlé en faisant à manger. Il tente de soigner sa plaie en la lavant dans le Rhône car il n'a pas accès à l'eau. Sa plaie s'est infectée.*

[Témoignage sur une pancarte MdM lors de la mobilisation du 15 décembre 2021 à Lyon]

Lors du premier confinement, les équipes MdM ont reconnu les avancées significatives<sup>71</sup>, notamment en matière d'accès à l'eau. En effet, de nouveaux acteurs disposant de compétences techniques en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement sont intervenus sur plusieurs territoires pour raccorder des lieux de vie à l'eau (en Île-de-France, à Nantes ou encore Toulouse). Ils ont développé des outils (réglementation, solutions techniques, partage d'expérience, foire aux questions) suite à leurs interventions, et d'autres ont pu être créés avec les pouvoirs publics (*Action contre la faim & Solidarité Internationale, 2021 ; DIHAL & Solidarité Internationale, 2021*). Néanmoins, la reprise de pratiques interrompues durant la crise sanitaire (expulsion, destruction de biens) ainsi que l'absence de garantie par les autorités de la pérennité de ces mesures ont fait craindre un véritable retour en arrière.

Les dynamiques ont cependant pu se poursuivre, bien qu'il convienne de les nuancer. Localement, à Toulouse par exemple, en lien avec MdM, l'association Solidarités International (SI) a continué à porter le projet de l'accès à l'eau, enjeu sanitaire prioritaire. Les négociations avec Toulouse-Métropole et le prestataire Veolia ont permis l'installation et la maintenance de points d'eau potable sur la quasi-totalité des bidonvilles. Ainsi, entre 2020 et 2021, 52 points d'eau ont été installés sur 17 sites à destination de près de 700 personnes (*Le Gret & Coalition eau, 2022*).

À l'échelle nationale, les travaux de transposition de la directive européenne sur le droit à l'eau de décembre 2020 en faveur d'une évolution du cadre légal<sup>72</sup> apportent un espoir. Les interventions pour améliorer l'accès à l'eau réalisées en 2020 ont montré que, d'un point de vue opérationnel, le raccordement des lieux de vie informels pouvait être rapide et peu coûteux. Néanmoins, des difficultés majeures liées au cadre réglementaire ont émergé : manque de clarté dans la répartition des compétences et responsabilités des différents acteurs publics (préfectures, collectivités territoriales, communes), et nécessité de reconnaissance du droit à l'eau en droit français, mais aussi des normes minimales permettant de qualifier un accès à l'eau effectif et sécurisé.

Cette directive vise « à améliorer l'accès aux eaux destinées à la consommation humaine » et contient l'obligation pour les États membres de mettre en œuvre le principe de l'accès à l'eau potable pour tous. **L'article 16 comprend des mesures fortes telles que l'évaluation de la proportion de la population n'ayant pas accès à l'eau potable et l'encouragement à installer des fontaines gratuites dans les villes et les lieux publics. Il engage également les États à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'accès à l'eau potable pour les groupes vulnérables et marginalisés.**

<sup>71</sup> MdM, Rapport de l'Observatoire 2020.

<sup>72</sup> Directive 2020/2184 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2020 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine. Cette directive doit être transposée en droit français avant janvier 2023.

<sup>73</sup> Conseil d'État, 6e chambre, 31/07/2017, n°412125.

Dès mars 2021, Médecins du Monde, en lien avec la Coalition eau et d'autres ONG du secteur eau et assainissement (*Coalition eau, 2021*), a porté des recommandations auprès du gouvernement pour une transposition ambitieuse de cette directive à travers :

- Une identification des plus vulnérables ;
- La mise en œuvre effective du droit à l'eau pour les personnes non raccordées au réseau d'eau potable ;
- Le développement de la tarification sociale de l'eau ;
- La définition de critères d'accès minimal à l'eau et à l'assainissement en France.

**Au-delà des améliorations sur l'accès à l'eau, les habitants de squats et bidonvilles sont toujours loin de vivre dans des conditions dignes ne mettant pas en danger leur santé. Le ramassage des ordures, essentiel contre la prolifération de nuisibles pouvant engendrer des maladies, n'est pas toujours assuré. L'accès à des douches et à des toilettes est particulièrement rare.** En Seine-Saint-Denis, en 2021, sur les sept bidonvilles où Médecins du Monde est intervenue, aucun n'avait accès à ces services. Les habitants sont aussi régulièrement confrontés à des incendies, comme à Toulouse ou à Montpellier.

*Lors d'une visite dans un bidonville à l'environnement très dégradé et envahi par les nuisibles, une puéricultrice bénévole de la mission retrouve une famille qu'elle connaît bien. Les jeunes parents ont vécu un épisode extrêmement traumatique neuf mois auparavant, avec l'incendie de leur caravane où leur bébé de 6 mois a été gravement blessé. Après plusieurs mois passés en soins intensifs, leur bébé a été pris en charge dans un centre de rééducation spécialisé situé à deux heures de Toulouse. Les parents ont bénéficié quelques temps d'un hébergement en proximité du centre leur permettant des visites régulières. Mais l'absence d'activité professionnelle sur place, et donc de ressources, et l'éloignement de leur famille qui les aidait au quotidien les ont obligés à quitter cet hébergement. Les deux parents et leurs deux autres enfants sont donc revenus dans une petite caravane dans le bidonville, ce qui réactive le souvenir du traumatisme de l'incendie. Leurs conditions de vie et d'hygiène actuelles sont incompatibles avec les permissions médicales de sortie indispensables à une bonne évolution de leur enfant porteuse d'un handicap lourd [Équipe MdM, programme squat et bidonville, Toulouse, 2021]*

Sur certains territoires, la situation est encore plus catastrophique en matière d'accès à l'eau et à l'assainissement. Ainsi à Calais, un service de distribution d'eau et d'accès aux douches a vu le jour suite à la condamnation de l'État par le Conseil d'État en 2017<sup>73</sup>. Ce dispositif se révèle inadapté et sous-dimensionné par rapport aux besoins et en raison de la politique menée par les pouvoirs publics. En effet, les expulsions quasi quotidiennes des lieux de vie amènent

les personnes à se cacher pour échapper aux forces de l'ordre, entraînant une démultiplication de « petits » lieux de survie de plus en plus éloignés des points de distribution de l'association mandatée par la préfecture (La Vie Active). En conséquence, de nombreuses personnes doivent choisir entre boire et manger ou sauver leurs maigres possessions détruites lors des expulsions. Pire, entre novembre 2020 et mai 2022, des arrêtés anti-distribution à Calais ont été publiés à répétition, excluant des centaines de personnes des dispositifs de distribution alimentaires et d'eau<sup>74</sup>.

À Loon-Plage, aucun service de base n'est disponible pour les 500 personnes concernées. L'accès à l'eau n'est assuré que par des acteurs associatifs indépendants, le robinet d'eau mis en place par les services publics le plus proche étant à 45 minutes de marche. À plusieurs reprises, les cuves d'eau installées par les acteurs associatifs indépendants ont été saisies lors des expulsions. Un service de douche est proposé par une association indépendante, uniquement le samedi, dans un gymnase inaccessible à cause de la distance. Tout comme les seuls sanitaires accessibles, ceux d'un centre commercial situé à quatre kilomètres, où les personnes subissent régulièrement des discriminations de la part des agents de sécurité. **Lors des consultations médicales proposées par Médecins du Monde, les problèmes dermatologiques sont l'une des principales pathologies rencontrées auxquelles s'ajoutent les pathologies gastro-entérologiques, pouvant être liées à une consommation d'eau souillée ou en quantité insuffisante.**

## LA POLITIQUE NATIONALE, DE RÉSORPTION OU D'EXPULSION DES BIDONVILLES ?

Une politique nationale de résorption des squats et bidonvilles est portée par la Dihal depuis l'instruction du 25 janvier 2018. Ce texte vient étendre le champ temporel d'intervention de l'action publique en encourageant une **mobilisation des outils et des acteurs dès l'installation et non plus seulement au moment de l'évacuation**. Dans une logique **d'approche globale**, l'instruction demande aux préfets **d'élaborer des stratégies territoriales** en concertation avec l'ensemble des acteurs locaux, dont les personnes concernées, en privilégiant le recours aux dispositifs d'insertion de droit commun, afin de résorber durablement les bidonvilles. Si l'existence d'un cadre national constitue une réelle avancée, il est cependant insuffisant dès lors que cette instruction n'est pas contraignante, ne couvre pas l'ensemble des « publics » (elle ne s'adresse qu'aux citoyens européens) ni des territoires (elle ne s'applique pas en Outre-mer), et dispose d'un budget insuffisant.

Si quelques collectivités locales se sont mobilisées de manière positive pour apporter des réponses aux ménages contraints de vivre en bidonville, **Médecins du Monde continue de constater une application très inégale selon les territoires. Lorsque des stratégies de résorption existent, l'accompagnement social prévu est insuffisant, elles sont limitées à certains publics et lieux de vie et les solutions de logement proposées sont trop**

**limitées. Nous constatons enfin un manque d'impulsion par les pouvoirs publics sur certains territoires, et un manque d'instances de pilotage globales, et une absence totale d'implication des personnes concernées.**

**Bien qu'elles ne se soient pas totalement arrêtées durant la première année de la crise sanitaire, les expulsions de lieux de vie informels ont très rapidement repris.** Dès juillet 2021, Médecins du Monde, aux côtés du collectif des associations unies (CAU), alerte sur une reprise massive des expulsions de lieux de vie informels : 103 expulsions ont été comptabilisées en seulement un mois. En trois mois, 3 600 personnes ont été expulsées de leur lieu de vie. Finalement, l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels a comptabilisé un nombre record d'expulsions entre début novembre 2020 et fin octobre 2021, avec 1 330 expulsions (*Cherief et al., 2021*). Si ce chiffre est particulièrement important et témoigne d'un manque d'application de l'instruction du 25 janvier 2018, ce sont surtout les conditions de réalisation de ces expulsions qui montrent à quel point deux logiques de politiques publiques semblent s'opposer. En effet, elles ne sont presque jamais anticipées, avec une absence de diagnostic social dans 96 % des situations et dans 91 % des cas, la totalité ou une partie des personnes expulsées ne s'est vue proposer aucune solution de logement ou d'hébergement.

La frontière franco-britannique, où survivent pourtant entre 1 500 et 2 000 personnes exilées dans des campements insalubres, n'est pas incluse dans la politique nationale de résorption des bidonvilles. Les personnes subissent presque quotidiennement des expulsions. Durant ces opérations, de nombreux effets personnels sont confisqués ou détruits. Les répercussions de cette politique de « zéro point de fixation » sur les conditions de vie des personnes, sur leur santé physique et psychique, sont massives (*CNCDH, 2021 ; Nations unies, 2020*).

L'exemple de Montpellier est particulièrement illustratif du **manque de force contraignante de l'instruction du 25 janvier 2018**. Une politique de résorption mise en place depuis plusieurs années présentait des résultats intéressants, les habitants bénéficiant d'une stabilité et d'un accompagnement social global notamment en termes d'accès à la santé. D'après une enquête semi-directive menée par Médecins du Monde entre janvier et mars 2021, 77 % des personnes vivant en bidonvilles à Montpellier avaient des droits en santé ouverts fin 2020, et près de 70 % avaient un médecin traitant. L'accès à la scolarisation des enfants et des démarches d'insertion par l'emploi étaient également engagées, et 111 ménages ont pu accéder à un logement ou un hébergement adapté depuis 2016 (*Cherief et al., 2021*). Une coalition d'acteurs associatifs (la Fondation Abbé Pierre, la Cimade, AREA et Médecins du Monde) on engagé avec les autorités locales un dialogue afin de porter une stratégie de résorption globale des bidonvilles sur le territoire. En l'espace de quelques semaines, et suite à l'arrivée d'un nouveau préfet, trois lieux de vie ont fait l'objet d'expulsions non concertées. Elles ont mis à mal un travail important d'accompagnement social global, pourtant financé en grande

partie par les pouvoirs publics (accès aux droits, médiation en santé, scolaire, soutien à la parentalité, insertion socio-professionnelle et accompagnement vers le logement) et mené par des associations.

Au-delà de la problématique des expulsions, la politique de résorption des bidonvilles souffre d'un réel manque d'impulsion par les pouvoirs publics locaux. Depuis 2018, les équipes de Médecins du Monde les interpellent dans différents territoires sur la nécessité de lancer, dans le cadre de l'instruction, une concertation large afin de définir une stratégie territoriale.

Par exemple à Marseille, face à l'absence de réponse adéquate des autorités, une vingtaine d'acteurs associatifs locaux se mobilisent pour construire ensemble des propositions globales (logement, éducation, santé et emploi)<sup>75</sup>. Plusieurs principes clés sous-tendent les propositions associatives : l'accès aux droits des plus précaires doit être prioritaire, la résorption des bidonvilles doit passer par les dispositifs de droit commun, aucune expulsion ne peut avoir lieu sans une proposition décente d'habitat, les habitants de bidonvilles doivent être acteurs des dispositifs qui les concernent, une stratégie territoriale ne doit pas être confondue avec des projets pilotes, un comité de suivi intégrant l'ensemble des acteurs pertinents doit être mis en place et une évaluation planifiée. Sur le plan de la santé et de l'amélioration des conditions de vie, plusieurs propositions sont faites :

- La sécurisation immédiate de tout lieu de vie dans l'attente d'un accès au logement, permettant des conditions d'hygiène ne mettant pas en danger la santé ;
- La prise en compte prioritaire de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique ;
- L'effectivité de l'accès aux structures de santé du droit commun ;
- L'élargissement de l'interprétariat ;
- La facilitation de l'ouverture de droits de santé ;
- Le développement de la médiation en santé.

### RECOMMANDATIONS

#### Pour la garantie d'un habitat et des conditions de vie dignes Médecins du Monde milite pour :

**- Interdire les expulsions sans relogement pérenne et adapté.** Toute expulsion doit se faire dans le cadre du respect des procédures en vigueur, le principe devant rester celui d'une décision de justice permettant aux personnes de faire valoir leurs droits fondamentaux devant un juge, ou d'une décision administrative proportionnée au regard de leur situation. Une expulsion non anticipée est un facteur de rupture dans tous les domaines, notamment dans l'accès aux droits et aux soins des personnes. Conditionner les expulsions à l'existence de solutions alternatives permettrait de prévenir ces ruptures qui ne font qu'accroître la précarité des personnes et alimenter le sans-abrisme.

**- Garantir l'accès, sans discrimination, à un lieu et à des conditions de vie dignes et le droit à un accompagnement, respectueux des parcours de vie des personnes :**

- Ne pas conditionner l'accès et le maintien en hébergement à la situation administrative des personnes.

- Permettre des conditions d'hébergement dignes : limiter le recours à l'hôtel, en particulier pour les familles, prendre en compte la situation socio-familiale des personnes dans les solutions proposées en particulier au regard de l'accessibilité du lieu d'hébergement par rapport au lieu de travail, de la scolarisation des enfants, des services d'accès aux droits et aux soins.

- À défaut d'accès au logement, les habitants de lieux de vie informels doivent pouvoir à minima avoir accès aux services essentiels (eau, sanitaires, électricité et ramassage des ordures), bénéficier d'une stabilisation dynamique laissant suffisamment de temps pour trouver des solutions de sortie co-construites avec eux et les acteurs locaux compétents.

- Donner les moyens suffisants aux dispositifs de premier accueil et d'hébergement pour garantir un accompagnement pluridisciplinaire prenant en considération les besoins médico-psycho-sociaux des personnes, dans une approche intégrée.

- Impliquer les personnes dans les politiques et décisions qui les concernent, afin d'être en mesure de développer des solutions diversifiées correspondant à leurs besoins et volontés.

**- Instaurer un cadre juridique contraignant autour de la résorption de tous les lieux de vie informels, augmenter le budget dédié à cette politique, l'élargir aux publics extra-européens et l'adapter à l'Outre-mer.** Pour sa mise en œuvre systématique, cette instruction doit donc trouver une traduction législative ou réglementaire, afin que ses dispositions puissent devenir des droits opposables pour les habitants de squats ou bidonvilles et instaurer des obligations à l'égard des autorités publiques compétentes. La résorption des lieux de vie informels doit faire partie intégrante des politiques de logement et de lutte contre la précarité. À ce titre, elle doit être intégrée à la politique de logement d'abord et au nouveau service public de la rue au logement, pilotée par la Dihal.

<sup>74</sup> Au moment de l'écriture de ce rapport, le Tribunal administratif de Lille a annulé les arrêtés préfectoraux interdisant les distributions gratuites de boissons et denrées alimentaires en certains lieux du centre-ville de Calais. Le tribunal a estimé que ces interdictions, qui affectaient les conditions de vie de populations particulièrement vulnérables, étaient disproportionnées par rapport aux finalités poursuivies (TA Lille, n°s 2007484-2100364-2101109, 12 octobre 2022).

<sup>75</sup> « Résorber dignement les bidonvilles dans les Bouches-du-Rhône, pour une stratégie départementale », janvier 2022. Rapport soutenu par : AMPIL, Architectes sans frontières, Assoropa, ATD Quart Monde, FCDD Terre solidaire, CNDDH Romeurope, Collectif Roms de Gardanne, FAS PACA, FAP, HAS, JUST, la Cimade Sud-Est, La pastorale des migrants, LDH, MdM, Paroles Vives, Rencontres Tsiganes, SCCF, Uriopss PACA.

# 02

## PAS DE SANTÉ SANS DROITS

### LES POINTS ESSENTIELS

- Lors de leur entretien d'accueil, plus des trois quarts (77 %) des personnes sont éligibles à la couverture maladie mais un peu plus de 81 % ne disposent d'aucune.
- Parmi les personnes éligibles à l'AME, 82 % n'ont pas de droits ouverts en France.
- Près de 77 % des demandeurs d'asile sont éligibles à la couverture maladie mais près de 70 % d'entre eux n'ont aucune couverture.
- Lors de leur première consultation, près de 28 % des personnes avaient besoin d'une domiciliation.

### L'INFORMATION SUR LES DROITS EN SANTÉ - PREMIÈRE RUPTURE D'ÉGALITÉ

Il ne peut y avoir d'effectivité du droit fondamental à la protection de la santé sans accessibilité du système de santé dans son ensemble : couverture maladie et structures sanitaires. L'accessibilité peut se décliner grâce à toute mesure visant à la faciliter : information adaptée, accompagnement, simplicité des dispositifs, etc.).

Les dispositifs de couvertures maladie sont multiples, et la lecture des critères de prise en charge est complexe pour les non-initiés. Il s'agit de :

- L'Aide médicale de l'État (AME) : prise en charge complète des frais de santé dans la limite des tarifs de la sécurité sociale s'adressant aux personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour sous conditions de ressources et de résidence en France en situation irrégulière ;
- La Protection universelle maladie (PUMA) : prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale sous conditions de résidence régulière ou de travail en France ;
- La Complémentaire santé solidaire (C2S) : prise en charge de la part complémentaire des frais de santé non pris en charge par la sécurité sociale, gratuite ou contributive en fonction des revenus.

**Ces droits en santé, qui devraient ainsi ouvrir la porte du système de santé, ne sont pas connus des personnes**

**à qui ils s'adressent, grand public ou publics précarisés, ils sont obscurs et finissent pas entraver la porte qu'ils visaient à ouvrir.**

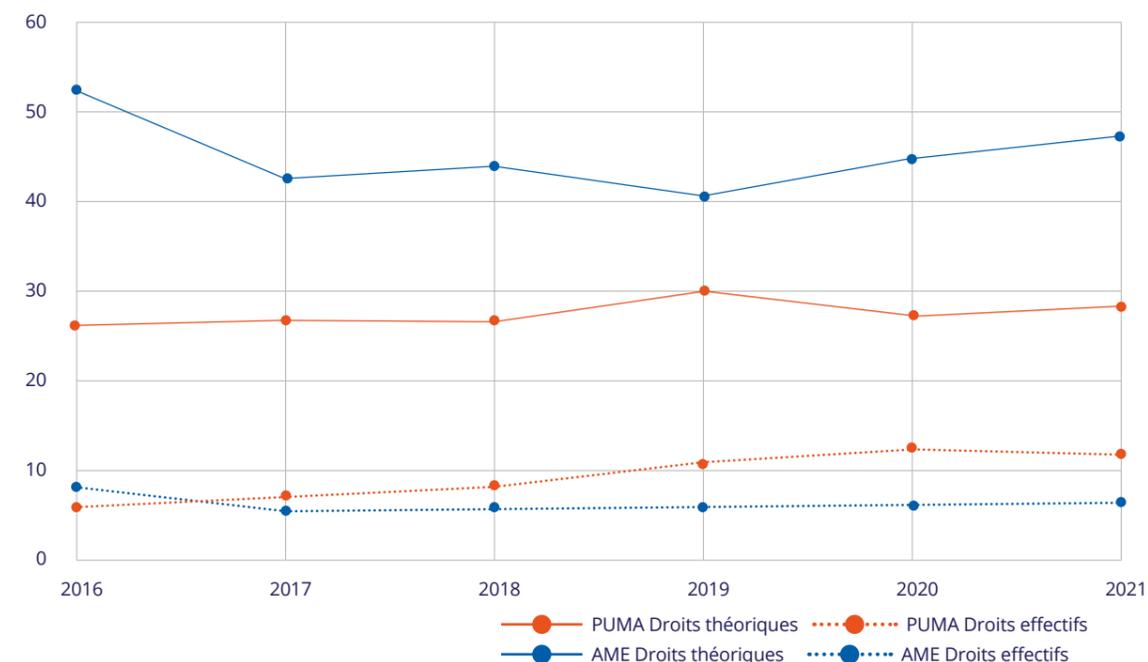
Le premier obstacle à l'information des personnes en matière de droits en santé, est la responsabilité de sa diffusion partagée entre différents services publics : les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les plateformes d'accueil de demandeurs d'asile, au détriment d'un accompagnement effectif et de la garantie d'une information complète et adaptée.

En dépit des fantasmes d'« appel d'air », de « tourisme médical », les équipes de Médecins du Monde rencontrent quotidiennement des personnes qui ne connaissent pas leurs droits ou qui, lorsque leur demande est en cours d'instruction, voire acceptée, ne savent pas où s'adresser pour être soignées.

Parmi les personnes reçues dans les Caso, la proportion de celles éligibles à la PUMA a augmenté (de 25,5 % en 2016 à 28,2 % en 2021) tout comme celle des personnes effectivement couvertes par la PUMA (6,2 % en 2016 à 11,5 % en 2021).

En revanche le taux de personnes éligibles à l'AME baisse progressivement de 52,8 % en 2016 à 44,3 % en 2019 puis remonte jusqu'en 2021 à 47,7 %. Par ailleurs, les taux de personnes ayant des droits ouverts à l'AME sont assez constants avec toutefois une petite baisse cette année, passant de 7,9 % en 2016 à 6,3 % en 2021 (figure 9).

FIGURE 9 - ÉVOLUTION DES DROITS EFFECTIFS ET THÉORIQUES<sup>76</sup> SELON LA COUVERTURE (AME ET PUMA) ENTRE 2016 ET 2021 (EN %)



Plus de 77 % des personnes reçues dans les Caso lors de leur première venue sont éligibles à une couverture maladie (47,7 % à l'AME et 28,2 % à la PUMA). Cependant, dans les faits, 81,3 % n'en disposent pas (seules 11,5 % bénéficient de la PUMA, 6,3 % de l'AME, et 1 % d'une couverture maladie européenne ou assurance visa).

Ces chiffres illustrent la difficulté, pour les publics reçus à obtenir des droits à la couverture maladie et en premier lieu des informations claires : il n'existe par exemple aucune campagne d'information sur les droits à destination des potentiels bénéficiaires de l'AME. Les obstacles érigés par la réforme de 2019 seront précisés dans les paragraphes qui suivent.

Les taux de non-recours au droit à l'AME restent très élevés même après plus de trois ans en France, preuve s'il en faut des nombreux obstacles que rencontrent les publics, et notamment l'insuffisance de l'information. Les campagnes nationales d'information sur les droits en santé ne ciblent pas les personnes éligibles de l'AME : les brochures d'information sur l'AME ne sont qu'en français et rarement exposées dans les CPAM, les formulaires de demande sont toujours plus incompréhensibles et les procédures de renouvellement de l'AME complexes. Ainsi, malgré plus de trois ans de résidence en France, la proportion de personnes effectivement couvertes par l'AME évolue peu.

*Un couple, avec leur fille, arrivé en France en 2016, s'est vu débouter de sa demande d'asile en 2018 et bénéficie de l'AME. En octobre 2020, Madame se rend à la CPAM pour demander un renouvellement de son AME, or elle est de nouveau en possession d'une attestation de demande d'asile ayant demandé un réexamen ; l'attestation est valable jusqu'au 28 février 2021. Elle complète donc une demande d'affiliation au régime général avec une complémentaire santé solidaire. Un mois et demi plus tard (le 26 novembre 2020) : un courrier de la CPAM demande une attestation de demande d'asile où figure l'enfant ; or Madame l'a déjà communiquée dans la demande initiale. Le 14 décembre 2020 : un nouveau courrier demande de compléter le formulaire de ressources de la C2S, document déjà communiqué dans la demande initiale. Le 5 janvier 2021 : encore une demande de pièce complémentaire : cette fois-ci le RIB (déjà communiqué dans la demande initiale) mais aussi l'attestation de demande d'asile où figure l'enfant (communiquée à deux reprises). Le 3 février 2021 : nouvelle demande du RIB à nouveau adressé. Le 1<sup>er</sup> avril 2021 (cinq mois et demi après la demande) : un courrier informe qu'il ne peut y avoir d'ouverture de droits à la C2S car les droits de base sont fermés. Le 26 mai 2021 : n'ayant pas de nouvelles et n'ayant plus de titre de séjour, la famille fait une demande d'AME qu'elle reçoit deux mois plus tard. Cette famille (avec un enfant de 11 ans) n'aura eu aucun droit durant neuf mois malgré une demande dûment complétée, déposée et vérifiée par le guichet CPAM. [Équipe MdM, Caso, Nice 2021]*

<sup>76</sup> Les droits théoriques sont les taux d'éligibilité à la couverture maladie. Les droits effectifs sont les droits ouverts.

L'information étant la base de l'accès aux droits et aux soins, Médecins du monde recommande le développement d'outils et de campagnes d'information par la Cnam, travaillés avec les usagers, adaptés et traduits<sup>77</sup>, sur les droits et le système de santé pour lutter contre le non-recours.

## L'ACCÈS AU SERVICE PUBLIC, UN IMPENSÉ, MARQUEUR D'INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La réforme de 2019<sup>78</sup> a introduit de nombreuses mesures restrictives. Deux ans après leur entrée en vigueur les équipes de MdM et ses partenaires associatifs perçoivent les effets délétères sur les personnes précarisées qu'elles rencontrent et accompagnent.

L'une de ces mesures a entraîné une réorganisation de l'accueil au sein des CPAM conduisant à l'exclusion des personnes précarisées. **L'obligation de dépôt physique des premières demandes d'AME** prévue à l'article L 252-1 du code de l'action sociale et des familles<sup>79</sup> est en vigueur depuis le 2 juin 2021. Censée lutter contre la fraude et s'assurer de la présence du demandeur sur le territoire, cette mesure a imprégné d'une logique de suspicion toute la procédure de demande d'AME.

Alors que la crise Covid a accéléré la dématérialisation des démarches administratives et érigé des barrières numériques, linguistiques, physiques et financières violant le principe d'égal accès au service public, cette nouvelle obligation de dépôt physique par les primo-demandeurs conduit à des situations ubuesques où pour déposer un dossier de demande d'AME il faut, comme dans certaines caisses d'Ile-de-France par exemple, préalablement :

- obtenir *via* le 3646 (numéro payant et saturé) un rendez-vous téléphonique ;
- répondre au numéro inconnu pour ce rendez-vous téléphonique durant lequel, sans possibilité d'interprétariat, l'agent CPAM tente de s'assurer que le dossier est complet pour donner un rendez-vous physique ;
- se rendre à la CPAM spécialisée dans le dépôt des demandes d'AME et qui n'est pas nécessairement la plus proche de chez soi (et cet élément n'est pas anodin, il révèle un nouveau phénomène éloignant toujours plus les usagers des guichets : la spécialisation des caisses<sup>80</sup>) ;

<sup>77</sup> Telles que les sessions d'information collectives organisées par les équipes de la mission banlieue de Médecins du monde à Saint Denis très appréciées des personnes accueillies.

<sup>78</sup> Constituée des articles 264 et 265 de la Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, du Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France, du Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé, du Décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement de données VISABIO et du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

<sup>79</sup> Modifié par l'article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019.

<sup>80</sup> Pour le département de la Seine-Saint-Denis, par exemple, toutes les demandes d'AME doivent être déposées à la caisse de La Courneuve. Dans le Val-de-Marne, les cartes AME qui ne peuvent être récupérées qu'à Ivry.

<sup>81</sup> Premier guichet au sein des CPAM, n'accueillant que sur rendez-vous. Il est censé donner les premières informations, orienter voire donner un rdv en CPAM mais sa mission n'est pas d'accompagner les personnes concernées.

<sup>82</sup> L'ampleur de ce problème est également confirmée par le rapport du Défenseur des droits « *Dématérialisation des services publics : trois ans après où en est-on ?* » (DDD, 2022). Il constate une augmentation des réclamations à ce sujet, un éloignement des services publics pour les personnes âgées, en situation de précarité, étrangères, jeunes, etc. MdM et le DDD se rejoignent dans les constats et les demandes : que soient toujours garanties plusieurs modalités d'accès effectif aux services publics et qu'aucune démarche administrative ne soit accessible uniquement par voie dématérialisée.

<sup>83</sup> Espace en ligne sur le site de l'assurance maladie permettant par exemple de consulter ses remboursements, faire le suivi de ses demandes, télécharger des attestations.

- être ponctuel car un retard de dix minutes équivaut à une annulation du rendez-vous ;

- répondre positivement aux questions de l'agent de sécurité à l'entrée qui n'est pas formé aux droits de santé mais participe à l'orientation des personnes ;

- pour enfin espérer déposer sa demande, obtenir un récépissé de sa demande et en fonction des caisses qui exigent également un rendez-vous pour venir retirer la carte, reprendre contact avec le 3646.

Dans son rapport d'activités, la Cnam indique « *repenser les principes des accueils physiques des organismes locaux* » (Cnam, 2021). Au moment de la rédaction de ce rapport, les équipes de MdM accompagnant les personnes à l'ouverture et à l'usage de droits AME constatent au contraire que toutes les CPAM n'ont pas réouvert leurs guichets ou organisé de « *boxes d'urgence* »<sup>81</sup> censés offrir une première information.

Cette hétérogénéité de l'accueil du public, au-delà de faire perdre un temps précieux aux équipes qui doivent constamment se mettre à jour sur ces pratiques avant d'orienter les personnes, conduit à une différence de traitement d'une ville à l'autre qui ne peut se justifier par les spécificités territoriales.

**Malgré les alertes à destination de la Cnam des associations depuis juillet 2021, la cartographie de ces « boxes d'urgence » n'existe toujours pas. Les associations et les usagers demandent toujours à être impliqués dans l'élaboration de leur cahier des charges.**

Face à l'éloignement de ces services publics et pour dénoncer l'impact de la dématérialisation dans toutes les démarches administratives, près de 300 organisations<sup>82</sup>, collectivités territoriales, syndicats, collectifs et partenaires ont signé un **Manifeste pour un service public plus humain et plus ouvert à ses administrés.**

Médecins du monde rappelle que pour que soit garanti le principe de l'égalité devant le service public, les modalités d'accès doivent toujours être multiples et garantir un accueil et un accompagnement adapté à chaque public.

La dématérialisation est sélective, sa mise en place à outrance crée de l'iniquité. Le compte Ameli<sup>83</sup> est censé partager les

informations entre la caisse d'assurance maladie et les usagers. Les demandeurs d'asile, les MNA et les bénéficiaires de l'AME ne peuvent donc pas y accéder. Cela impacte directement les acteurs du travail social contraints de consacrer « *deux tiers de leur journée* »<sup>84</sup> à passer par les guichets ou le 3646 pour accompagner les personnes afin de connaître les droits ou la situation de leur demande. Perpétuellement obligées de passer par un agent ou un travailleur social, les personnes concernées ne peuvent être autonomes dans la mise en œuvre de leurs droits en santé. Ainsi **cette dématérialisation à outrance peut reléguer ces personnes dans certains dispositifs dédiés à la précarité, nuisant à la mise en place d'un parcours de droits en santé coordonné.**

### Le recours au numérique impossible pour bon nombre de personnes

*L'assistante sociale reçoit Mme B. le 2 mars pour le renouvellement de sa complémentaire santé solidaire. Trois mois plus tard, elle n'a aucune réponse et revient voir l'assistante sociale qui est informée par la CPAM que les droits ont été renouvelés. Pour les faire valoir, Madame a besoin d'une attestation de droit : elle a un numéro provisoire et ne peut donc pas ouvrir un compte Ameli et donc pas avoir non plus son attestation en ligne. Avec l'assistante sociale elle appelle le 3646 qui dit ne pas être habilitée à transmettre les attestations. Elle se présente donc au guichet CPAM où elle est reçue par un agent qui déplore ne pas pouvoir imprimer d'attestation. Trois mois après avoir fait une demande, cette dame a bien des droits mais ne peut toujours pas le prouver. [Équipe MdM, Caso, Nice, 2021]*

TABLEAU 24 – PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS UN CASO, 2021

	n	%
Aucun obstacle déclaré	1 584	22,5
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.)	2 523	35,9
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecin traitant)	2 115	30,1
Barrière linguistique	1 519	21,6
Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.)	1 083	15,4
Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, soins non pris en charge, etc.)	1 001	14,2
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	416	5,9
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.)	216	3,1
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	131	1,9
Éloignement des structures administratives ou de soins	83	1,2
Droits ouverts dans un autre pays européen	57	0,8
Autre raison exprimée (refus officine, Pass non fonctionnelles, etc.)	216	3,1

Taux de réponse : 45,8 %.

<sup>84</sup> Témoignage d'une actrice du travail social à Paris.

Médecins du monde demande la garantie de plusieurs moyens de communication avec les CPAM et l'accès à leurs informations (en français et dans la langue de l'utilisateur) pour tous les usagers quelle que soit leur couverture maladie.

Médecins du monde recommande en conséquence d'augmenter les moyens dédiés aux CPAM pour l'accueil, l'augmentation du nombre de rendez-vous et l'allongement de leur durée ainsi que la formation des agents qui subissent également les effets néfastes de cette réforme dans leur quotidien.

La couverture maladie et le service public qui en assure la mise en œuvre doivent être compréhensibles et accessibles à tous, particulièrement des personnes précarisées qui sont de fait exclues par une procédure complexe impliquant l'usage d'un ordinateur, d'une connexion internet et ne permet plus l'accompagnement et l'orientation qu'offrent un accueil en agence.

En effet, 35,9 % des personnes évoquent les « difficultés administratives » et pour 30,1 % la « méconnaissance des droits et des structures » lors de leur première visite dans un Caso (tableau 24).

## DROITS EN SANTÉ : UN CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE COMPLEXE, UNE MISE EN ŒUVRE HÉTÉROGÈNE

### LA DOMICILIATION, PORTE D'ENTRÉE OU BARRIÈRE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ?

La domiciliation est un droit<sup>85</sup> qui permet aux personnes sans domicile stable d'avoir un lieu sécurisé où recevoir leur courrier. Elle est indispensable à la grande majorité des personnes que Médecins du Monde accompagne. Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, 27,9 % des personnes ne possédaient pas d'adresse postale. Plus des trois-quarts des personnes sans adresse indiquaient n'avoir fait aucune démarche et 5,0 % déclaraient avoir rencontré un problème ou un refus. En revanche, 41,1 % disposaient d'une adresse (personnelle ou chez la famille/les amis) et 31,0 % des personnes disposaient d'une domiciliation administrative, principalement en association (69,4 %).

La domiciliation n'est pas garantie voire organisée dans toutes les communes, particulièrement en dehors des grandes métropoles, contrairement à ce que la loi impose. En effet, alors que le critère du lien avec la commune pour l'obtenir est inscrit dans la loi<sup>86</sup>, les textes ne prévoient pas de budget dédié et chaque CCAS a son propre règlement intérieur.

Cela conduit à une différence de traitement d'une ville à l'autre et trop souvent au renoncement des usagers découragés qui ne pourront donc pas entamer de démarches pour obtenir une couverture maladie.

#### Le trop long parcours d'accès aux droits et aux soins

*Nous avons rencontré Madame X. en mai 2020 sur un terrain. Femme roumaine de 60 ans, ne parlant pas français, sans droit ouvert à l'assurance maladie en France, et sans domiciliation. Madame X. ne voit pas de son œil gauche. Elle a besoin d'une évaluation médicale en vue d'une opération chirurgicale. Nous l'orientons vers le CCAS de Feyzin en juillet 2020 pour une domiciliation. La domiciliation sera finalement ouverte en janvier 2021. À la suite de la domiciliation nous envoyons, en janvier 2021, son dossier pour une demande PUMA + CSS + AME. Nous apprenons peu de temps après que les éléments de son dossier ont été perdus par la CPAM, ont lieu alors plusieurs allers-retours de courriers, de demande de papiers complémentaires, etc. Entre temps le terrain a été expulsé et nous ne voyons plus Madame X. Nous la rencontrons finalement sur un nouveau terrain en juillet 2021. Nous mettons à jour son dossier et la demande d'AME est finalement validée mi-janvier, pour une fin de validité fin janvier. Nouveau dossier à constituer, nouvelle domiciliation à demander, etc.*

*Une nouvelle demande est envoyée en mars 2022. Madame a récupéré sa carte AME le 18 mai 2022, un rendez-vous en ophtalmo a pu être pris pour le début du mois de juin, deux ans après notre rencontre.*

[Équipe MdM, programme Médiation squat et bidonville, Lyon, 2021]

Les équipes rapportent de nombreuses pratiques hétérogènes et abusives : dans certains CCAS la domiciliation doit être validée par un élu, dans d'autres lors de la tenue du conseil municipal, un autre encore exige une lettre de motivation en français afin que la demande soit recevable, beaucoup refusent au guichet sans justifier leur décision ni remettre de récépissé. L'obstacle majeur identifié par les équipes est l'interprétation extrêmement restrictive de la notion de « lien avec la commune ».

La direction générale de la cohésion sociale recommande dans son guide que l'entretien préalable à la domiciliation des personnes sans domicile stable soit l'occasion pour le CCAS d'entamer un accompagnement social global. Toutefois, les équipes de Médecins du monde constatent que cet accompagnement social n'est pas automatique. Il ne s'adresse pas toujours à tous les domiciliés puisque par exemple les personnes en situation administrative irrégulière peuvent en être exclues.

RECO.

**Médecins du monde demande la garantie pour toutes et tous de l'accès à une domiciliation dans les mêmes conditions partout en France et offrant le même accompagnement social quelle que soit la situation au regard du droit au séjour.**

### L'IMPACT DE LA RÉFORME DE 2019 SUR LA SANTÉ

L'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999<sup>87</sup> a constitué une avancée majeure pour les personnes en situation de précarité. En 2016, l'importante réforme de la PUMA<sup>88</sup> a permis la simplification des démarches, l'universalisation, l'autonomie et la confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, la fin des ruptures de droits à chaque changement de régime. Malgré tout, les associations continuent d'exprimer leurs craintes sur le maintien d'un dispositif spécifique réservé aux étrangers en situation irrégulière au regard du droit au séjour « [qui] favorise le développement de pratiques discriminatoires et s'avère in fine coûteux pour la collectivité » (DDD, 2019).

Ainsi, ni la loi de 2016 sur la modernisation du système de santé en France<sup>89</sup>, ni la loi de santé de juillet 2019 n'ont prévu ce « choc de simplification » du dispositif d'accès à la couverture maladie pour permettre une protection maladie réellement inclusive pour toutes les personnes en précarité.

Bien au contraire, **la réforme de 2019 a complexifié les procédures et a entravé l'accès aux soins des personnes étrangères précarisées**<sup>90</sup>.

- Instauration d'un délai de carence de trois mois avant l'affiliation des demandeurs d'asile au régime général d'assurance maladie<sup>91</sup> ;
- Instauration d'un délai de résidence en situation irrégulière de trois mois ;
- Instauration d'un délai de carence de neuf mois avant l'accès au panier de soins complets de l'AME ;
- Obligation de dépôt physique en caisse primaire d'assurance par tous les primo-demandeurs d'AME ;
- Réduction de la période de maintien des droits.

Les équipes constatent que ces obstacles provoquent non seulement des retards dans l'accès à une couverture maladie

ainsi qu'une grande incompréhension, mais également des renoncements aux soins pour des personnes pourtant déjà fragilisées par leur parcours et/ou leurs conditions de vie.

Les personnes en situation administrative précaire subissent également depuis cette réforme quasi systématiquement des difficultés lors du passage de la CSS à l'AME lorsque le titre de séjour arrive à échéance. Une demande d'AME ne peut être demandée qu'à réception du courrier de fermeture des droits à l'assurance maladie et ce courrier arrive rarement.

## UNE COMMISSION D'ENQUÊTE PARLEMENTAIRE SUR LES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES EXILIÉES AUX FRONTIÈRES FRANÇAISES

Depuis 2019, cinq associations composant la Cafu (Médecins du Monde, Amnesty International, La Cimade, Médecins sans frontières, le Secours catholique) ont entrepris des démarches auprès de différents groupes parlementaires afin que soit créée une commission d'enquête parlementaire (CEP) sur les droits fondamentaux des personnes exiliées aux frontières françaises.

Composée de trente membres, elle a vu le jour en 2021 sur « les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France ». Cette commission, qui a duré six mois, a eu pour but d'élaborer des recommandations concrètes pour contribuer à faire évoluer la politique française. Elle a souhaité envisager l'ensemble du parcours des personnes en partant de leurs témoignages directs, de s'intéresser aux situations dans les pays limitrophes de l'UE, au sauvetage en Méditerranée, au premier accueil en Europe, et bien sûr aux politiques mises œuvre sur le territoire français. Les parlementaires ont réalisé des investigations et enquêtes à Aubervilliers, Briançon, Calais, Menton, Nice, Paris ainsi qu'en Italie, Irak, Égypte, et à Bruxelles. Les cinq associations composant la Cafu avec

plusieurs partenaires du monde associatif et syndical, ont fourni à la commission d'enquête des informations sur plusieurs sujets touchant aux droits fondamentaux des personnes en migration : des constats de terrain, des recommandations et des questions à approfondir. Chaque sujet a fait l'objet d'une note thématique disponible en annexes du rapport de la CEP (pages 237-453) et compilées dans le rapport de la Cafu « *Migrations, pour la protection des droits fondamentaux* » (Cafu et al., 2021)

La CEP a rendu son rapport en 2021, dans lequel elle pointe notamment l'insuffisant recours à l'AME, les réclamations abusives de certaines pièces par les CPAM, les délais qui encadrent de façon excessive le recours à l'AME et le délai de carence pour les demandeurs d'asile (Assemblée nationale, 2021). Elle recommande ainsi de « **mettre en œuvre une politique volontariste pour lever les obstacles à l'accès à l'AME et supprimer le délai de carence s'appliquant aux demandeurs d'asile avant leur affiliation à la PUMA** ». Nous regrettons toutefois que la proposition d'intégrer les bénéficiaires de l'AME au régime général de la sécurité sociale n'ait pas été reprise, « *une occasion manquée d'avancer vers un système réellement universel* ».

RECOMMANDATIONS

Médecins du monde recommande, notamment comme l'IGAS, le DDD, l'académie de médecine d'intégrer les bénéficiaires de l'AME au régime général de l'assurance maladie.

À défaut, et dans les plus brefs délais, Médecins du monde recommande de supprimer les mesures restrictives de la réforme de 2019 dont le délai de carence des demandeurs d'asile que la commission d'enquête parlementaire (CEP) appelle à supprimer.

À défaut également, d'organiser un renouvellement automatique de l'AME et de la C2S (jusqu'à ce que la situation administrative change) pour

que cessent les ruptures de couverture et d'élaborer un formulaire de demande de couverture maladie unique permettant la recherche simultanée de droits AME, DSUV, à l'assurance maladie ou issus d'une coordination internationale

À défaut, également de mettre en place une carte à puce pour les bénéficiaires de l'AME, les demandeurs d'asile et les MNA, leur permettant d'accéder à un compte Ameli et potentiellement réduire les risques de refus de soins de professionnels de santé redoutant un retard dans la télétransmission des feuilles de soins et leur prise en charge.

<sup>85</sup> Article L 264-1 du code de l'action social et des familles.

<sup>86</sup> Article R264-4 CASF.

<sup>87</sup> Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

<sup>88</sup> Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de Financement de la Sécurité sociale pour 2016.

<sup>89</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

<sup>90</sup> Pour aller plus loin : voir rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2020, page 53.

<sup>91</sup> Les associations dont Médecins du monde avaient tenté d'empêcher le déploiement de cette entrave en saisissant le Conseil d'État qui le 16 juin 2021 rejetait les demandes des associations en considérant en synthèse que l'accès aux soins urgents et vitaux uniquement en milieu hospitalier durant de délai de trois mois était suffisant.

**LES PRATIQUES ABUSIVES OU DÉFAILLANTES**

La réforme de 2019, et les relents de suspicion de fraudes sur lesquelles elle repose, conduit les agents instructeurs des CPAM à être toujours plus rigides dans l'instruction des demandes et les agents qui enregistrent les dossiers à être extrêmement stricts dans les pièces acceptées ou non. En parallèle les délais d'instruction, particulièrement depuis la centralisation des caisses instructrices des demandes d'AME, sont toujours plus longs.

En dépit des tentatives de la Cnam d'homogénéiser les pratiques avec la centralisation des caisses instructrices de demandes d'AME (Poitiers, Paris, Marseille et Bobigny) les dérives sont toujours très fréquentes, chronophages pour les équipes et épuisantes pour les personnes.

Parmi les pratiques abusives rencontrées par les équipes de Médecins du monde et dénoncées également dans le rapport de la commission d'enquête parlementaire, de nombreuses caisses demandent encore deux preuves de résidence<sup>92</sup>, d'autres refusent désormais de prendre en compte les attestations, d'autres encore considèrent que les ordonnances et feuilles de soins ne sont pas des preuves de présence, d'autres enfin exigent la copie de toutes les pages du passeport, etc.

S'agissant de l'enregistrement et du traitement des demandes, les équipes de Médecins du monde déplorent des défaillances systémiques pour lesquelles, malgré les alertes, il n'est pas constaté d'améliorations. De très nombreux dossiers sont perdus, la question de la remise systématique d'un récépissé est toujours problématique, de nombreuses pièces sont indéfiniment redemandées, le principe de l'adresse déclarative n'est pas respecté, l'édition des cartes AME par un nouveau et unique prestataire provoque de lourds retards dans leur envoi alors même que les droits sont ouverts, les formulaires sont toujours plus complexes.

Le combat des pièces abusives et de l'interprétation hétérogène des textes n'est pas le combat de militants procéduriers : **à chaque pièce refusée ce sont des semaines voire des mois supplémentaires à l'instruction de la demande, avant que la couverture ne soit effective** et que la carte AME ne soit envoyée à la personne ; laquelle, dans l'attente, évitera de se rendre chez un médecin ou à l'hôpital de crainte de recevoir une facture.

**Médecins du monde demande que soit garanti le respect des textes et diffusée une instruction claire et contraignante sur les pièces à produire, animée par un souci d'accès aux soins des personnes et non de suspicion de fraude.**

**PARMI LES PUBLICS VULNÉRABLES : LES DEMANDEURS D'ASILE, LES MINEURS**

Les demandeurs d'asile possédant a minima une convocation en Préfecture sont éligibles à l'assurance maladie de base (PUMa) passé le délai de carence de trois mois introduit par la réforme de 2019.

Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso en 2021, 76,7 % des demandeurs d'asile sont éligibles à la couverture maladie mais 69,7 % d'entre eux n'ont aucune couverture (tableau 25).

Parmi les demandeurs d'asile éligibles à la couverture maladie, l'ouverture des droits diffère selon leur statut et en lien également avec leur durée de présence en France. En effet, ceux éligibles à la couverture maladie possédant uniquement une convocation en Préfecture ou ceux en procédure Dublin sont respectivement 81,5 % et 77,1 % à ne pas avoir de droits ouverts. Enfin, 64,5 % des personnes éligibles avec une demande d'asile en cours et 41,0 % de celles avec une demande en réexamen ne disposaient pas de droits ouverts à la couverture maladie. Les Spada ouvrent des droits aux demandeurs d'asile, sans toutefois en expliquer clairement le fonctionnement. Ainsi les équipes de Médecins du Monde retrouvent des demandeurs d'asile qui ne connaissent notamment pas la procédure de renouvellement de leur complémentaire santé solidaire.

**TABLEAU 25 – OUVERTURE DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE PARMI LES PERSONNES ÉLIGIBLES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL SELON LEUR STATUT DE DEMANDEUR D'ASILE, 2021**

Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie	Demandeurs d'asile		Autres personnes	
	n	%	n	%
Droits ouverts <sup>1</sup> à la couverture maladie	387	30,3	1 146	22,3
Droits non ouverts	891	69,7	3 990	77,7

Taux de réponse : personne éligible : 72,4 % ; droits effectifs : 80,9 %  
<sup>1</sup> Les patients disposant de droits dans un autre pays européen ou couverts par l'assurance du visa sont exclus de l'analyse.

Comme tout mineur, les mineurs non accompagnés doivent bénéficier d'une couverture maladie : la PUMa s'ils sont pris en charge par l'ASE ou l'AME dans les autres cas. Cependant, l'accès à la couverture maladie apparaît particulièrement difficile pour les mineurs non accompagnés puisque 97,1 % d'entre eux ne sont pas couverts. Parmi les obstacles à l'accès aux droits et aux soins, 53,7 % des MNA évoquent majoritairement les difficultés administratives, mais aussi les obstacles liés à la méconnaissance des droits et des structures pour 34,2 % et à la barrière linguistique (16,3 %). Par ailleurs, près de la moitié d'entre eux (49,2 % vs. 20,5 %) ne disposent d'aucune adresse postale leur permettant de faire leur demande de droits.

Lorsqu'ils sont en recours, les équipes constatent que les CPAM ne les exonèrent plus du délai de carence de trois mois comme le prescrivent les textes ou, pour le faire, demandent des pièces inédites telle qu'une attestation d'absence de référent parental sur le territoire ou une justification/évaluation de leurs ressources.

D'autres publics particulièrement vulnérables interrogent également les équipes sur la viabilité de l'organisation des droits en santé tels les travailleurs précaires qui même lorsqu'ils cotisent n'ont pas de couverture maladie. Les européens précaires doivent attendre près d'un an pour obtenir une AME. Lorsqu'ils travaillent comme saisonniers, la Mutualité sociale agricole (MSA) refuse en toute illégalité de les affilier s'ils ne présentent pas d'ordonnance ou de feuille de soin.

**RECOMMANDATIONS**

Afin d'assurer un accès aux droits en santé juste et équitable, Médecins du monde :

- Rappelle que la circulaire Cnam sur le droit au séjour des européens précaires est toujours attendue dans la mesure où l'évaluation du droit au séjour de ces usagers est toujours complexe et source d'erreur ;
- Demande que les MNA soient considérés comme mineurs tout le temps de leur procédure et le cas échéant de leur recours et qu'ainsi des droits en santé leur soient immédiatement ouverts.

**MAYOTTE, DÉPARTEMENT FRANÇAIS DEPUIS 2011 OÙ LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES NE S'APPLIQUENT PAS**

À Mayotte, la C2S et l'AME ne sont pas applicables, tout comme le dispositif dit de prolongation de droits. En d'autres termes, seules les personnes en mesure de justifier de la régularité de leur séjour peuvent être affiliées à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte, en revanche elles n'auront qu'une couverture de base. Il existe depuis 2018<sup>93</sup> une sorte de complémentaire s'adressant aux plus précaires, la « Mut num ». Mais les informations à son sujet sont si peu diffusées, les pièces exigées si difficiles à produire que ce dispositif reste hors de portée des personnes reçues par l'équipe de Médecins du Monde. Le tiers payant n'étant pas applicable à Mayotte, les personnes, même affiliées, sont contraintes de se tourner vers les dispositifs hospitaliers, la barrière financière à la médecine libérale étant trop forte.

L'AME n'existant pas à Mayotte, l'article L6416-5 du code de la santé publique prévoit la prise en charge des frais de santé par l'État « pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et pour celles recevant des soins dans le cadre de la lutte contre des maladies transmissibles graves lorsque ces soins sont dispensés par les établissements publics de santé ». Ainsi toutes les pratiques visant à exiger une provision financière telle qu'organisée par le CHM (Centre hospitalier de Mayotte) pourraient juridiquement s'apparenter à un refus de soins discriminatoire et c'est bien ce qui a été rappelé à de nombreuses reprises à l'ARS. Le CHM continue pourtant aujourd'hui d'exiger de ces publics des provisions financières allant de 10 à 25 euros, sommes astronomiques lorsque la moitié des personnes vivant à Mayotte déclarait en 2018 vivre avec moins de 260€ par mois.

En attendant la fusion de la PUMa/AME (cf. chapitre 3.2, p.88), Médecins du Monde demande l'application du code de la sécurité sociale pour le maintien de droits et la C2S ainsi que celle du CASF en ce qui concerne l'AME. Ces deux codes appliqués à Mayotte permettraient de mettre fin au régime dérogatoire ainsi qu'aux provisions financières.

<sup>93</sup> Introduit dans le cadre du vote du PLFSS pour 2019.

<sup>92</sup> Et non une seule comme le prescrivent les textes.

## 03

PAS DE SANTÉ SANS ACCÈS  
AUX SOINS DANS UN PARCOURS  
DE DROIT COMMUN

## LES POINTS ESSENTIELS

- Avec la dégradation du système de santé, les personnes en précarité sont confrontées à des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins et à la prévention.
- Près de 22 % des personnes reçues dans les Caso en 2021 signalent une barrière linguistique dans l'accès aux soins ; ainsi que près de 35 % des demandeurs d'asile.
- 14 % des personnes indiquent que les difficultés financières sont un frein à l'accès aux soins.
- 67 % des personnes ayant une pathologie chronique ont un retard de soins, et près de 56 % d'entre elles ont besoin de soins urgents ou assez urgents.

## LES BARRIÈRES DE L'ACCÈS AUX SOINS

Plusieurs obstacles sont communs à l'accès aux droits et à l'accès aux soins, toutefois certains sont plus spécifiques à l'un ou l'autre de ces droits. Parmi les obstacles à l'accès aux soins les plus fréquemment évoqués, le premier est la méconnaissance des droits et des structures (30,1 %) (cf. chapitre 3.2, page 84) la barrière linguistique (21,6 %) ; les difficultés financières (14,2 %) (tableau 26).

Les personnes ne détenant pas de titre de séjour déclarent davantage d'obstacles liés aux difficultés administratives : 39,1 % contre 28,8 % des personnes majeures en situation régulière. Cette barrière administrative est aussi la principale raison évoquée pour 41,1 % des mineurs et leurs parents.

TABLEAU 26 – PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS UN CASO, 2021

(Plusieurs réponses possibles)	n	%
Aucun obstacle déclaré	1 584	22,5
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecin traitant)	2 115	30,1
Barrière linguistique	1 519	21,6
Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraires, soins non pris en charge, etc.)	1001	14,2
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	131	1,9
Éloignement des structures administratives ou de soins	83	1,2
Autre raison exprimée (refus officine, Pass non fonctionnelles, etc.)	216	3,1

Taux de réponse : 45,8 %

## LA BARRIÈRE DE LA LANGUE : UN OBSTACLE MASSIF À L'ACCÈS AUX SOINS

Les barrières linguistiques influent sur la qualité des soins, et ont des conséquences telles que des diagnostics retardés, mauvais diagnostics, relais vers des consultations inappropriés ou situations dans lesquelles le médecin a omis d'expliquer l'état du patient ou le traitement recommandé, d'assurer la confidentialité ou d'obtenir le consentement éclairé du patient (Bowen, 2003 ; Bowen & Kaufert, 2000 ; Haffner, 1992 ; Holden & Serrano, 1989 ; Flores et al., 1998). L'évaluation d'un service d'interprétariat par visio-conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux identifie la « barrière linguistique et culturelle » comme l'une des grandes difficultés mise en avant par les médecins généralistes en ville dans la prise en charge des migrants. La relation entre soignant et patient est affectée car les praticiens font appel à des solutions de « bricolage » (recours à une application, à un tiers, à des gestes, etc.) qui ne permettent pas une communication optimale et peuvent engendrer des problèmes concernant la confidentialité, le consentement ou la neutralité (Morice, 2019).

En 2021, 34,9 % des demandeurs d'asile reçus dans les Caso identifient la barrière linguistique comme obstacle à l'accès aux soins. Elle est également citée par 20,8 % des mineurs, et par 19,3 % des personnes en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour.

*L'hôpital est aux pieds du bidonville. Pour autant, une maman que nous rencontrons ne veut plus aller consulter car les trois fois où elle y est allée, on lui a donné du Doliprane et on l'a renvoyée chez elle. Comme il n'y a pas d'interprète à l'hôpital, elle n'a pas compris ce qu'elle avait, ce qu'avait son enfant, pourquoi elle pouvait rentrer et dans quel cas il fallait qu'elle revienne consulter.*  
[Équipe MdM, programme Mayotte, Océan Indien, 2021]

Rencontrer un professionnel qui ne parle pas la même langue peut susciter de nombreuses incompréhensions, des erreurs d'appréciation et aussi beaucoup de stress. Ainsi lors de l'entretien d'accueil et les consultations, 36,8 % des personnes rencontrées dans les Caso ont exprimé le besoin d'interprète. En 2021, 80,7 % des consultations ont eu recours à un interprète (dont 31,6 % par un interprétariat professionnel, 22,2 % par un intervenant MdM et 26,9 % par une tierce personne). L'intervention d'interprètes professionnels dans les Caso est en augmentation depuis plusieurs années (20,5 % en 2019). L'interprétariat professionnel est indispensable pour **contribuer à la qualité des soins et la relation soignant-patient**. Il permet la compréhension de la maladie, des résultats et des traitements. Il doit être garanti dès le début lors de la transmission d'information sur les droits et les soins par les services publics comme les CPAM et assuré dans tous les types de consultations du droit commun. Le recours à un interprète issu de la famille, et tout particulièrement les enfants, du voisinage ou de l'entourage immédiat, constitue une charge lourde pour les aidants. Il est particulièrement inquiétant de voir des enfants appelés à être interprète dans des situations souvent délicates ou

traumatisantes ; les études décrivent plusieurs cas : tel enfant à qui il a été demandé de dire à sa mère que le fœtus qu'elle portait était mort (Haffner, 1992) un autre enfant qui a été amené pendant une période prolongée à être interprète pour son frère mourant (Jacobs et al, 1995). Les aidants peuvent aussi méconnaître le droit du patient au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant (HAS, 2017a). Ainsi le recours à un interprète professionnel permet d'assurer le recueil d'un consentement libre et éclairé aux soins et d'influer sur la qualité de l'échange, du soin et du parcours.

*J'ai reçu une famille turque, l'enfant de 10 ans traduisait pour sa maman. Grâce à l'interprétariat téléphonique, j'ai pu recevoir la mère seule et parler prévention avec elle sur sa santé intime (vaccin papillomavirus) et pour son fils (écrans, suivi dentaire, etc.).*  
[Équipe MdM, Caso, Bordeaux, 2021]

L'évaluation d'un service d'interprétariat par visio-conférence réalisée en 2019 auprès de médecins généralistes et de patients non francophones démontre que l'absence d'interprétariat génère beaucoup d'inquiétudes, de frustrations et d'angoisses chez les patients, allant jusqu'au sentiment d'être moins bien soignés, ou de ne pouvoir accéder aux soins. Les médecins sont particulièrement insatisfaits d'être contraints « à une évaluation purement somatique rudimentaire dans un schéma souvent paternaliste ». Cette thèse de médecine compare différentes options d'interprétariat (interprète informel, logiciel de traduction, interprète professionnel, débrouille, etc.) et conclut que seul l'interprète professionnel fournit une pleine satisfaction au médecin et au patient (Morice, 2019). Les médecins généralistes sont globalement satisfaits de l'interprétariat professionnel concernant le soin, l'opportunité de dénouer des problématiques non résolues auparavant, et mieux comprendre la demande du patient ainsi que la délivrance d'informations ou une éducation thérapeutique (Soumana Ali et al., 2018).

Le recours à l'interprétariat professionnel en santé est maintenant reconnu comme une nécessité et encadré par des textes et un référentiel. Toutefois il ne peut se déployer sans les moyens nécessaires, à l'hôpital comme en médecine « de ville ». Les budgets hospitaliers dédiés à l'interprétariat en santé sont notoirement insuffisants. Tout début 2020, il était prévu, sur les recommandations d'un rapport Igas commandé par l'État, un financement et un dispositif national pour l'accès à l'interprétariat des médecins de ville, qui n'ont finalement pas vu le jour.

### L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL DANS LA MISE EN PLACE D'UN PARCOURS INTÉGRÉ AU DROIT COMMUN

Malgré l'obtention de droits à une couverture maladie, une partie des personnes précaires, et a fortiori les personnes non francophones, restent dans un circuit dédié à l'accueil des publics défavorisés entre des associations, CHU, Pass et quelques médecins libéraux pré-identifiés qui acceptent de soigner les personnes précarisées. **La barrière de la langue est en partie responsable de la difficulté à la mise en place d'un parcours de santé classique, ce qui par ailleurs provoque un moindre recours aux services de santé et un retard de prise en charge et de prévention.** Les difficultés de compréhension mutuelle complexifient les prises en charge et ont un impact négatif sur la qualité des soins.

À Bordeaux, Médecins du Monde constate que plusieurs dispositifs existent pour proposer des solutions d'interprétariat en santé mais ils sont limités à certaines structures (CHU, Médecins du Monde, etc.) ou à certains publics (demandeurs d'asile hébergés en Cada, patients suivis en CMP, etc.). Les acteurs de premier recours en ville n'y ont pas accès, sauf initiative personnelle. Ces limites posent un problème fondamental d'iniquité dans la qualité de l'accès aux soins des personnes précaires non-francophones et encouragent la concentration de ces patients dans certains dispositifs dédiés à la précarité, nuisant à la mise en place d'un parcours de santé coordonné.

Basées sur une revue de littérature, les expériences des programmes de MdM<sup>94</sup> et une enquête spécifique à Bordeaux, la délégation Aquitaine initie un projet visant à promouvoir l'Interprétariat pour les sages-femmes et les médecins afin de lutter contre la barrière de la langue pour les professionnels de santé en ville<sup>95</sup>. Ainsi, le Caso de Bordeaux, l'Imedi (Association d'interprètes pour la coordination des solutions d'interprétariat), l'Adesp (Association d'aide à la décision en santé publique pour la recherche-action sur l'interprétariat en santé) proposent à tous les médecins généralistes, médecins spécialistes et sages-femmes libéraux un accès gratuit à l'interprétariat professionnel téléphonique ou en présentiel lors des consultations. Les personnes directement concernées peuvent solliciter elles-mêmes une solution d'interprétariat, afin que la décision d'y recourir ne soit pas uniquement entre les mains du médecin mais qu'elles puissent mieux maîtriser leur parcours de santé. Ce projet fera l'objet d'une évaluation et de recommandations permettant de nourrir un plaidoyer.

### UNE PEUR PRÉGNANTE DE SE DÉPLACER

Parmi les personnes reçues dans les Caso, 32,9 % des personnes en situation administrative irrégulière disent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtées (sans spécifier l'objet du déplacement). Se rendre sur un lieu de soin peut donc paradoxalement être source de danger. Bien qu'assez important, il est encore en deçà de la réalité décrite dans les programmes mobiles de certains territoires où MdM intervient.

À Mayotte, les arrestations, contrôles, placements en centres de rétention et expulsions rapides sont généralisés et massifs, et la peur de se déplacer est fréquente parmi les personnes en situation administratives précaires. Les expériences quotidiennes des équipes de Médecins du Monde auprès des populations permettent d'affirmer que les contrôles de police induisent une dégradation de l'accès aux soins et une augmentation des cas de renoncement aux soins. Une partie de la population ne peut accéder aux structures de santé, dont les centres de dépistage et de vaccination. **Ces conditions limitent le recours aux soins de santé primaires, ne permettent pas de prévenir la propagation de la Covid et augmentent significativement le risque de décompensations aiguës des malades chroniques.**

*Dans ce quartier, lorsqu'un habitant a un abcès qui lui fait vraiment trop mal, il doit partir au milieu de la nuit (3-4h du matin) pour éviter les contrôles de la police aux frontières, mais il n'est pas certain de voir un médecin le jour même car il y a beaucoup de queue, les médecins sont en sous-effectif, et l'agent de sécurité à l'entrée fait le tri. Cette personne n'a pas été consulter avant parce qu'il lui fallait réunir l'argent pour le taxi et pour la consultation (cela peut représenter jusqu'à 20-30 € = montant de l'aide alimentaire donnée par la Croix-Rouge française pour deux semaines). Du coup, ce qui aurait pu être soigné avec des pansements, du désinfectant, peut-être des antibiotiques oraux, s'est aggravé. Il a dû plus tard, subir. une petite chirurgie.*  
[Équipe MdM, Programme Mayotte, 2021]

### DÉGRADATION DE L'HÔPITAL PUBLIC : UN ACCÈS AUX SOINS DE PLUS EN PLUS DIFFICILE POUR LES PERSONNES EN PRÉCARITÉ

Les obstacles s'accumulent pour les personnes en grande précarité et en situation administrative précaire, pour accéder aux soins et à la prévention. Certaines barrières perdurent ou s'accroissent, tandis que de nouvelles se sont ajoutées, en partie liées à la dégradation des structures de soins et à la crise Covid. Face à la dégradation rapide des soins dans l'hôpital public, MdM alerte sur le fait que les populations les plus exclues et en précarité vont être les premières touchées, l'hôpital public étant aussi un premier, ou ultime, recours pour ces publics. L'accès à la vaccination et au passe sanitaire a aussi constitué pour elles un frein supplémentaire à l'accès à l'hôpital (cf. chapitre 2.3, p. 64).

L'hôpital déjà « en crise » avant 2020 a été très impacté par la période de pandémie. Depuis, pour diverses raisons, la même politique se poursuit (regroupement hospitaliers, mode de financement par la tarification à l'activité, suppression du nombre de lits, etc.). Médecins du monde a soutenu les initiatives du Collectif interhospitaliers et du Collectif interurgence, notamment le projet de loi référendaire sur l'hôpital public. Celui-ci a été présenté par plus de 185 parlementaires demandant de renforcer les moyens humains et matériels (notamment des lits et des soignants) nécessaires aux soins ainsi qu'une démocratisation de la gouvernance de l'hôpital public. Il intervient dans un contexte où les réformes restrictives des droits de santé des étrangers de 2019 commencent à avoir des effets importants.

Les équipes de Médecins du Monde rapportent plusieurs situations alarmantes, ainsi à titre d'exemple, à Nantes, le service de gynécologie obstétrique suit les femmes enceintes en précarité seulement à partir du cinquième mois de grossesse. En sous-effectif, le service ferme régulièrement l'entrée à de nouvelles patientes. Or les patientes en grande précarité n'ont d'autres alternatives que le suivi de grossesse hospitalier. À Nice, les rendez-vous sont difficiles à obtenir et les délais sont souvent longs pour des suivis de grossesse ou des suivis d'enfants. Depuis décembre 2019, il n'est plus possible de passer une échographie en PMI (suite au départ en retraite du médecin qui n'a pas été remplacé). À Nice encore, l'accès au centre anti-cancéreux reste très difficile voire quasi impossible sans couverture maladie. Alors que le Dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV) pourrait être utilisé, il faut à chaque orientation « se battre » pour que les patients ne fassent pas l'objet d'un refus de soins.

### UNE DÉGRADATION DE L'ACCUEIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DANS LES PASS

Malgré un engagement de nombreux professionnels des Pass, les délais de rendez-vous augmentent et peuvent même doubler (un mois, deux mois...) dans de nombreux territoires. Les files actives augmentent, conséquence visible de la perte de droits de santé pour de nombreux étrangers en situation de précarité dans l'incapacité de payer leurs soins. Certaines Pass ont tendance à accueillir essentiellement des personnes aux situations médicales et sociales les plus complexes, les autres personnes sans droit n'ayant d'autre recours que les rares lieux de soins gratuits tels que ceux de MdM. Les personnes précarisées ne peuvent donc pas être réinsérées dans le système de soins de droit commun. Dans certains territoires, des Pass sont extrêmement saturées.

*Le campement de Loon-Plage rassemble entre 500 et 700 personnes, dont de nombreuses familles avec enfants en bas âge. La Pass est située à plus de 16 km dans le centre hospitalier de Dunkerque. Pour s'y rendre, les personnes doivent marcher 35 minutes, puis prendre le bus (gratuit) pendant 40 minutes. Ainsi, sans proposition d'accompagnement physique, dissuadées par les difficultés d'accès, les personnes renoncent très souvent aux soins. La Pass n'est ouverte que trois demi-journées par semaine et n'est en capacité de voir qu'une vingtaine de patients à chaque permanence. À cela s'ajoutent des difficultés de traduction : si un médiateur-interprète est présent aux permanences Pass, il ne peut assumer la traduction pour tous les patients en raison de la diversité des nationalités représentées dans le camp. En conséquence, Afghans, Éthiopiens, Érythréens – par exemple – ne peuvent communiquer avec lui. On constate de fortes résistances au recours à des alternatives comme l'interprétariat par téléphone mis à disposition de l'équipe soignante du centre hospitalier. Pourtant, les besoins en soins sont particulièrement importants à Loon-Plage et la situation très dégradée en raison des conditions de survie sur le campement. Au-delà des expulsions entraînant la saisie des effets personnels – dont des médicaments, les exilés n'ont accès depuis novembre 2021 ni à l'eau potable, ni à des toilettes, ni à des douches. Sollicitées à de multiples reprises, les autorités refusent de mettre en place des dispositifs pour répondre aux besoins vitaux des personnes. Les conséquences sur la santé physique des personnes sont délétères et nos constats de plus en plus inquiétants au fil des mois, avec notamment une augmentation constante des pathologies dermatologiques : + 36 % en août et + 59 % en septembre cette année, dont de nombreux cas de gale. Aucune douche thérapeutique n'étant proposée à la Pass et aucune douche n'étant possible faute d'accès à l'eau sur le campement, ces pathologies demeurent quasiment insolubles. La santé psychique des personnes est également inquiétante et beaucoup témoignent de leurs difficultés. Des orientations possibles vers le CMP ne rencontrent que peu de succès, là-aussi à cause de l'éloignement géographique. Des centaines de personnes, parmi lesquelles de nombreuses familles avec enfants en bas-âge, se retrouvent dans une situation des plus précaires. Ce cumul de barrières accroît le désir de quitter le littoral notamment par les passages en mer dans des embarcations de fortune, avec les risques que l'on connaît.*  
[Équipe MdM, Programme Nord-Littoral, Hauts-de-France, 2021]

Parfois, des Pass qui avaient instauré un accueil uniquement sur rendez-vous pendant la crise Covid n'ont pas rétabli d'accueil sans rendez-vous. Ceux-ci sont difficiles à obtenir (attente longue sans garantie d'être reçu, ou uniquement par téléphone avec un temps long d'attente, problèmes linguistiques). Il est rapporté qu'un agent d'accueil d'une Pass parisienne accueillant uniquement sur rendez-vous a conseillé d'« aller à Médecins du Monde pour prendre rendez-vous ».

94 Notamment dans les délégations Grand-Est, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Normandie, Marseille et Cayenne.  
95 Projet Prisme financé par l'ARS dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé.

**Retards de soins pour une femme primo-arrivante**

*Une mère de famille géorgienne primo-arrivante a un cancer de sein récemment opéré en Géorgie. La famille est allée à la Pass mais n'a pas été reçue. On lui a demandé de revenir après le rendez-vous à la Spada ou après avoir reçu l'attestation Ofii prouvant son statut de demandeuse d'asile. Les personnes géorgiennes primo-arrivantes sont souvent considérées par la Pass comme étant sous visa touristique et sont de moins en moins prises en charge si elles n'ont pas de document prouvant qu'une demande d'asile est en cours. Selon leur médecin en Géorgie, elle aurait dû recevoir le premier traitement contre le cancer le 1<sup>er</sup> septembre, et le deuxième le 8 septembre. La famille est très angoissée et demande une prise en charge médicale urgente.*  
[Équipe MdM, programme Mission mobile, Strasbourg, 2021]

**Famille géorgienne en procédure Dublin**

*Nous rencontrons pour la première fois une famille géorgienne au campement de la Montagne verte. La mère de famille suivie par la Pass a plusieurs problèmes de santé dont l'hépatite B, des troubles de la thyroïde, une hernie discale. Elle a de nombreuses difficultés à dormir du fait des conditions de vie sous tente. Le père de famille est en demande d'un suivi psychiatrique ; il avait été hospitalisé à trois reprises en Allemagne et était en rupture de traitement depuis son arrivée en France. En juin 2021, lors de leur premier passage à la Pass, l'infirmière leur aurait conseillé soit d'attendre d'obtenir la couverture maladie pour un accès à un suivi psychiatrique, soit d'aller voir un médecin généraliste dans le but d'être orienté vers un psychiatre. Aucune mention de la Pass psy ou de l'équipe mobile psychiatrie mobilité (EMPP). MdM fait une orientation vers l'EMPP et monsieur est pris en charge. Suite à l'expulsion du campement, la famille a été expulsée en Allemagne alors qu'elle était en procédure d'aide au retour pour la Géorgie.*  
[Équipe MdM, programme Mission mobile, Strasbourg, 2021]

Les Pass sont aussi affectées par les départs et le manque de personnel social et médical qui concerne l'hôpital. Ou encore, elles sont parfois « déshabillées », un médecin ayant par exemple été sollicité pour rejoindre le service des urgences. De nombreux postes sont vacants. Les équipes sont parfois épuisées, parfois en grande souffrance, en perte de sens et de qualité dans leur travail.

Par ailleurs, des équipes de Médecins du Monde rapportent aussi des tensions qui augmentent entre les professionnels et les personnes, avec des discours infantilisants, stigmatisants, voire racistes. Les professionnels des Pass subissent aussi une pression gestionnaire pour ne pas dépasser leur

budget et veiller à la solvabilité de leurs patients (Aron et al., 2021)<sup>96</sup>. Les patients n'ont pas toujours accès à une assistante sociale de la Pass ou du service social. Les pôles financiers ne connaissent pas suffisamment les droits en santé trop complexes. Ils facturent des soins qui n'auraient pas dû l'être, au risque de paralyser les démarches de régularisation que les personnes ont entrepris et de provoquer de graves renoncements aux soins.

Les équipes ont observé des ruptures de traitements pour des personnes en situation administrative précaire ayant des pathologies chroniques graves telle qu'un cancer, ou encore sous dialyse, avec des refus de prise en charge de ces traitements, ayant des conséquences graves pour leur santé (report, retard de soins, soins partiels). Des personnes atteintes de cancer dont les soins ont été considérés comme ni urgent ni vitaux sont laissés sans soins, prises en charge ni par la Pass ni par le Dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV).

*Je rencontre Mme A. lors d'une tournée de nuit. Elle se définit comme une femme trans, travailleuse du sexe et séropositive. Elle est en rupture de traitement VIH. Avant son départ pour la France son médecin n'a été d'accord pour lui prescrire son traitement que pour un mois. Mme A. prend donc ses antirétroviraux un jour sur deux depuis son arrivée et ne dispose plus d'aucun médicament au jour de notre rencontre. Elle est en grande situation de stress, dort peu, a perdu du poids, s'inquiète beaucoup de la présence du VIH dans son organisme. Originnaire d'Amérique du Sud, elle est en France depuis quatre mois et exerce son activité de travailleuse du sexe. Son visa touristique a expiré, mais elle ne peut pas prétendre à l'AME, car elle n'est pas en situation administrative irrégulière sur le territoire depuis au moins trois mois. Nous contactons donc la Pass pour obtenir un rendez-vous en leur expliquant la rupture de traitement VIH et l'urgence de la situation. Celle-ci nous répond qu'elle ne pourra pas prendre en charge Mme A. car le traitement VIH est « trop coûteux ». On nous conseille de nous rapprocher du service des maladies infectieuses et tropicales (MIT) de l'hôpital. Nous y prenons rendez-vous et sommes reçues quelques jours plus tard par un médecin. Il nous explique que face à ce refus de la Pass, le service s'organise comme il le peut pour trouver des médicaments et dépanner les personnes, en récupérant des boîtes d'antirétroviraux. Par chance, l'équipe dispose d'un reliquat au jour de la consultation. Mme A. reçoit donc une boîte correspondant à un traitement pour un mois. Un autre rendez-vous est pris pour le mois suivant, le temps que d'autres boîtes soient collectées. Par chance encore, la charge virale était toujours peu importante dans son organisme au jour de la consultation et l'évolution de l'infection au VIH a pu être stabilisée.*  
[Équipe MdM, Caso, Sud de la France, 2021]

Les Pass ne font pas toujours le travail d'ouverture des droits des personnes, par manque de moyens et alors que ces droits sont également de plus en plus difficiles à obtenir. Les équipes de Médecins du Monde voient ainsi revenir de nombreux patients avec des factures hospitalières importantes, y compris des patients avec des droits théoriques ou des droits partiels (ayant l'Assurance maladie mais pas de complémentaire).

*Madame X. arrive en France le 22 juillet 2021 avec un visa regroupement familial valable du 12 juillet au 10 octobre 2021. Elle accouche le 30 août. Le service social et le bureau des entrées la classent « payante » ; elle doit régler une facture de 5 120 € alors qu'elle est entrée légalement sur le territoire et qu'elle y séjourne en situation régulière. On lui oppose le fait qu'elle n'a pas de récépissé : ce qui est le cas puisque les services de la Préfecture ne reçoivent que sur rendez-vous et elle n'a pas pu en obtenir avant son accouchement. Elle vient voir l'assistante sociale de MdM qui doit alors « négocier » avec le service social hospitalier et la CPAM pour que finalement soit reconnu que :*  
- Le visa vaut titre de séjour en attendant le récépissé ;  
- « En tant que membre de famille rejoignant pour s'installer en France un assuré social » (son mari en l'occurrence), elle n'est pas soumise au délai de présence des trois mois.  
Le 21 octobre 2021 : Mme X. reçoit son attestation d'ouverture de droit ; on obtient de l'hôpital une demande de rétroactivité à la date de l'accouchement.  
[Équipe MdM, Caso, Nice, 2021]

Les patients qui ne sont pas aidés par des associations ont peu de chance d'obtenir l'annulation de leur dette hospitalière (possible par une ouverture rétroactive des droits). Ainsi le fait d'avoir reçu des factures hospitalières, l'ultra-complexité des droits et le manque d'accompagnement social entraînent une peur, justifiée, de devoir s'acquitter de ces frais. Dans l'incapacité de payer, ils ne retournent ensuite pas à l'hôpital ou reportent leurs soins, aggravant donc leur état de santé. Le non-paiement des factures hospitalières peut aussi avoir des conséquences importantes sur la vie des personnes entraînant par exemple un motif de refus dans les dossiers de demande de la nationalité française par naturalisation. Lors de leur première visite au Caso 14 % des personnes disent avoir été confrontées à une barrière financière pour accéder à des soins (cf. chapitre 3.3, tableau 26, p. 92).

**MAYOTTE, UNE BARRIÈRE FINANCIÈRE PARTICULIÈREMENT IMPACTANTE SUR L'ACCÈS AUX SOINS**

**Le code de la sécurité sociale ne s'appliquant pas à Mayotte, l'accès aux soins y est réglementé par voie dérogatoire. Ni l'AME ni la PUMa n'existent à Mayotte. Le centre hospitalier de Mayotte joue un rôle de premier recours via les centres de consultations (médecine générale) car la médecine libérale est très peu présente. Or le CHM requiert un dépôt d'une provision financière (d'au moins 10 € /ou 25 € avec rdv) avant la délivrance de soins.** En mai et juillet 2021, au sein d'un collectif d'associations (Migrants Outre-Mer), Médecins du Monde interpelle l'ARS de Mayotte. Cette provision est illégale et ne doit pas conditionner l'accès au système public de santé [pour les personnes pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé, pour les mineurs et les enfants à naître - CSP, art. L. 6416-5]. Tous les comportements consistant à exiger cette provision financière peuvent s'analyser juridiquement comme des refus de soins, discriminatoires et donc interdits à Mayotte comme ailleurs en France.

En 2021, la barrière financière dans l'accès aux soins est signalée par 15,7 % des demandeurs d'asile, 12,6 % des personnes en situation irrégulière au regard du séjour et 11,7 % des mineurs ou des personnes adultes les accompagnants reçus dans les Caso.

*Avoir accès aux soins, parce que ma priorité c'est ma santé en fait... Le fait que je n'ai pas accès à la santé, parce qu'il y a eu une rupture des droits... je ne sais pas qui aller consulter par exemple. Je ne sais pas vers qui aller pour faire les consultations, sachant que je suis allé aux consultations et les factures sont venues chez moi. Donc, quand il n'y pas l'ouverture des droits, ça peut bloquer les gens, et s'ils ne savent pas les démarches qu'il faut faire, sans l'ouverture des droits ils ne vont pas aller se soigner parce qu'ils ont peur de recevoir des factures.*  
[Équipe MdM, programme 4i, Nantes, 2021]

<sup>96</sup> Médecins du monde : « Les difficultés rencontrées par des professionnels de Pass dans la prise en charge des populations en situation de précarité. Enquête qualitative auprès des professionnels de trois Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2018 », mars 2021, 91 p.

En décembre 2020, très fatigué, amaigri et très essoufflé, M. Z. (sans autorisation de séjour et en France depuis quatre mois) vient nous voir pour la première fois.

Il avait déjà été à la Pass le 10 décembre et la demande d'AME a été faite, il a également eu un scanner et un compte rendu des résultats. La Pass l'orienta vers l'Institut de la face et du cou, groupement de coopération sanitaire regroupant le centre anti-cancéreux et le CHU.

Il a un rendez-vous le 25 janvier. À l'issue de cette consultation il est orienté vers un chirurgien ORL du centre anti-cancéreux qui prévoit une intervention chirurgicale et évoque l'urgence en raison d'une importante tumeur (« rétrécissement de 50 % de la lumière ») au niveau du larynx.

Or, au début du mois de février, M. Z. nous dit que cette intervention n'aurait lieu que si ses droits à l'AME étaient ouverts. L'assistante sociale de MdM reprend donc contact avec ses collègues de la Pass et du centre anti-cancéreux ainsi que le bureau des entrées, afin que l'intervention puisse avoir lieu dans la mesure où la demande d'AME est en cours depuis deux mois et que en cas de refus, les soins pourraient être facturés au titre du DSUV.

Fin de non-recevoir : les interventions seront planifiées quand des droits seront ouverts. L'assistante sociale insiste et on lui répond : « Qu'il aille aux urgences, si c'est grave, ils le garderont ».

M. Z. a de plus en plus de mal à respirer, n'arrive plus à s'alimenter, il se rend donc aux urgences qui le ne l'hospitalisent pas ; il en sort en pleine nuit. Le 9 février il consulte le médecin de MdM qui diagnostique une détresse respiratoire. Lors d'un nouveau contact avec le centre anti-cancéreux, l'assistante sociale affirme que les soins doivent être pris en charge en Tunisie car « la caisse tunisienne couvre les soins de tous ces ressortissants ». Or, M. Z. a quitté la Tunisie depuis de nombreuses années et n'y a plus de droit.

Le 10 février nous adressons un mail au directeur général adjoint du centre anti-cancéreux avec copie à l'ARS. Il confirme la position hospitalière (pas de soins sans droits ouverts) en raison d'une vigilance particulière due à « de nombreux remboursements non honorés par le passé par les caisses d'assurances sociales » ; mais il demande également à l'ARS un appui pour obtenir un remboursement par la caisse ou une « indemnité en compensation ». Le surlendemain, l'ARS intervient afin que M. Z. puisse être hospitalisé. Nous cherchons donc à le joindre et nous apprenons que son frère, vivant en Italie, est venu le chercher en catastrophe et l'a amené à l'hôpital de Bologne où il a subi une trachéotomie en urgence, moins de 24h après son arrivée.

[Équipe MdM, Caso, Nice, 2021]

## UN ACCÈS DE PLUS EN PLUS CONTRAINT AUX SERVICES DES URGENCES

Des acteurs hospitaliers (Collectif interurgence, Collectif inter hôpitaux) alertent sur l'extrême dégradation des services des urgences, depuis la période avant le Covid, et de façon plus aiguë encore aujourd'hui, les services des urgences étant saturés et mis à mal : manque criant en amont de médecins de premier recours et insuffisance de lits en aval pour hospitaliser les patients. Dans certains hôpitaux, le service des urgences saturé refuse parfois de prendre en charge des patients sans droits, crée une dette hospitalière ou encore ne mènent pas à terme l'acte de soins (ordonnance sans délivrance de traitements). Or pour les publics en grande précarité les services des urgences constituent un ultime recours.

Le « forfait patient urgences » est une nouvelle mesure adoptée en 2021 et théoriquement mise en place à partir de janvier 2022. Il prévoit le règlement d'un tarif unique de 19,61 euros en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation et reste à charge du patient si celui-ci ne dispose pas d'une complémentaire santé. Un tarif minoré est prévu pour certaines catégories de patients ainsi que des exonérations.

Ce forfait risque fortement d'augmenter les inégalités en impactant des publics sans droits ou avec des droits au rabais, déjà éloignés des soins. C'est le cas des trois millions de personnes sans complémentaire santé, pourtant particulièrement fragiles et vulnérables (chômeurs, retraités, petits indépendants notamment). C'est également le cas des personnes ayant droit à l'AME mais qui n'en bénéficient pas. C'est aussi le cas d'un nombre croissant de personnes exclues pour des périodes de plus en plus longues de toute protection maladie (sécurité sociale, complémentaire santé solidaire, AME), et dans l'incapacité d'avancer la somme demandée.

Il est encore difficile d'avoir du recul sur la mise en œuvre réelle de cette mesure. Toutefois elle produit déjà des effets d'auto-censure de publics marginalisés, craignant d'avoir à payer, et renonçant ou retardant donc leur venue à l'hôpital.

## RENONCEMENT AUX SOINS ET RETARDS DE SOINS

La notion de renoncement aux soins est intimement liée à celle de besoins de soins non satisfaits, et peut recouvrir des réalités fort diverses. Ainsi Sara Allin classe ces besoins en cinq catégories<sup>97</sup> :

- les besoins non perçus et non satisfaits : la personne n'est pas consciente qu'elle aurait besoin de soins ; par exemple lorsque les symptômes d'une pathologie sont peu visibles ;
- les besoins perçus non satisfaits par choix : la personne estime avoir besoin de certains soins, mais elle fait le choix de ne pas recourir aux services de santé (en raison, par exemple, d'un manque de confiance dans la médecine conventionnelle) ;
- les besoins perçus non satisfaits par contrainte : la personne estime avoir besoin de certains soins, mais elle ne peut y recourir à cause de barrières dans l'accès aux services de soins (obstacle financier, contraintes d'offre, etc.) ;
- les besoins nécessaires mais non satisfaits du fait de l'insuffisance ou de l'inadéquation des soins reçus : la personne a recours aux soins mais n'a pas eu accès aux traitements considérés par le corps médical comme les plus appropriés (les personnes sans médecin traitant peuvent ne pas être

traitées efficacement dans une clinique sans suivi ou en service d'urgence) ;

- les besoins liés à des attentes non comblées en matière de traitements : la personne a recours aux soins mais estime ne pas avoir bénéficié du traitement le plus adéquat (Allin et al., 2010).

Au cours des 12 mois précédant la première visite dans les Caso, 13,0 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins, dont 83,1 % pour des raisons financières. Ce chiffre paraît toutefois très sous-estimé, en raison de la banalisation de ces renoncements, de l'intégration par les personnes de la « normalité » de leur non-accès, de la méconnaissance de leurs droits, du fait que la santé est souvent reléguée derrière d'autres priorités vitales, etc.

Selon l'avis des médecins, plus de la moitié des personnes reçues en consultation dans les Caso avaient un retard de recours aux soins, et 44,4 % nécessitaient des soins médicaux urgents ou assez urgents.

TABLEAU 27 – RETARD, URGENGE, RENONCEMENT ET REFUS DE SOINS DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2021

(Plusieurs réponses possibles)	n	%
<b>En consultation de médecine générale</b>		
Retard de recours aux soins médicaux	1 428	50,9
Soins médicaux urgents ou assez urgents	2 238	44,4
<b>Pendant l'entretien d'accueil</b>		
Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois	833	13,0
Dont renoncement pour des raisons financières	639	83,1
Refus de soins dans une structure de santé	162	2,7

Taux de réponse : Retard aux soins : 40,0 % ; Urgence des soins : 55,5 % ; Renoncement aux soins : 41,8 % ; Renoncement pour raisons financières : 92,3 % ; Refus de soins : 39,1 %

Au sein des personnes reçues en consultation de médecine générale, les jeunes de moins de 20 ans ont déclaré dans 39,3 % des cas avoir été confrontés à des retards de recours aux soins contre 54,9 % pour les personnes de 50 ans et plus. Plus d'hommes que de femmes évoquent des retards (53,2 % des hommes vs. 45,5 % pour les femmes). Au regard du logement, 47,9 % des personnes hébergées, 48,4 % des personnes vivant dans des squats, bidonvilles et 53,8 % des sans domicile fixe ont dit avoir subi des retards de recours aux soins. Près de la moitié des demandeurs d'asile (48,3 %) et 51,8 % des personnes en situation administrative irrégulière présentent un retard de recours aux soins lors des consultations médicales.

Lors de leur entretien d'accueil, 15,1 % des personnes en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour ont indiqué avoir déjà renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. D'autre part, lors des consultations de médecine générale, un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 40,5 % d'entre elles. Les demandeurs d'asile déclarent moins souvent des renoncements au cours des 12 derniers mois que les autres personnes (8,7 % vs. 14,1 % pour les autres personnes) mais l'urgence des soins est plus fréquente. En effet, les médecins ont estimé que 46,5 % nécessitent des soins urgents ou assez urgents contre 42,9 %

pour les autres patients.

Les délais d'obtention des cartes AME sont parfois très longs. Dans l'attente, les personnes n'ont pas d'accès aux soins et peuvent connaître des ruptures dans leur parcours de soins. S. est atteint d'une pathologie chronique nécessitant un traitement de fond, il a fait une demande de renouvellement d'AME en septembre 2020. N'ayant pas de nouvelles deux mois après (décembre), il vient nous voir ; nous contactons la CPAM qui nous dit que les droits ont été renouvelés jusqu'en octobre 2021. Le 23 mars (sept mois après sa demande) M. S. n'a toujours pas reçu sa carte et ne peut toujours pas avoir ses médicaments. Nous appelons le 3646 qui « n'a pas de solution miracle ». [Équipe MdM, Caso, Nice, 2021]

Lors des visites médicales, 67 % des personnes déclarant des retards de recours aux soins ont été diagnostiquées pour une pathologie chronique. Pour les personnes dont la situation médicale a été déclarée comme urgente ou assez urgente par les médecins des Caso, il existe significativement plus de personnes ayant des retards de recours aux soins (55,8 %) que celles n'en ayant pas (36,6 %). Les pathologies chroniques sont significativement plus diagnostiquées pour celles ne renonçant pas aux soins (66,2 %) que pour celles qui y ont renoncé (54,7 %).

TABLEAU 28 – RETARDS DE RECOURS AUX SOINS ET RENONCEMENT AUX SOINS SELON LE CARACTÈRE CHRONIQUE DE LA PATHOLOGIE ET L'URGENGE MÉDICALE DES PATIENTS CONSULTÉS EN CASO, 2021

	Pathologie chronique		Soins urgents ou assez urgents	
	n	%	n	%
<b>Retard de recours aux soins</b>		***		***
- Non	665	48,3	471	36,6
- Oui	948	67,0	759	55,8
<b>Renoncement aux soins</b>		***		ns
- Non	190	66,2	133	44,9
- Oui	864	54,7	893	45,4

Test du Khi-deux : \*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 ns : non significatif  
Lecture : 67,0 % des personnes présentant un retard de recours aux soins lors de leurs consultations de médecine générale ont été diagnostiquées pour au moins une pathologie chronique en 2021, contre 48,3 % des personnes qui ne présentaient pas de retard de recours aux soins.

L'ensemble des mesures visant à restreindre l'accès à une couverture maladie, l'ensemble des obstacles que les patients rencontrent — en résumé, l'absence de volonté politique de réellement favoriser l'accès et la continuité des soins pour toutes les personnes résidant sur le territoire français (quels que soient le statut, le niveau social) — conduisent à des renoncements aux soins et des retards de recours aux soins coûteux en termes économiques mais avant tout humains.

97 Unperceived unmet need; 2. Subjective, chosen unmet need; 3. Subjective, not-chosen unmet need; 4. Subjective, clinician-validated unmet need; 5. Subjective unmet expectations.

## LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET DE PRÉVENTION SANTÉ PRÉCARITÉ : DES CHANGEMENTS IMPORTANTS EN 2021

L'année 2021 a vu des changements assez importants dans les dispositifs santé-précarité et leur cadre réglementaire, adoptés tambour battant en période post-Covid.

En janvier 2021, le ministère annonce une série de mesures et de financements dans le cadre du « Ségur de la santé » – et plus particulièrement de sa mesure 27, dite de lutte contre les inégalités de santé – parmi lesquelles un renforcement des dispositifs existants, la création de nouveaux dispositifs et notamment des dispositifs « d'aller-vers ». La médiation en santé fait aussi l'objet d'une reconnaissance et des postes de médiateurs en santé apparaissent souvent dans les cahiers des charges des structures (*Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020*).

**UNE INSTITUTIONNALISATION DE « L'ALLER-VERS » ?**  
Les équipes **mobiles santé-précarité ont fait l'objet d'une reconnaissance importante**, après leur déploiement pendant toute la période Covid : un décret du 9 septembre 2021<sup>98</sup> crée les « équipes mobiles médico-sociales », comme une nouvelle catégorie d'établissement médico-social à part entière (cadre réglementaire précis et crédits pérennes). Le décret est suivi par un cahier des charges listant les missions et la composition de ces nouvelles équipes mobiles. Les ARS publient des appels à projet dès la fin 2021.

Par ailleurs d'autres dispositifs existants voient, par décret, leurs missions élargies à des missions d'aller-vers : c'est le cas des lits haltes soins santé (LHSS), des lits d'accueil médicalisés (LAM) et des appartements de coordination thérapeutiques (ACT)<sup>99</sup>.

Dès le début de ses activités en France, Médecins du monde a mis en place des actions mobiles ou d'aller-vers, constatant **l'incontournable nécessité, pratique et éthique, d'aller au-devant des personnes et des groupes les plus éloignés des soins, qui ne vont pas dans les structures de soins ou en sont rejetés** : équipes se déplaçant dans les bidonvilles, auprès des personnes à la rue, auprès des personnes se prostituant, auprès des usagers de drogues, etc. MdM salue ainsi cette reconnaissance et cette relative institutionnalisation des actions d'aller vers les plus éloignés des soins, lesquels sont aussi les plus exposés aux risques de santé.

Pourtant, MdM ainsi que plusieurs de ses partenaires regrettent que tous les textes réglementaires aient été adoptés dans un temps très court laissant peu, voire pas de place à la concertation. Il est encore trop tôt pour tirer un bilan, mais il faut aussi noter la multiplication de ces dispositifs d'aller-vers que les ARS doivent susciter

et coordonner. Médecins du Monde, et d'autres acteurs soulignent les enjeux de clarification et de lisibilité de ces multiples dispositifs. Ils **alertent sur le risque de création de véritables filières spécifiques pour les personnes en précarité, alors qu'il s'agit à l'inverse de travailler à la levée des freins et à la facilitation de l'accès** dès que possible aux structures de droit commun. Or, ces dernières sont bien souvent mises à mal (hôpitaux, maternités, PMI, déserts médicaux, etc.). **L'aller-vers doit ainsi être un « ramener-vers ».** Le réseau **médico-psycho-social vers lequel orienter et accompagner les personnes** doit être en bonne santé. En effet, les dispositifs d'aller-vers ne peuvent pallier les carences du système ni s'y substituer.

En effet, pour Médecins du Monde et d'autres partenaires, l'aller-vers en santé n'est pas la simple externalisation d'une activité intramuros. La création d'un **lien de confiance avec les personnes** et les groupes devrait être au fondement de toute action d'aller-vers, avec un principe de bienveillance, de neutralité et de non-jugement. La création d'un tel lien implique une régularité des interventions et des interlocuteurs. Les actions d'aller-vers devrait aussi avoir un **rôle d'observation, de rendre compte et d'alerte des institutions sur les difficultés rencontrées par les publics éloignés des soins et de la santé**<sup>100</sup>.

Enfin, parmi l'ensemble des financements accordés dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé, il est difficile de distinguer quels sont les crédits ponctuels d'une part et les crédits pérennes d'autre part. À l'heure où les besoins augmentent, les acteurs, associatifs et institutionnels locaux s'interrogent également sur la pérennité et la suffisance de certains de ces budgets. Parallèlement à l'adoption de ces mesures, la politique d'expulsions massives et répétées des squats et des bidonvilles s'est poursuivie voire intensifiée, remettant en cause tous les liens construits par les acteurs de l'aller-vers dans ces lieux de relégation.

### UNE RECONNAISSANCE INACHEVÉE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ

Fruit d'un long processus, la médiation en santé a eu une reconnaissance législative en 2016 par la loi de modernisation du système de santé. Un référentiel de la Haute autorité de santé (HAS) publié en 2017 en précise les contours, le contenu et les modalités d'exercice. Aujourd'hui, dans un contexte post-crise de santé publique (Covid-19) et d'une série de mesures adoptées par les pouvoirs publics dans le cadre du « Ségur de la santé », la médiation en santé est promue de façon croissante par les institutions.

Médecins du Monde salue ces avancées pour lesquelles elle a œuvré. L'association souhaite toutefois alerter sur les **enjeux et les limites de cette « institutionnalisation » en l'absence d'une véritable reconnaissance d'un métier de médiateur** et des conditions favorables à l'exercice de ces **nouveaux professionnels intermédiaires de santé**.

De plus, ces professionnels ne pourront combler tous les manques du système de santé et ont besoin, comme tous les professionnels, d'un réseau médico-psycho-social de qualité pour permettre aux publics les plus éloignés d'accéder aux soins et à la prévention.

La construction d'un véritable métier de médiateur, bénéficiant d'un **diplôme d'État certifiant**, est un enjeu majeur aujourd'hui. Le référentiel HAS de 2017 soulignait déjà la nécessité « *d'un statut professionnel de médiateur en santé dans le secteur public et le secteur privé, dans un cadre réglementaire, pour fixer droits et obligations, notamment en matière de formation et de conditions d'exercice* » (HAS, 2017b).

À ce jour, aucune avancée n'est constatée. La précarité actuelle de leurs contrats et statuts paraît contradictoire avec la reconnaissance institutionnelle formelle qui leur est donnée. Seule la construction et la reconnaissance d'un métier à part entière permettront une **qualité des interventions et empêcheront un épuisement de ces acteurs de première ligne**.

La construction de véritables métier et statut formalisera les différences et les articulations avec les autres professions sociales, et **préviendra les glissements de recrutements en cours dans certains territoires avec des professions sociales** : recrutement de médiateurs (moins rémunérés) sur des fonctions de travailleurs sociaux (diplôme d'État de niveau 2 et le plus souvent protégés par des conventions collectives).

La construction d'une formation qualifiante nationale initiale avec un diplôme d'État est incontournable. Un bas seuil d'exigence académique à l'entrée permettra de préserver la diversité des parcours des personnes et la reconnaissance des savoirs liés à l'expérience.

Intervenant en première ligne auprès des personnes et des groupes les plus éloignés du soin ainsi qu'auprès des professionnels, ils **devraient être en mesure de remonter les dysfonctionnements qu'ils peuvent observer auprès de leur structure et de leur équipe et auprès d'institutions de droit commun afin d'alerter, d'améliorer les pratiques**, de lutter contre le non-recours et les ruptures de soins et de droits de tout ordre. Pour Médecins du Monde, **seule l'adoption d'une charte ou d'un cadre éthique/déontologique ayant une valeur réglementaire** pourra réellement protéger les médiateurs en santé et assurer leur indépendance au sein des structures pour lesquelles ils travaillent. Un tel cadre éthique à valeur réglementaire est nécessaire afin que **les médiateurs puissent établir, quelle que soient la structure qui les emploie, des relations de confiance suffisamment solides avec les personnes et les groupes**.

**Les médiateurs ne pourront pallier des dysfonctionnements qui relèvent de carences et/ou de choix stratégiques du système de santé** tels que le manque d'organisation du premier recours, les restrictions et la complexité de l'accès aux droits, l'absence de financement massif de l'interprétariat professionnel en santé, le manque de professionnels de santé, la dégradation de l'hôpital public, etc. Ils ont besoin d'un environnement

de professionnels médico-psycho-sociaux avec lesquels travailler et auprès desquels orienter et accompagner les personnes.

Les médiateurs ont pour objectif de permettre aux populations les plus éloignées du soin d'accéder aux dispositifs de soins et de prévention existants, dits de « droit commun ». Médecins du Monde alerte sur le fait qu'ils **ne doivent en aucun cas constituer ou favoriser la création de filières spécifiques de prise en charge**. Les structures de première ligne (équipes mobiles santé précarité, lits halte soins santé mobiles, etc.) **ne doivent pas rendre captifs les publics** qu'elles prennent en charge au sein de filières spécifiques dites « santé précarité », ou « migrants », ou encore « exilés ». Au contraire, **les dispositifs de première ligne, s'ils doivent être adaptés et inconditionnels, doivent être conçus comme des passerelles vers le droit commun**. Les médiateurs, qu'ils travaillent dans des structures de droit commun ou dans des dispositifs passerelles, œuvrent à la levée des freins, à la facilitation des liens et à la mobilité des professionnels et des personnes ; ils doivent **faciliter l'accès et « ramener vers » les structures de prévention et de soins existantes** (hôpitaux, Pass, PMI, CLAT<sup>101</sup>, médecine de ville LHSS, etc.). Ces dernières **doivent elles aussi être reconnues et financées à la hauteur des besoins de santé des populations**.

### RECOMMANDATIONS

Médecins du monde demande :

- De promouvoir et financer le recours à l'interprétariat professionnel : renforcer le budget d'interprétariat et de médiation en santé, envisager le remboursement par la sécurité sociale des actes d'interprétariat, former les interprètes, améliorer leurs conditions d'exercice (notamment en leur permettant l'accès à des supervisions de pratiques), former les professionnels du soin à l'interprétariat physique, par téléphone ou par visio-conférence avec la possibilité de formations croisées ;
- De donner aux structures publiques de prise en charge et de prévention essentielles pour les personnes en précarité, les moyens de fonctionner à la hauteur des besoins de santé des populations : hôpitaux publics, PMI, CEGIDD, CLAT, etc.
- De prévoir le financement des Pass à la hauteur des besoins sur les différents territoires. Le dispositif financier des Pass doit permettre un accès aux soins — consultations, plateaux technique, traitements — de toutes les personnes en précarité quel que soit leur statut administratif, conformément à la mission de service public de l'hôpital d'égal accès aux soins de tous.
- Une reconnaissance pleine et entière du métier de médiateur en santé, notamment la certification métier et une formation nationale qualifiante.

<sup>98</sup> Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

<sup>99</sup> Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique ». Et Ministère de la santé : Cahier des charges des Lits haltes soins santé « mobiles », des Équipes mobiles santé précarité, des Lits haltes soins santé « de jour » et des Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité, sept 2021 .

<sup>100</sup> Voir sur ces questions autour de l'aller-vers un dossier de capitalisation réalisé par Médecins du Monde à Bordeaux. MdM : « L'aller-vers en santé. Comment faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes vivant en squats et bidonvilles par la médiation en santé ? Capitalisation et leçons apprises de l'expérience de Médecins du monde et de ses partenaires à Bordeaux », juin 2022.

<sup>101</sup> Le CLAT est un Centre de lutte anti-tuberculose.

### NON VISIBLES, NON ENTENDUS ET NON TRAITÉS : LES INÉGALITÉS DE SANTÉ EN EUROPE AUJOURD'HUI

(Observatoire 2021 du Réseau international de Médecins du Monde) (Burns et al., 2021)

Médecins du Monde développe des programmes au sein de sept pays européens. Un rapport bisannuel est produit de façon similaire au rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins des programmes en France. En 2019-2020, 25 355 personnes ont été rencontrées dont une large majorité a déclaré ne pas avoir de couverture maladie. Cela signifie que malgré les engagements internationaux envers la couverture santé universelle et un engagement envers les objectifs de développement durable (ODD), il y a encore des personnes qui n'ont pas accès aux soins de santé. En outre, ce rapport conclut que l'exclusion des soins de santé en Europe affecte de manière disproportionnée les personnes déjà confrontées à des vulnérabilités, telles que les enfants, les migrants sans papiers, les sans-abris, les femmes enceintes et les personnes âgées.

Les obstacles à l'accès aux soins signalés par les patients reçus en centre de santé MdM en Europe montrent clairement que les lois et les politiques peuvent constituer un obstacle à la réalisation du droit à la santé de chacun. Ainsi, dans certains pays 62 % des migrants sans papiers ou autorisation de séjour n'ont pas accès aux soins car leurs **données sont partagées avec les autorités de l'immigration** lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux (Allemagne et Royaume-Uni) ou les autorités demandent le remboursement de leurs frais de santé. De peur d'être expulsés, ils renoncent ainsi aux soins. Par ailleurs, dans la plupart des pays, 22,2 % des migrants issus de l'espace Schengen n'ont pas accès aux soins parce qu'ils sont au chômage et non assurés dans leur pays

d'origine ou parce qu'ils doivent souvent payer des frais de santé inabordable. Certaines populations n'ont accès qu'à des services de santé restreints. C'est notamment le cas de 8,2 % des demandeurs d'asile accueillis dans le réseau européen de MdM en Belgique, en Allemagne, au Luxembourg et en Suède. Non seulement les soins préventifs mais aussi la prise en charge des maladies chroniques sont souvent exclus des droits de santé. Or, nombre d'études ont démontré que limiter l'ensemble de services aux soins aigus ou d'urgence va à l'encontre du droit à la santé et est coûteux (Bozorgmehr & Razum, 2015).

Ainsi le réseau international de MdM enjoint aux gouvernements de réaffirmer et réaliser le droit de tout être humain sur leur territoire, sans distinction d'aucune sorte, de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Cela inclut une approche globale centrée sur la personne afin que nul ne soit exclu. Pour ce faire et afin d'accomplir leurs obligations au titre de l'Agenda 2030<sup>102</sup>, ils doivent sans délai garantir le plein droit aux services de santé que ce soit dans la promotion, la prévention, mais aussi dans l'accès aux soins médicaux, les soins de réadaptation et soins palliatifs pour toute personne résidant dans le pays, quel que soit son statut d'immigration. **Les gouvernements doivent veiller tout particulièrement à garantir un accès équitable à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, au droit des enfants à la santé et s'efforcer avant tout d'atteindre les populations précarisées, y compris les réfugiés et les migrants, qu'ils soient citoyens de l'UE/EEE ou d'autres nationalités.**

<sup>102</sup> Le Programme de développement durable à l'horizon 2030. UN Department of Economic and Social Affairs.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie nationale de médecine. (2007). *Rapport sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés*.
- ACF, AURORA, Emmaüs Solidarité, Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France, Fondation Armée du Salut, France Horizon, France terre d'asile, Samu social de Paris, Sciences Po Paris, Secours catholique Caritas, Watizat. (2022). *France : Les oubliés du droit d'asile [Rapport d'enquête]*.
- Action contre la faim, Solidarité International. (2021). *Garantir l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH) dans les lieux de vie informels en France. Réglementation, solutions techniques et partage d'expérience*, p. 106.
- Aïach, P. (2008). « Le cancer au cœur des inégalités sociales de santé : Quelles politiques imaginer ? » *In Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Presses de l'EHESP, p. 171-193.
- Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J. (2010). « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada : What are the equity implications? » *Social Science Medicine*, 70(3), 465-472.
- Amrous, N. (2022). « Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019 » *Eudes et résultats No 1227*; p. 6.
- Andro, A., Scodellaro, C., Eberhard, M., Gelly, M., Equipe Dsafhir. (2019). « Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. » *Bull. Epidémiol Hebd.* 2019(17-18):334-41.
- Aron, J., Geeraert, J., Izambert, C. (2021). « L'accueil des patients étrangers à l'hôpital sous le feu croisé des réformes comptables et des politiques d'immigration. » *Revue française des affaires sociales*, 4, 77-96.
- Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 - article 1 relative à la gestion de la crise sanitaire, Pub. L. No. JORF n°0181 du 6 août 2021, PRMX2121946L LOI n° 2021-1040 (2021).
- Assemblée Nationale. (2021). Rapport de la commission d'enquête sur les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France, Mme Sonia Krimi et M. Sébastien Nadot, p. 453.
- Assemblée nationale, Justice des mineurs, Audition de représentants du Conseil national des barreaux, de l'antenne des mineurs du Barreau de Paris et de la Conférence des bâtonniers. (2018).
- Azogui-Levy, S., Rochereau, T. (2012). « Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. » *La Santé de l'Homme*, 417, 5-6.
- Azria, É. (2015). « Précarité sociale et risque périnatal. » *Enfances Psy*, 67, 13-31.
- Baker, M., Das, D., Venugopal, K., Howden-Chapman, P. (2008). "Tuberculosis associated with household crowding in a developed country". *Journal of Epidemiology Community Health*, 62(8), 715-721.
- Barou, J. (2011). « Les enfants « perdus » des demandeurs d'asile. Désarrois parentaux et réactivité enfantine. » *Journal des Africanistes*, 81-2, 145-162.
- Berchet, C., Jusot, F., SPF. (2012). « État de santé et recours aux soins des immigrés en France. Une revue de la littérature. » *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2-3-4, 17-21.
- Boissonnat-pelsy, H., Tiebot, I. (2012). « Estime de soi et santé bucco-dentaire. » *La Santé de l'Homme*, 417, 29-31.
- Borghgi, G., Poveda, J.-D., Caillet, P., Devriendt, S. (2022). « Perception de l'impact des habitats instables, indignes, informels et insalubres (4i) sur la santé des femmes enceintes et en post-partum » [Rapport scientifique]. Médecins du Monde France, p. 66.
- Bouris, S. S., Merry, L. A., Kebe, A., Gagnon, A. J. (2012). "Mothering Here and Mothering There : International Migration and Postbirth Mental Health." *Obstetrics and Gynecology International*, 2012, e593413.
- Bousquet, D., Couraud, G., Lazimi, G., Collet, M. (2017). "La santé et l'accès aux soins. Une urgence pour les femmes en situation de précarité ». Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, p. 124.
- Bowen, S. (2003). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé.
- Bowen, S., Kaufert, J. (2000). "Measuring the 'costs'. Using case studies in the evaluation of health interpreter services". *MMIA News*, 3, 2-5.
- Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015). "Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees. A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013". *PLOS ONE*, 10(7), e0131483.
- Burns, R., Graverson, P., Xenou, E., Johanna, O., Martin, S., Gach, J. (2021). *Unheard, unseen, and untreated : Health inequalities in Europe today*.
- CAFI, Amnesty International, la Cimade, Médecins du Monde, Médecins sans frontières, Secours catholique Caritas. (2021). *Migrations, pour la protection des droits fondamentaux*. CAFI, p. 128.
- Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., Jankeliowitch-Laval, E. (2014). « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires. Une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. » *Économie et Statistique*, n° 469-470.
- Chêne, G. (2021). « Quelle est la couverture vaccinale contre la Covid-19 des personnes en situation de précarité ? Données du 27 décembre 2020 au 17 octobre 2021. » Le point sur...
- Cherief, L., Huyghe, F., Ikni, A., Lamas, O., Le Berre, C., Saboureux, L. (2021). Observatoire des expulsions collectives de lieux de vie informels.
- CIDE, U. (1989). Convention Internationale des droits de l'enfant.
- CNAM. (2021). Assurance maladie : Rapport d'activité 2021.
- CNCDH. (2021). Avis sur la situation des personnes exilées à Calais et Grande-Synthe (A-21-3).
- CNDH Romeurope. (2017). *20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et en squats*.
- Coalition eau. (2021). *Recommandations des ONG du secteur EAH pour la transposition de la directive européenne sur l'accès aux eaux destinées à la consommation humaine [Positionnement]*, p. 6.
- Couet-Wolfe, C., Jouet, V., & Kiladjian, E. (2021, mars 12). *L'accès à la santé des femmes en situation de précarité. Association des droits humains de la Sorbonne*.
- Dallier, P. (2021). Rapport fait au nom de la commission des finances du Sénat sur la politique d'hébergement d'urgence.
- Défenseur des droits. (2019). *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, p. 78.
- Défenseur des droits. (2021). Rapport annuel. *Enfant - Santé mentale : Le droit au bien-être*, p. 80.
- Défenseur des droits. (2022). *Dématérialisation des services publics : Trois ans après, où en est-on ?*
- De Botton, P. MdM. (2021). « Vaccins contre le Covid-19 : Emmanuel Macron ne cesse de tourner en rond pour ne pas prononcer son soutien ferme à la levée des brevets". *Le Monde*.
- Deal, A., Hayward, S. E., Huda, M., Knights, F., Crawshaw, A. F., Carter, J., Hassan, O. B., Farah, Y., Ciftci, Y., Rowland-Pomp, M., Rustage, K., Goldsmith, L., Hartmann, M., Mounier-Jack, S., Burns, R., Miller, A., Wurie, F., Campos-Matos, I., Majeed, A., Hargreaves, S. (2021). "Strategies and action points to ensure equitable uptake of COVID-19 vaccinations: A national qualitative interview study to explore the views of undocumented migrants, asylum seekers, and refugees". *Journal of Migration and Health*, 4, 100050.
- Defossez, A.-C. (2022). *Exposer des vies ou les secourir à la frontière. In Vies invisibles, morts indicibles (p. 59-76)*. Collège de France.
- Defossez, G., Le Guyader-Peyrou, S., Uhry, Z., Grosclaude, P., Remontet, L., Colonna, M., Dantony, E., Delafosse, P., Molinié, F., Woronoff, A.-S., Bouvier, A.-M., Bossard, N., Monnereau, A. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*. SPF (p. 20).
- Delon, M. (2017). *Les bidonvilles français dans le journal Le Monde (1945-2014)*. Métropolitiques.eu.
- Denieul, A., Leconte, T., Schechter, F. (2020). *L'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance. IGAS N°2020-018R*, p. 82.
- DIHAL. (2021). *Commission nationale de résorption des bidonvilles. Point d'étape*.
- DIHAL, Solidarité International. (2021). *Mise en place d'accès à l'eau potable dans les bidonvilles en France métropolitaine*. FAQ.
- Doineau, E., Godefroy, J.-P., Sénat. Commission des affaires sociales. (2017). Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés. Consulté 27 septembre 2022
- Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., McCartney, G. (2020). "Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response". *BMJ*, 369, m1557.
- Dourgnon, P., Jusot, F., Fantin, R. (2017). « Payer nuit gravement à la santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé ». *IRDES*, p. 28-29.
- DREES. (2021). *La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017*.
- DREES, Lang, T., & Ulrich, V. (2017). *Les inégalités sociales de santé*. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 (p. 290).
- Eberhard, M., Garcin, E., Quere, M., Segol, E. (2018). *Les femmes seules dans le dispositif de veille sociale : Une enquête auprès du public accueilli à l'ESI « Halte Femmes » [Rapport d'enquête]*, p. 67.
- Fassin, D. (2022). *Vies invisibles, morts indicibles* (Collège de France).
- Fassin, D., André, J. (2019). *La santé des migrants en question(s)*, Hygée éd.
- Flores, G., Abreu, M., Olivar, M. A., Kastner, B. (1998). "Access barriers to health care for Latino children." *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 152(11), 1119-1125.
- Fondation Abbé Pierre (2022). 27<sup>e</sup> rapport sur l'état du mal-logement en France.
- Fresnoza-Flot, A. (2013). *Rupture et continuité des liens familiaux dans le contexte migratoire : Les migrations parentales internationales en question*. 6, 59-68.
- Furtos, J., Laval, C. (2005). *La santé mentale en actes : De la clinique au politique*.
- Gandré, C., Coldefy, M. (2020). « Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement : Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. » *Questions d'économie de la santé*, 249, 8.
- Gautier, L., Nguengang Wakap, S. (2021). *Santé des mineurs non accompagnés et non protégés et adaptation des services en contexte de CoViD-19 à Paris (p. 72)* [Rapport scientifique].
- GBD 2017 Oral Disorders Collaborators. (2020). "Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017 : A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study." *Journal of Dental Research*.
- GISTI. (2019). *Sans-papiers, mais pas sans droits : 7e édition*.
- Gomes, E., Cahour, L., Menguy, C., Regnault, N. (2022). *Rapport de surveillance de la santé périnatale en France*.
- Gouvernement français. Feuille de route de la France pour l'Agenda 2030.
- Granger, S. (2021). « La pandémie de covid-19 en Guyane, un révélateur des tensions propres à une société ultramarine. » *Études caribéennes*, 49, Art. 49.
- Hacker, K. A., Briss, P. A., Richardson, L., Wright, J., Petersen, R. (2021). "COVID-19 and Chronic Disease : The Impact Now and in the Future." *Preventing Chronic Disease*, 18, 210086.

- Haffner, L. (1992). "Translation is not enough. Interpreting in a medical setting." *The Western Journal of Medicine*, 157(3), 255-259.
- HAS. (2010). *Stratégies de prévention de la carie dentaire - Synthèse et recommandations*.
- HAS. (2017a). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*.
- HAS. (2017b). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques* (p. 70).
- HAS. (2020). *Dépistage du cancer du col de l'utérus : Le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans*.
- HCSP. (2014). Évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé.
- Holden, P., Serrano, A. C. (1989). "Language barriers in pediatric care." *Clinical Pediatrics*, 28(4), 193-194.
- Hourdet, A., Rénier, M., Van de Steeg, F., Rieutord, G., de Champs Léger, H. (2020). État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : Enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu.
- Huaume, H., Kellou, N., Tomasino, A., Chappuis, M., Letrilliart, L. (2017). « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : Une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. » *Bull Epidemio Hebd.*, 19-20, 430-436.
- Humanitaires, A. (2020, novembre 21). « Les personnes en situation de sans-abrisme face à la Covid-19 : Étude sur des éléments d'une praxis humanitaire chez des acteurs associatifs de Marseille. » *Alternatives humanitaires*.
- IGAS. (2018). *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*.
- IGAS (2019). Code de l'action sociale et des familles. Article R221-11.
- INCa. (2019). Institut national du cancer, Rapport d'activités 2019 -.
- INSEE. (2001). L'enquête sans-domicile 2001.
- INSEE. (2019a). « 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : Seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans. » *Insee Première*. 1773.
- INSEE. (2019b). État de santé de la population – France, portrait social.
- INSEE. (2020a). Définition - Sans-domicile 2020.
- INSEE. (2020b). Enfants mineurs, quelle égalité ?
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., Suk, J. E., Hatzakis, A., McKee, M., Noori, T., Stuckler, D. (2015). "How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review: Table 1." *The European Journal of Public Health*, 25(6), 937-944.
- Kiszewski, A. E., Cleary, E. G., Jackson, M. J., Ledley, F. D. (2021). "NIH funding for vaccine readiness before the COVID-19 pandemic." *Vaccine*, 39(17), 2458-2466.
- Le Gret, Coalition eau. (2022, juin). Observatoire des droits à l'eau et à l'assainissement. *L'eau est un droit*.
- Longchamps, C., Ducarroz, S., Crouzet, L., El Aarbaoul, T., Allaire, C., Colleville, A.-C., Melchior, M., Groupe de l'Etude ECHO. (2020). *Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : Premiers résultats de l'étude ECHO*.
- Lordier, N. (2013). *De la PASS au droit commun : État des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011*.
- Lot, F. (2017). « Journée mondiale du sida, 1er décembre 2017. » *Bull Epidemio Hebd.*, 29-30.
- Marmot. (2004). *Social determinants of health : A panoramic view - Rome, 18.11.2004*. Fondazione Internazionale Premio Balzan.
- MdM. (2017). *Cadre de référence en santé mentale dans les contextes d'urgence et de crise*.
- MdM, Gutton, C., Tomasino, A. (2019). *Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France* (p. 116).
- MdM, Gutton, C., Tomasino, A. (2020). *Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France* (p. 57).
- Menvielle, G., Lang, T. (2021). « Les inégalités sociales de santé : Vingt ans d'évolution. » *Actualité et dossier en santé publique*, 113.
- Merimi, H. (2021, octobre 21). *The COVID-19 vaccines and undocumented migrants in France PICUM*.
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., Goodkind, J. R. (2018). "Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice." *American Journal of Orthopsychiatry*, 88, 26-37.
- Ministère de la Justice. (2020). Mission Mineurs non accompagnés, rapport d'activité.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021). « Vaccination contre la Covid en France : Au 31 décembre 2021, 24 311 919 doses de rappel ont été réalisées. »
- Instruction du Gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles., Pub. L. No. BO n° 2 du 25 février 2018, TERL1736127 (2018).
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2017). « Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 » (p. 75).
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). Mesure 27 dédiée à la précarité dans le Ségur de la santé.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). « Priorité prévention : Rester en bonne santé tout au long de sa vie - Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024. »
- Moquet, A.-M. (2008). *La santé de l'homme* N°397 Septembre - Octobre 2008.
- Moquet, M.-J., Potvin, L. (2011). « Inégalités sociales de santé : Connaissances et modalités d'intervention. » *La Santé de l'Homme*, 414, 7-8.
- Morice, A.-E. (2019). Évaluation d'un service d'interprétariat par visioconférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux : Étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non recours. dumas-02394617, 169.
- MSF, COMEDE. (2021a). Rapport sur la santé mentale des mineurs non accompagnés.
- MSF, COMEDE. (2021b). Rapport de plaidoyer. « Vivre le confinement. Les MNA en recours face à l'épidémie de Covid-19. »
- Nations unies. *Transformer notre monde : Le Programme de développement durable à l'horizon 2030* Department of Economic and Social Affairs. Consulté 28 septembre 2022.
- Nations unies (2020). Rapport de la Rapporteuse spéciale du Conseil des Droits de l'homme sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant ainsi que sur le droit à la non-discrimination à cet égard (A/HRC/43/43/ADD.2; p. 24).
- OFPRA. (2021). Premières données de l'asile 2021 à l'Ofpra.
- OIM. (2022, octobre 25). *Plus de 5 000 décès enregistrés sur les routes migratoires européennes depuis 2021*. ONU Info.
- OMS. (1946). Constitution.
- OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
- OMS. (2018). The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach.
- OMS. (2022). Mental Health and COVID-19 : Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022.
- Ordre des Médecins. (2021, août 3). *Pass sanitaire et accès aux soins*.
- ORS Auvergne-Rhône-Alpes. (2019). Étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la métropole lyonnaise.
- Panara, M. (2021, mai 28). « Covid-19 : Pour les sans-papiers, le long chemin de la vaccination. » *InfoMigrants*.
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F., Desgrées du Loû, A. (2018). "Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France : An analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study." *The Lancet Public Health*, 3(1), e16-e23.
- Papazian-Zohrabian, G., Rousseau, C. (2019, octobre 20). *Demandeurs d'asile et santé mentale : Quelques facteurs de risque. CERDA - Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile*.
- Pegon-Machat, E., Jourdan, D., Tubert-Jeannin, S. (2018). « Inégalités en santé orale : Déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. » *Santé Publique*, Vol. 30(2), 243-251.
- Pikus, A.-C., Deschamps, J.-P., Boissonnat, H. (2015). « Maladies chroniques et précarité : Obstacles à la prise en charge et préconisations. » *Santé Publique*, S1(HS), 13-16.
- Request, L., Rolland, C. (2019). *Violences subies pendant le parcours migratoire par les personnes ayant transité par la Libye, l'Italie, et la France [Rapport scientifique]*. Médecins du Monde France.
- Rilliard, F., Friedlander, L., Descorps-declere, J., Khelifa, N., Moyal, F., Saadi, S., Schwallinger, F., Naud-Illamas, I. (2012). « Santé et précarité : Les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire. » *La Santé de l'Homme*, 417, 31-33.
- Roederer, T., Mollo, B., Vincent, C., Nikolay, B., Llosa, A. E., Nesbitt, R., Vanhomwegen, J., Rose, T., Goyard, S., Anna, F., Torre, C., Fourrey, E., Simons, E., Hennequin, W., Mills, C., Luquero, F. J. (2021). "Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France : A cross-sectional study." *The Lancet Public Health*, 6(4), e202-e209.
- Rolland, C., Spira, A. (2021, novembre 18). « Les enjeux sanitaires ne doivent pas être instrumentalisés au service d'une politique anti-migratoire ». *Le Monde*.
- Rosenberg, E. S., Dufort, E. M., Blog, D. S., Hall, E. W., Hoefler, D., Backenson, B. P., Muse, A. T., Kirkwood, J. N., St. George, K., Holtgrave, D. R., Hutton, B. J., Zucker, H. A., New York State Coronavirus 2019 Response Team, Anand, M., Kaufman, A., Kuhles, D., Macted, A., Newman, A., Pulver, W., ... Barranco, M. (2020). "COVID-19 Testing, Epidemic Features, Hospital Outcomes, and Household Prevalence, New York State - March 2020." *Clinical Infectious Diseases*, 71(8), 1953-1959.
- Roze, M., Vandentorren, S., Vuillermoz, C., Chauvin, P., Melchior, M. (2016). "Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey." *European Psychiatry*, 38, 51-60.
- Schapiro, K. A. (2009). "Migration and Educational Outcomes of Children." *UNDP*, 80.
- Sgan-Cohen, H., Evans, R., Whelton, H., Vilena, R., MacDougall, M., Williams, D., IADR-GOHIRA Steering and Task Groups. (2013). IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA®) : A Call to Action
- Soumana Ali, M., Ducroz, M., Albert, F. (2018). *Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018* (p. 55) [Médecine Générale, Université de Nantes].
- SPF. (2016). Baromètre santé 2016.
- SPF. (2021a). Dépistage du cancer du col de l'utérus : Données 2017-2019.
- SPF. (2021b). Populations en grande précarité et Covid-19 : Partage des connaissances pour améliorer la prévention et les actions.
- SPF. (2021c). Santé mentale et COVID-19.
- SPF. (2021d). « Surveillance du VIH et des IST bactériennes. » *Bulletin de Santé publique*, 16.
- SPF. (2022). Coronavirus : L'info accessible à tous.
- SPF CoviPrev. (2022). CoviPrev : Une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19.
- Triandafyllidou, A. (2009). *Migration irrégulière en France - Projet de Recherche « CLANDESTINO »*. *Compter l'Incomptable : Données et Tendances en Europe*.
- UNICEF, Samu Social, SPF. (2022). *Grandir sans chez-soi, Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants*.
- Vilain, A., Fresson, J., Rey, S., DREES. (2020). « Interruptions volontaires de grossesse : Une hausse confirmée en 2019. » *Études et Résultats*, 1163.
- Wargon, E. (2021, septembre 6). Courrier de la Ministre du Logement au président de la FAS dans le cadre de la mise en œuvre d'une loi de programmation de la rue à l'hébergement ou au logement.

# MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Les témoignages et constats sont recueillis dans les Casos et les programmes spécifiques. En revanche les données quantitatives sont recueillies uniquement dans les Casos.

## MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Casos à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Casos et d'un outil de collecte de données, regroupant ce qui est appelé « visite » et « consultations ». Le DPI s'appuie sur un accès à une base de données unique centralisée sur Internet et hébergée par un « hébergeur de données de santé à caractère personnel » agréé.

La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existant dans les Casos en France. Ainsi, le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social (dont MNA, régularisation pour soins), infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie/sage-femme, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au Caso. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant et/ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des personnes rencontrées au jour de leur première visite.

Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des personnes et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

Sauf mention contraire, les données exploitées ici ne sont issues que des programmes Casos, en revanche les témoignages repris dans ce rapport sont issus de tout type de programmes (Caso ou spécifiques – MNA, santé logement, DSSR).

## LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la classification internationale des soins de santé primaires<sup>103</sup>. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;
- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.) et sept rubriques.

### 17 chapitres (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A** Général et non spécifié<sup>104</sup>
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (Blood, sang)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (Hearing, audition)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéoarticulaire (Locomotion)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (Skin, peau)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (Woman, femme)
- X** Système génital féminin et sein (Chromosome X)
- Y** Système génital masculin et sein (Chromosome Y)
- Z** Social<sup>105</sup>

### Sept rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :

- Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29
- Procédures – **gris** : codes 30 à 69
- Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99
- Maladies infectieuses – **jaune**
- Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**
- Lésions traumatiques – **rose**
- Anomalies congénitales – **bleu foncé**
- Autres diagnostics – **violet**

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

### Exemples :

- Peur du VIH : **B 25** (B = sang, système hématopoïétique, immunologie / 25 = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert))
- Angine aiguë : **R 76** (R = respiratoire et 76 = code spécifique / rubrique infection (jaune))

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

### Exemples :

- Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : **K 60** (K = cardiovasculaire / 60 = code spécifique procédure (gris))
- Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63** (N = neurologique / 63 = code spécifique procédure (gris))
- Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45** (W = grossesse, accouchement et planification familiale / 45 = code spécifique procédure (gris))

### Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;
- Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...) ;
- Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19).

Les médecins peuvent indiquer jusqu'à cinq résultats de consultations dans les dossiers médicaux. Ils notifient toutes les pathologies repérées en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation, l'objectif étant de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

## ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des Casos est confiée au CREAI-ORS Occitanie. Le traitement des données a été réalisé à l'aide

du logiciel Sas (version 9.4). Les comparaisons bivariées de deux variables ont été testées à l'aide du test du chi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées à l'aide de la valeur « p », ou degré de signification. La valeur « p » maximale pour considérer une différence comme significative est fixée à 5 %, c'est-à-dire qu'il y a 5 % de chance d'obtenir par le hasard le résultat observé en supposant que l'hypothèse d'absence de lien entre les groupes étudiés soit vraie. La codification suivante est ainsi retenue dans les tableaux :

- ns : différence non significative au seuil de 5 % ;
- \* : différence significative au seuil de 5 % ;
- \*\* : différence significative au seuil de 1 % ;
- \*\*\* : différence significative au seuil de 1 %.

Des analyses multivariées à partir de régression logistique ont également été réalisées afin d'analyser les relations entre une variable à expliquer qualitative binaire et plusieurs variables explicatives. Ces analyses permettent de mesurer l'effet individuel de chaque variable explicative sur la variable à expliquer et de prendre en compte l'influence de facteurs tiers (ajustement). L'*odds ratio* est utilisé pour témoigner du sens (augmentation si >1 et diminution si <1) et de la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, sans pour autant mettre en évidence une relation de causalité. La régression logistique n'a pas été utilisée ici pour construire des modèles prédictifs, mais seulement pour contrôler l'impact de variables de confusion et quantifier la force du lien entre les variables explicatives et la variable à expliquer.

## ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES AVEC LA CISP

Le traitement des données médicales a été réalisé selon deux approches.

Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2021 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année. Dans la suite des analyses, et en particulier pour toutes celles portant sur des populations spécifiques (mineurs, SDF, demandeurs d'asile, etc.), le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées mais à partir du groupe de patients spécifiques venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

Rappelons enfin que le terme de « prévalence » n'est pas tout à fait approprié dans ce travail dans la mesure où les consultants de Médecins du Monde ne subissent pas un examen complet permettant d'avoir une vue d'ensemble de leur état de santé. Il faut donc interpréter les prévalences en termes de fréquences de pathologies diagnostiquées, sans que l'on connaisse exactement la véritable prévalence de ces affections parmi les consultants.

<sup>103</sup> Pour plus d'informations sur la CISP, se référer au site internet du CISP-Club.

<sup>104</sup> Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

<sup>105</sup> Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

# ANALYSES PAR CASO

	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	TOTAL
<b>Nombre de consultations</b>	321	3 856	2 542	2 402	3 227	3 009	1 638	2 232	4 188	1 215	655	5 160	1 570	1 874	33 889
<b>Nombre de patients différents (file active)</b>	133	1 587	1 075	1 134	1 713	1 268	535	1 158	1 773	563	598	2 516	432	870	15 355
<b>Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes)</b>	321	1 613	970	1 529	1 145	775	860	1 189	2 106	648	539	2 002	359	994	15 050
<i>Part des consultations médicales (Répartition des Casos)</i>	2,1%	10,7%	6,4%	10,2%	7,6%	5,1%	5,7%	7,9%	14,0%	4,3%	3,6%	13,3%	2,4%	6,6%	100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	128	826	710	897	913	624	411	665	1 257	330	410	1 356	218	614	9 359
Nombre moyen de consultations médicales par patients	2,51	1,95	1,37	1,70	1,25	1,24	2,09	1,79	1,68	1,96	1,31	1,48	1,65	1,62	1,61
<b>Nombre de consultations dentaires</b>						755	89	143		533					1 520
<i>Part des consultations dentaires (Répartition des Casos)</i>						49,7%	5,9%	9,4%							64,9%
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire						302	53	89		251					695
Nombre moyen de consultations dentaires par patients						2,50	1,68	1,61		2,12					2,19
<b>Nombre de consultations paramédicales<sup>1</sup></b>		595	1 140	360	189	578	4	36		32	95	742	523	22	4 316
<i>Part des consultations paramédicales (Répartition des Casos)</i>	0,0%	13,8%	26,4%	8,3%	4,4%	13,4%	0,1%	0,8%	0,0%	0,7%	2,2%	17,2%	12,1%	0,5%	100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation paramédicale		483	852	310	132	476	4	35		30	90	653	324	20	3 409
Nombre moyen de consultations paramédicales par patients		1,23	1,34	1,16	1,43	1,21	1,00	1,03		1,07	1,06	1,14	1,61	1,10	1,27
<b>Nombre de consultations sociales<sup>2</sup></b>	1644	429	477	1893	901	685	863	2082	2	10	2371	688	858	12 903	
<i>Part des consultations sociales (Répartition des Casos)</i>	0,0%	12,7%	3,3%	3,7%	14,7%	7,0%	5,3%	6,7%	16,1%	0,0%	0,1%	18,4%	5,3%	6,6%	100,0%

1 Les consultations paramédicales comprennent les actes infirmiers, les consultations de kinésithérapie, de podologie et de prévention VIH-Hépatite  
 2 Les entretiens sociaux comprennent les consultations sociales et DASEM et les consultations sociales MNNA  
 3 Y compris les entretiens partiellement complétés

## AJACCIO

## ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
133	0,9	321	0	0	0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

## CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	18,8	25	31,9	4 849	31,7	4 874
Âge moyen (années)	48,6		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	1,5	2	8,8	1 338	8,8	1 340
18-29 ans	7,6	10	35,0	5 304	34,7	5 314
30-39 ans	23,5	31	30,2	4 588	30,2	4 619
40-49 ans	16,7	22	14,3	2 162	14,3	2 184
≥ 50 ans	50,8	67	11,7	1 777	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	49,6	66	97,5	14 845	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	69,9	93	9,7	1 477	10,2	1 570
Europe (hors UE)	0,0	0	9,2	1 371	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	0,8	1	41,6	6 331	41,3	6 332
Maghreb	27,1	36	29,7	4 517	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	0,0	0	6,0	888	5,8	888
Asie	0,0	0	3,0	446	2,9	446
Océanie et Amériques	2,3	3	1,2	176	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
France	50,4	67	2,5	377	2,9	444
Maroc	12,8	17	6,1	935	6,2	952
Tunisie	11,3	15	4,2	637	4,2	652
Roumanie	5,3	7	3,1	476	3,1	483
Pologne	3,8	5	0,2	25	0,2	30
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	95,1	78	46,6	5 051	46,9	5 129
Situation irrégulière	4,9	4	53,4	5 796	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	0,0	0	19,6	1 910	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	0,0	0	27,3	3 802	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	12,0	3	18,3	2 553	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	16,0	4	24,7	3 445	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	20,0	5	24,1	3 360	24,1	3 365
≥ 10 ans	52,0	13	5,5	762	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	20,8	5	8,3	891	8,3	896
Hébergé	37,5	9	61,5	6 589	61,4	6 598
Squat ou campement	4,2	1	7,7	827	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	37,5	9	21,4	2 299	21,5	2 308
Autre situation	0,0	0	1,1	116	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	4,2	1	30,1	2 828	30,0	2 829
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	89,3	50	27,9	2 113	28,3	2 163
Droits non ouverts	10,7	6	72,1	5 470	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## BORDEAUX

## ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 587	10,3	1 613	0	595	1 644

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

## CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	40,8	648	30,7	4 226	31,7	4 874
Âge moyen (années)	34,1		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	9,4	148	8,7	1 192	8,8	1 340
18-29 ans	28,6	451	35,4	4 863	34,7	5 314
30-39 ans	29,5	465	30,3	4 154	30,2	4 619
40-49 ans	18,8	296	13,8	1 888	14,3	2 184
≥ 50 ans	13,7	216	11,9	1 628	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	97,9	1 554	97,0	13 357	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	18,0	286	9,3	1 284	10,2	1 570
Europe (hors UE)	19,2	305	7,8	1 066	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	36,0	570	41,9	5 762	41,3	6 332
Maghreb	22,8	362	30,5	4 191	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	1,3	21	6,3	867	5,8	888
Asie	1,3	20	3,1	426	2,9	446
Océanie et Amériques	1,3	21	1,1	158	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	13,2	210	19,0	2 610	18,4	2 820
Bulgarie	11,3	180	0,5	71	1,6	251
Nigéria	9,5	150	3,3	461	4,0	611
Albanie	7,3	116	2,8	382	3,2	498
Maroc	6,0	96	6,2	856	6,2	952
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	55,8	657	45,9	4 472	46,9	5 129
Situation irrégulière	44,2	520	54,1	5 280	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	23,4	253	19,1	1 657	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	14,8	208	28,7	3 594	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	15,3	215	18,7	2 341	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	32,8	462	23,8	2 987	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	34,4	484	23,0	2 881	24,1	3 365
≥ 10 ans	2,7	38	5,9	737	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,7	72	8,7	824	8,3	896
Hébergé	50,5	635	62,8	5 963	61,4	6 598
Squat ou campement	20,5	258	6,0	570	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,8	274	21,4	2 034	21,5	2 308
Autre situation	1,4	18	1,0	98	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	20,0	216	28,9	2 497	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	47,6	420	25,8	1 743	28,3	2 163
Droits non ouverts	52,4	462	74,2	5 014	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## GRENOBLE

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 075	7,0	970	0	1 140	429

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie/opticien

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	31,3	336	31,8	4 538	31,7	4 874
Âge moyen (années)	29,1		33,4		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	13,7	147	8,4	1 193	8,8	1 340
18-29 ans	43,3	466	34,1	4 848	34,7	5 314
30-39 ans	24,7	266	30,6	4 353	30,2	4 619
40-49 ans	9,8	105	14,6	2 079	14,3	2 184
≥ 50 ans	8,5	91	12,3	1 753	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	97,1	1 044	97,1	13 867	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	10,0	107	10,3	1 463	10,2	1 570
Europe (hors UE)	7,1	76	9,1	1 295	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	37,3	401	41,6	5 931	41,3	6 332
Maghreb	31,0	333	29,6	4 220	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	11,0	118	5,4	770	5,8	888
Asie	2,8	30	2,9	416	2,9	446
Océanie et Amériques	0,8	9	1,2	170	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	20,2	217	18,2	2 603	18,4	2 820
Guinée	11,7	126	4,3	609	4,8	735
Afghanistan	8,9	96	3,1	444	3,5	540
Tunisie	7,1	76	4,0	576	4,2	652
Nigéria	6,2	67	3,8	544	4,0	611
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	65,0	583	45,3	4 546	46,9	5 129
Situation irrégulière	35,0	314	54,7	5 486	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	36,8	285	18,1	1 625	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	37,1	364	26,5	3 438	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	20,9	205	18,1	2 351	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	18,3	180	25,2	3 269	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	19,1	188	24,5	3 177	24,1	3 365
≥ 10 ans	4,6	45	5,6	730	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	9,6	88	8,2	808	8,3	896
Hébergé	60,9	558	61,5	6 040	61,4	6 598
Squat ou campement	5,6	51	7,9	777	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	23,7	217	21,3	2 091	21,5	2 308
Autre situation	0,3	3	1,1	113	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	26,3	168	28,0	2 545	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	22,7	130	28,8	2 033	28,3	2 163
Droits non ouverts	77,3	443	71,2	5 033	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## LYON

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 134	7,4	1 529	0	360	477

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	31,0	351	31,8	4 523	31,7	4 874
Âge moyen (années)	29,1		33,4		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	23,0	260	7,6	1 080	8,8	1 340
18-29 ans	34,6	392	34,7	4 922	34,7	5 314
30-39 ans	23,0	260	30,8	4 359	30,2	4 619
40-49 ans	9,9	112	14,6	2 072	14,3	2 184
≥ 50 ans	9,5	108	12,3	1 736	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	97,9	1 110	97,0	13 801	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,1	148	10,0	1 422	10,2	1 570
Europe (hors UE)	9,3	106	8,9	1 265	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	44,4	504	41,0	5 828	41,3	6 332
Maghreb	27,9	316	29,8	4 237	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	4,1	47	5,9	841	5,8	888
Asie	0,8	9	3,1	437	2,9	446
Océanie et Amériques	0,4	4	1,2	175	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	21,8	247	18,1	2 573	18,4	2 820
Guinée	11,0	125	4,3	610	4,8	735
Roumanie	9,1	103	2,7	380	3,1	483
Côte d'Ivoire	7,1	80	11,1	1 576	10,8	1 656
Albanie	6,0	68	3,0	430	3,2	498
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	60,8	666	45,4	4 463	46,9	5 129
Situation irrégulière	39,2	429	54,6	5 371	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	25,9	253	18,9	1 657	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	39,9	430	26,2	3 372	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	22,4	241	18,0	2 315	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	19,6	211	25,2	3 238	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	14,1	152	25,0	3 213	24,1	3 365
≥ 10 ans	4,1	44	5,7	731	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,3	68	8,6	828	8,3	896
Hébergé	50,2	544	62,7	6 054	61,4	6 598
Squat ou campement	9,7	105	7,5	723	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	32,8	356	20,2	1 952	21,5	2 308
Autre situation	1,0	11	1,1	105	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	37,5	382	26,8	2 331	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	15,6	117	29,7	2 046	28,3	2 163
Droits non ouverts	84,4	632	70,3	4 844	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## MARSEILLE

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 713	11,2	1 145	0	189	1 893

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	23,1	396	32,8	4 478	31,7	4 874
Âge moyen (années)	33,3		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,8	116	9,0	1 224	8,8	1 340
18-29 ans	36,4	624	34,5	4 690	34,7	5 314
30-39 ans	31,9	546	30,0	4 073	30,2	4 619
40-49 ans	13,3	227	14,4	1 957	14,3	2 184
≥ 50 ans	11,7	200	12,1	1 644	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	98,2	1 683	97,0	13 228	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,8	83	10,9	1 487	10,2	1 570
Europe (hors UE)	5,8	99	9,3	1 272	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	31,8	545	42,5	5 787	41,3	6 332
Maghreb	55,1	944	26,5	3 609	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	1,9	32	6,3	856	5,8	888
Asie	0,1	1	3,3	445	2,9	446
Océanie et Amériques	0,5	9	1,2	170	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	44,1	755	15,1	2 065	18,4	2 820
Comores	13,6	233	0,7	93	2,1	326
Tunisie	6,7	114	3,9	538	4,2	652
Nigéria	4,4	76	3,9	535	4,0	611
Maroc	3,7	64	6,5	888	6,2	952
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	29,5	301	48,7	4 828	46,9	5 129
Situation irrégulière	70,5	720	51,3	5 080	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	9,2	81	20,6	1 829	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	23,2	378	27,8	3 424	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	24,0	390	17,6	2 166	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	26,1	425	24,5	3 024	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	21,2	345	24,5	3 020	24,1	3 365
≥ 10 ans	5,5	89	5,6	686	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,8	68	8,5	828	8,3	896
Hébergé	72,7	723	60,2	5 875	61,4	6 598
Squat ou campement	4,7	47	8,0	781	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,1	150	22,1	2 158	21,5	2 308
Autre situation	0,6	6	1,1	110	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	38,3	339	26,9	2 374	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	24,0	175	28,8	1 988	28,3	2 163
Droits non ouverts	76,0	553	71,2	4 923	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## MONTPELLIER

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 268	8,3	775	755	578	901

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire (prévention VIH-HEP-IST et psychologie/psychiatrie suspendues en 2021)

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	28,5	362	32,0	4 512	31,7	4 874
Âge moyen (années)	33,8		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	5,8	73	9,0	1 267	8,8	1 340
18-29 ans	37,2	471	34,5	4 843	34,7	5 314
30-39 ans	28,3	358	30,4	4 261	30,2	4 619
40-49 ans	14,7	186	14,2	1 998	14,3	2 184
≥ 50 ans	14,0	177	11,9	1 667	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	96,8	1 228	97,1	13 683	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	8,8	112	10,4	1 458	10,2	1 570
Europe (hors UE)	16,2	206	8,3	1 165	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	20,9	265	43,1	6 067	41,3	6 332
Maghreb	47,2	598	28,1	3 955	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	4,8	61	5,9	827	5,8	888
Asie	1,2	15	3,1	431	2,9	446
Océanie et Amériques	0,9	11	1,2	168	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	23,3	295	17,9	2 525	18,4	2 820
Maroc	21,8	276	4,8	676	6,2	952
France	7,1	90	2,9	408	3,2	498
Guinée	4,7	59	4,8	676	4,8	735
Albanie	3,9	50	1,6	225	1,8	275
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	52,8	218	46,7	4 911	46,9	5 129
Situation irrégulière	47,2	195	53,3	5 605	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	14,2	49	19,8	1 861	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	26,5	309	27,3	3 493	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	17,2	200	18,4	2 356	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	25,0	291	24,7	3 158	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	24,4	284	24,1	3 081	24,1	3 365
≥ 10 ans	7,0	81	5,4	694	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	7,5	24	8,4	872	8,3	896
Hébergé	61,2	197	61,4	6 401	61,4	6 598
Squat ou campement	10,9	35	7,6	793	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,6	63	21,5	2 245	21,5	2 308
Autre situation	0,9	3	1,1	113	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	24,0	73	28,1	2 640	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	43,4	150	27,6	2 013	28,3	2 163
Droits non ouverts	56,6	196	72,4	5 280	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## NANCY

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
535	3,5	860	89	4	685

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	30,8	165	31,8	4 709	31,7	4 874
Âge moyen (années)	32,5		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	11,5	61	8,7	1 279	8,8	1 340
18-29 ans	31,5	167	34,8	5 147	34,7	5 314
30-39 ans	32,0	170	30,1	4 449	30,2	4 619
40-49 ans	13,4	71	14,3	2 113	14,3	2 184
≥ 50 ans	11,7	62	12,1	1 782	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	93,3	499	97,2	14 412	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	14,4	77	10,1	1 493	10,2	1 570
Europe (hors UE)	10,3	55	8,9	1 316	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	15,7	84	42,2	6 248	41,3	6 332
Maghreb	54,9	293	28,8	4 260	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	3,7	20	5,9	868	5,8	888
Asie	0,4	2	3,0	444	2,9	446
Océanie et Amériques	0,6	3	1,2	176	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	34,4	184	17,8	2 636	18,4	2 820
Maroc	16,3	87	5,8	865	6,2	952
France	6,7	36	2,8	408	2,9	444
Italie	6,0	32	3,1	466	3,2	498
Albanie	5,8	31	3,9	580	4,0	611
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	48,1	235	46,9	4 894	46,9	5 129
Situation irrégulière	51,9	254	53,1	5 546	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	7,3	32	20,1	1 878	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	24,8	114	27,3	3 688	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	17,2	79	18,4	2 477	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	25,5	117	24,7	3 332	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	29,0	133	24,0	3 232	24,1	3 365
≥ 10 ans	3,5	16	5,6	759	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	26,1	127	7,5	769	8,3	896
Hébergé	65,6	319	61,2	6 279	61,4	6 598
Squat ou campement	0,2	1	8,1	827	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	7,4	36	22,1	2 272	21,5	2 308
Autre situation	0,6	3	1,1	113	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	15,8	75	28,6	2 638	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	34,8	110	28,0	2 053	28,3	2 163
Droits non ouverts	65,2	206	72,0	5 270	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## NICE

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 158	7,5	1 189	143	36	863

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, dentaire, psychologie/psychiatrie

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	42,7	494	30,9	4 380	31,7	4 874
Âge moyen (années)	38,4		32,7		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	4,3	50	9,1	1 290	8,8	1 340
18-29 ans	22,8	264	35,7	5 050	34,7	5 314
30-39 ans	30,0	347	30,2	4 272	30,2	4 619
40-49 ans	20,9	242	13,7	1 942	14,3	2 184
≥ 50 ans	21,9	253	11,2	1 591	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	98,1	1 136	97,0	13 775	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	11,3	131	10,1	1 439	10,2	1 570
Europe (hors UE)	23,5	272	7,7	1 099	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	25,2	291	42,6	6 041	41,3	6 332
Maghreb	30,5	353	29,6	4 200	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	2,7	31	6,0	857	5,8	888
Asie	4,8	55	2,8	391	2,9	446
Océanie et Amériques	2,0	23	1,1	156	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	20,2	234	2,9	418	4,2	652
Maroc	5,5	64	19,4	2 756	18,4	2 820
Algérie	5,1	59	2,5	350	2,7	409
Sénégal	4,4	51	0,1	16	0,4	67
Russie - Tchétchénie	4,1	48	1,6	227	1,8	275
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	43,9	486	47,3	4 643	46,9	5 129
Situation irrégulière	56,1	622	52,7	5 178	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	23,0	249	19,1	1 661	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	18,2	204	28,0	3 598	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	16,5	184	18,5	2 372	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	24,0	268	24,8	3 181	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	28,4	318	23,8	3 047	24,1	3 365
≥ 10 ans	12,9	144	4,9	631	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	14,5	163	7,6	733	8,3	896
Hébergé	62,6	702	61,3	5 896	61,4	6 598
Squat ou campement	1,9	21	8,4	807	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,8	222	21,7	2 086	21,5	2 308
Autre situation	1,2	14	1,1	102	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	13,5	147	29,8	2 566	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	21,2	189	29,3	1 974	28,3	2 163
Droits non ouverts	78,8	703	70,7	4 773	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 773	11,5	2 106	0	0	2 082

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

## CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	29,9	530	32,0	4 344	31,7	4 874
Âge moyen (années)	33,5		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	2,9	51	9,5	1 289	8,8	1 340
18-29 ans	39,2	692	34,1	4 622	34,7	5 314
30-39 ans	34,4	607	29,6	4 012	30,2	4 619
40-49 ans	13,5	238	14,4	1 946	14,3	2 184
≥ 50 ans	10,1	178	12,3	1 666	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	99,2	1 759	96,8	13 152	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	2,0	36	11,3	1 534	10,2	1 570
Europe (hors UE)	1,0	18	10,0	1 353	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	66,6	1 180	38,0	5 152	41,3	6 332
Maghreb	14,1	250	31,7	4 303	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	10,8	192	5,1	696	5,8	888
Asie	2,8	49	2,9	397	2,9	446
Océanie et Amériques	2,7	47	1,0	132	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	23,1	409	9,2	1 247	10,8	1 656
Mali	14,3	253	3,0	404	4,3	657
Cameroun	10,5	186	3,1	415	3,9	601
Algérie	9,2	164	19,6	2 656	18,4	2 820
Afghanistan	9,1	162	2,8	378	3,5	540
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	28,8	385	49,5	4 744	46,9	5 129
Situation irrégulière	71,2	953	50,5	4 847	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	13,6	170	20,4	1 740	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	27,2	455	27,3	3 347	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	15,9	265	18,7	2 291	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	26,8	447	24,5	3 002	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	24,4	407	24,1	2 958	24,1	3 365
≥ 10 ans	5,7	96	5,5	679	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	2,9	39	9,1	857	8,3	896
Hébergé	66,9	897	60,6	5 701	61,4	6 598
Squat ou campement	2,6	35	8,4	793	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	26,1	350	20,8	1 958	21,5	2 308
Autre situation	1,5	20	1,0	96	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	35,1	435	26,9	2 278	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	24,9	201	28,7	1 962	28,3	2 163
Droits non ouverts	75,1	605	71,3	4 871	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
563	3,7	648	533	32	2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, dentaire, psychologie/psychiatrie

## CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	28,1	158	31,9	4 716	31,7	4 874
Âge moyen (années)	30,4		33,2		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	20,1	111	8,3	1 229	8,8	1 340
18-29 ans	36,2	200	34,7	5 114	34,7	5 314
30-39 ans	20,8	115	30,5	4 504	30,2	4 619
40-49 ans	11,4	63	14,4	2 121	14,3	2 184
≥ 50 ans	11,4	63	12,1	1 781	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	85,8	483	97,5	14 428	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	22,7	127	9,8	1 443	10,2	1 570
Europe (hors UE)	6,1	34	9,0	1 337	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	34,5	193	41,5	6 139	41,3	6 332
Maghreb	17,9	100	30,1	4 453	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	17,1	96	5,4	792	5,8	888
Asie	1,3	7	3,0	439	2,9	446
Océanie et Amériques	0,5	3	1,2	176	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Afghanistan	14,4	81	3,1	459	3,5	540
France	14,2	80	2,5	364	2,9	444
Maroc	11,9	67	6,0	885	6,2	952
Guinée	8,2	46	4,7	689	4,8	735
Côte d'Ivoire	4,6	26	11,0	1 630	10,8	1 656
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	86,9	384	45,2	4 745	46,9	5 129
Situation irrégulière	13,1	58	54,8	5 742	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	40,3	128	18,9	1 782	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	24,4	75	27,3	3 727	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	21,2	65	18,3	2 491	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	24,8	76	24,7	3 373	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	25,1	77	24,1	3 288	24,1	3 365
≥ 10 ans	4,6	14	5,6	761	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	20,6	75	7,9	821	8,3	896
Hébergé	69,2	252	61,1	6 346	61,4	6 598
Squat ou campement	0,3	1	8,0	827	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	9,3	34	21,9	2 274	21,5	2 308
Autre situation	0,5	2	1,1	114	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	5,5	20	28,8	2 693	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	42,5	153	27,6	2 010	28,3	2 163
Droits non ouverts	57,5	207	72,4	5 269	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## ROUEN

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
598	3,9	539	0	95	10

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	24,6	147	32,0	4 727	31,7	4 874
Âge moyen (années)	29,1		33,2		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	19,2	114	8,3	1 226	8,8	1 340
18-29 ans	40,0	237	34,5	5 077	34,7	5 314
30-39 ans	23,4	139	30,5	4 480	30,2	4 619
40-49 ans	10,1	60	14,4	2 124	14,3	2 184
≥ 50 ans	7,3	43	12,2	1 801	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	96,2	575	97,1	14 336	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	7,4	44	10,4	1 526	10,2	1 570
Europe (hors UE)	3,7	22	9,2	1 349	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	33,1	198	41,6	6 134	41,3	6 332
Maghreb	50,2	300	28,9	4 253	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	3,0	18	5,9	870	5,8	888
Asie	2,5	15	2,9	431	2,9	446
Océanie et Amériques	0,2	1	1,2	178	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	31,1	186	17,8	2 634	18,4	2 820
Tunisie	9,5	57	4,0	595	4,2	652
Guinée	9,0	54	4,6	681	4,8	735
Maroc	8,7	52	6,1	900	6,2	952
France	3,8	23	2,9	421	2,9	444
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	48,9	246	46,8	4 883	46,9	5 129
Situation irrégulière	51,1	257	53,2	5 543	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	9,2	29	19,9	1 881	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	39,6	204	26,8	3 598	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	20,6	106	18,2	2 450	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	18,4	95	25,0	3 354	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	17,7	91	24,4	3 274	24,1	3 365
≥ 10 ans	3,7	19	5,6	756	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	11,2	56	8,2	840	8,3	896
Hébergé	70,4	352	61,0	6 246	61,4	6 598
Squat ou campement	1,8	9	8,0	819	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,2	76	21,8	2 232	21,5	2 308
Autre situation	1,4	7	1,1	109	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	28,0	113	27,9	2 600	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	28,0	87	28,3	2 076	28,3	2 163
Droits non ouverts	72,0	224	71,7	5 252	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## SAINT-DENIS

### ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
2 516	16,4	2 002	0	742	2 371

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention VIH-HEP-IST, DASEM, psychologie/psychiatrie, ophtalmologie/opticien

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,8	851	31,3	4 023	31,7	4 874
Âge moyen (années)	33,2		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	4,2	106	9,6	1 234	8,8	1 340
18-29 ans	35,5	892	34,6	4 422	34,7	5 314
30-39 ans	37,2	935	28,8	3 684	30,2	4 619
40-49 ans	14,8	373	14,2	1 811	14,3	2 184
≥ 50 ans	8,2	206	12,8	1 638	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	99,4	2 502	96,7	12 409	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	7,1	178	10,9	1 392	10,2	1 570
Europe (hors UE)	0,8	21	10,5	1 350	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	66,3	1 669	36,4	4 663	41,3	6 332
Maghreb	10,9	274	33,4	4 279	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	6,5	163	5,7	725	5,8	888
Asie	7,9	199	1,9	247	2,9	446
Océanie et Amériques	0,5	12	1,3	167	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	35,1	884	6,0	772	10,8	1 656
Mali	11,6	292	2,8	365	4,3	657
Cameroun	7,3	184	3,2	417	3,9	601
Algérie	7,1	179	20,6	2 641	18,4	2 820
Roumanie	5,6	142	2,7	341	3,1	483
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	21,9	287	50,3	4 842	46,9	5 129
Situation irrégulière	78,1	1 021	49,7	4 779	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	6,2	81	21,7	1 829	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	28,3	675	27,0	3 127	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	16,5	392	18,7	2 164	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	25,2	599	24,6	2 850	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	25,0	596	23,9	2 769	24,1	3 365
≥ 10 ans	5,0	119	5,7	656	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	3,2	41	9,0	855	8,3	896
Hébergé	64,3	824	61,0	5 774	61,4	6 598
Squat ou campement	11,7	150	7,2	678	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,9	255	21,7	2 053	21,5	2 308
Autre situation	0,9	12	1,1	104	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	44,9	546	25,5	2 167	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	16,7	149	29,8	2 014	28,3	2 163
Droits non ouverts	83,3	741	70,2	4 735	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## STRASBOURG

## ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
432	2,8	359	0	523	688

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie

## CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	29,6	128	31,8	4 746	31,7	4 874
Âge moyen (années)	37,2		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	5,6	24	8,9	1 316	8,8	1 340
18-29 ans	24,3	105	35,0	5 209	34,7	5 314
30-39 ans	33,8	146	30,1	4 473	30,2	4 619
40-49 ans	16,7	72	14,2	2 112	14,3	2 184
≥ 50 ans	19,7	85	11,8	1 759	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	97,9	423	97,1	14 488	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	10,0	43	10,2	1 527	10,2	1 570
Europe (hors UE)	16,8	72	8,7	1 299	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	21,4	92	41,9	6 240	41,3	6 332
Maghreb	47,1	202	29,2	4 351	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	2,6	11	5,9	877	5,8	888
Asie	0,7	3	3,0	443	2,9	446
Océanie et Amériques	1,4	6	1,2	173	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	32,4	140	18,0	2 680	18,4	2 820
Maroc	12,5	54	6,0	898	6,2	952
Géorgie	5,8	25	1,7	250	1,8	275
Cameroun	5,6	24	3,9	577	3,9	601
Albanie	3,0	13	3,3	485	3,2	498
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	38,2	121	47,2	5 008	46,9	5 129
Situation irrégulière	61,8	196	52,8	5 604	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	7,9	21	19,9	1 889	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	26,1	104	27,3	3 698	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	17,8	71	18,3	2 485	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	24,6	98	24,7	3 351	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	26,8	107	24,0	3 258	24,1	3 365
≥ 10 ans	4,8	19	5,6	756	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	7,6	23	8,4	873	8,3	896
Hébergé	60,2	183	61,4	6 415	61,4	6 598
Squat ou campement	5,6	17	7,8	811	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	24,3	74	21,4	2 234	21,5	2 308
Autre situation	2,3	7	1,0	109	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	30,8	89	27,8	2 624	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	36,5	81	28,1	2 082	28,3	2 163
Droits non ouverts	63,5	141	71,9	5 335	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## TOULOUSE

## ACTIVITÉ 2021

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
870	5,7	994	0	22	858

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

## CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	32,5	283	31,7	4 591	31,7	4 874
Âge moyen (années)	32,1		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	8,9	77	8,7	1 263	8,8	1 340
18-29 ans	39,6	343	34,4	4 971	34,7	5 314
30-39 ans	27,0	234	30,4	4 385	30,2	4 619
40-49 ans	13,5	117	14,3	2 067	14,3	2 184
≥ 50 ans	11,0	95	12,1	1 749	12,1	1 844
Ressortissants étrangers	97,6	849	97,1	14 062	97,1	14 911
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	12,1	105	10,1	1 465	10,2	1 570
Europe (hors UE)	9,8	85	8,9	1 286	8,9	1 371
Afrique subsaharienne	39,1	339	41,4	5 993	41,3	6 332
Maghreb	22,1	192	30,1	4 361	29,7	4 553
Proche et Moyen-Orient	9,0	78	5,6	810	5,8	888
Asie	4,7	41	2,8	405	2,9	446
Océanie et Amériques	3,1	27	1,1	152	1,2	179
Nationalités les plus représentées						
Algérie	17,2	150	18,4	2 670	18,4	2 820
Nigéria	8,9	77	3,7	534	4,0	611
Guinée	8,7	76	4,5	659	4,8	735
Afghanistan	6,7	58	3,3	482	3,5	540
Côte d'Ivoire	5,1	44	11,1	1 612	10,8	1 656
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	65,2	482	45,6	4 647	46,9	5 129
Situation irrégulière	34,8	257	54,4	5 543	53,1	5 800
Demandeurs d'asile <sup>1</sup>	40,6	279	18,0	1 631	19,6	1 910
Dernière date d'entrée en France des étrangers <sup>1</sup>						
< 3 mois	34,6	282	26,8	3 520	27,3	3 802
[ 3 mois-12 mois [	17,2	140	18,4	2 416	18,3	2 556
[ 1 an-3 ans [	21,6	176	24,9	3 273	24,7	3 449
[ 3 ans-10 ans [	21,9	178	24,3	3 187	24,1	3 365
≥ 10 ans	4,7	38	5,6	737	5,6	775
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,3	47	8,5	849	8,3	896
Hébergé	53,8	403	62,0	6 195	61,4	6 598
Squat ou campement	13,0	97	7,3	731	7,7	828
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,6	192	21,2	2 116	21,5	2 308
Autre situation	1,3	10	1,1	106	1,1	116
Besoin d'une domiciliation administrative	15,8	109	28,9	2 604	27,9	2 713
Droits à la couverture maladie <sup>2</sup>						
Droits ouverts	29,7	151	28,2	2 012	28,3	2 163
Droits non ouverts	70,3	357	71,8	5 119	71,7	5 476

<sup>1</sup> Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

<sup>2</sup> Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

## CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

Le CREAI-ORS Occitanie, la Direction des Opérations France, la Direction Santé plaidoyer de Médecins du Monde.

## COORDINATION

**Valérie Brunel**, référente rédaction de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction Santé Plaidoyer ; **Anne Tomasino** chargée de projet à l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction des Opérations France ; **Stéphanie Nguengang - Wakap** responsable du pôle Recherche et Apprentissages, Direction Santé Plaidoyer

## ANALYSE DES DONNÉES

**Cécile Gaboret** – Chargée de projets, service informatique, Médecins du Monde  
**Adeline Beaumont** – Statisticienne, CREAI-ORS Occitanie  
**Audrey-Claire Ruiz** – Chargée d'études, CREAI-ORS Occitanie  
**Thibaud Bouillie** – Informaticien, CREAI-ORS Occitanie

## COMITÉ DE RÉDACTION

**Camille Boittiaux, Valérie Brunel, Delphine Fanget, Flore Ganon-Lecomte, Orane Lamas, Marie Missioux, Anne Tomasino**

## COMITÉ DÉCISIONNEL

**Irène Aboudaram, Fatouma Belarbi, Christian Bensimon, Aurélie Godet, Antoine Lazarus, Houda Merimi, Stéphanie Nguengang Wakap, Cristina Thévenot**

## REMERCIEMENTS

**Tout d'abord à toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM** qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également **tous les acteurs bénévoles et salariés** des programmes MdM en France qui participent aux recueils de données, témoignages et analyses ainsi que les équipes de la Direction des Opérations France et de la Direction Santé Plaidoyer sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

**Pour leur contribution écrite** (par ordre alphabétique) : **Boittiaux C.** (partie : « Les caractéristiques selon les catégories de populations » ; encarts : « le difficile accès à la vaccination pour les MNA contre la CoViD-19 » et « Une commission d'enquête parlementaire sur les droits fondamentaux des personnes exilées aux frontières françaises ») ; **Boittiaux C. et Merimi H.** (partie : « La prévention et la vaccination CoViD ») ; **Brunel V. et Tomasino A.** (ensemble du rapport) ; **Brunel V.** (Parties : « personnes accueillies dans les Caso », « La prévention et la vaccination Covid » ; « La prévention et la vaccination Covid » ; « Les barrières de l'accès aux soins » ; « renoncements aux soins et retards de soins » ; encarts « Non visibles, non entendus et non traités : Les inégalités de santé en Europe aujourd'hui » et « Les oubliés du droit d'Asile ») ; **Brunel V. et Merimi H.** (partie : « L'état de santé des personnes accueillies dans les Caso : une santé dégradée ») ; **Brunel V. et Tabbara David** (partie : « Les problèmes de santé mentale des personnes aux trajectoires de vie difficile et souvent marquées par la violence ») ; **Calvar Rozenn. et Brunel V.** (Encart : « Mayotte, une barrière

financière particulièrement impactante sur l'accès aux soins ») ; **Devriendt Sylvaine, Borghi Giulio. et Brunel V.** (encart « Perception de l'impact des habitats instables, indignes, informels et insalubres (4i) sur la santé des femmes enceintes et en post-partum ») ; **Fanget D.** (partie : « Dégradation de l'hôpital public » et « dispositifs de prise en charge et de prévention santé-précarité ») ; **Ganon-Lecomte F.** (partie : « pas de santé sans droits » et encart « Mayotte département français depuis 2011 où le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas ») ; **Lamas O.** (partie : « Pas de santé sans toit ni droits » et encarts « Santé et hébergement, un cercle vertueux... ou infernal » et « les définitions de l'hébergement par l'observatoire des expulsions ») ; **Le Nechet David et Brunel V.** (encart : « L'interprétariat professionnel dans la mise en place d'un parcours intégré au droit commun ») ; **Lorre Isabelle, Pesle Jean-Luc et Brunel V.** (encart : « Personnes exilées à Briançon : exemple d'instrumentalisation de la santé publique au titre de la COVID ») ; **Missioux M.** (partie : « Droits et santé sexuels et reproductifs : une précarité lourde de conséquences ») ; **Rigal F.** (Edito : « 2000...2020, 2021, 2022... ») ; **Thévenot C.** (« Panorama des programmes MdM ») ; **Trepont Aude. et Brunel V.** (encart : « CoViD 19 en Guyane : crises sanitaire et politique ») ; **Veras Juliana.** (encart : « Médecins du Monde revendique un accès universel aux vaccins CoViD-19 »)

### Pour leur riche relecture :

Irène Aboudaram, Sébastien Bechereau, Christian Bensimon, Camille Boittiaux, Caroline Courtois, Abel Defore, Juan-Diego Poveda, Nadège Drouot, Emilie Dubuisson, Delphine Fanget, Flore Ganon-Lecomte, Agnès Gillino, Marie Lалуque, Orane Lamas, Najat Lahmidi, Antoine Lazarus, Houda Merimi, Stéphanie Nguengang Wakap, Sandrine Simon, Cristina Thévenot, Anne Tomasino

**Pour la coordination graphique :** Thomas Flamerion et Tula Moraes

Nous souhaitons également **remercier les partenaires** suivants pour leur soutien aux programmes : Caisse d'Épargne IDF (CEIDF) ; CGT ; Est Argent ; FCDH 2021 ; fondation Abbé Pierre (FAP) ; fondation Crédit Agricole ; Fondation Crédit Agricole Solidarité Développement ; Fondation JM Bruneau ; Fondation MACIF Nord ; Fondation NEHS ; Groupe Apicil ; Harmonie Mutuelle ; IFERISS ; L'Oréal ; M comme Mutuelle ; Mutuelle Pastorale ; Optic 2000 ; OSF AAP Plaidoyer ; Secours catholique ; Sidaction

## AVEC LE SOUTIEN

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Délégation Interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL)

ISSN : 1776-2510

Dépôt légal : Décembre 2022

# MÉDECINS DU MONDE

Direction des opérations France et Direction Santé Plaidoyer –  
Observatoire de l'accès aux droits et aux soins  
84 avenue du Président Wilson  
93210 La Plaine-Saint-Denis  
Tél : 01 44 92 15 15  
pole-ope.dof@medecinsdumonde.net  
et PoleRechercheApprentissages@medecinsdumonde.net  
www.medecinsdumonde.org

**Conception graphique :**

CommeQuoi ? [www.comme-quoi.fr](http://www.comme-quoi.fr)

**Coordination et relecture :**

Valérie Brunel  
Pauline de Smet

**Photo :** Thomas Flamerion

**Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS)  
et de la Délégation interministérielle à l'hébergement  
et à l'accès au logement (Dihal)**

**EN COLLABORATION AVEC**



**SOIGNE AUSSI  
L'INJUSTICE**