

Humanitaire
enjeux pratiques débats
Hors série
> été 2004
N°1

9,15 €

Humanitaire • été 2004 • Hors série n°1 • L'Observatoire de l'Accès aux Soins • Rapport 2003

Humanitaire
enjeux pratiques débats

**L'Observatoire
de l'Accès aux
Soins de la
Mission France
de Médecins
du Monde
Rapport 2003**



Hors série
> été 2004
N°1

Introduction

Chiffres clefs 2003

p.3

p.6

L'analyse des centres d'accueil, de soins et d'orientation

p.7

p.7

1. Méthodologie

1.1. Dossiers sociaux et médicaux

p.7

1.2. Saisie

p.7

1.3. Qualité des données

p.8

1.4. Analyse

p.9

2. Volume d'activité des centres

p.13

3. Analyse des caractéristiques sociales des consultants à Médecins du Monde

p.18

3.1. Les modes de contact et les motifs
de recours à Médecins du Monde

p.18

3.2. Caractéristiques des patients

p.20

3.3. Les conditions de vie des patients

p.25

3.4. Les situations administratives

p.30

3.5. L'accès aux droits et aux soins

p.32

3.6. Les obstacles à l'accès aux soins

p.36

3.7. Les démarches mises en œuvre, les orientations

p.43

4. Analyse des données médicales

p.44

4.1. Vaccinations et statuts sérologiques

p.45

4.2. Les dépendances aux substances psychoactives

p.50

4.3. Les diagnostics médicaux

p.53

4.4. Retards de recours aux soins et soins urgents

p.56

4.5. La santé bucco-dentaire

p.57

4.6. Les dépistages et les orientations mis en œuvre

p.61

5. Analyse par pathologies

p.61

5.1. Résultats pour l'ensemble des consultants

p.63

5.2. Résultats pour les patients étrangers

p.72

6. Analyse par types de populations

p.74

Les femmes

p.76

Les jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans

p.81

Revue éditée par
Médecins du Monde

Huma
nitaire

Été 2004

Hors
Série
N°1

Rédacteur en chef

Jacky Mamou, président d'honneur de *Médecins du Monde*

Secrétaire de rédaction

Boris Martin

email : boris.martin@medecinsdumonde.net

Directeur de la publication

Françoise Jeanson, présidente de *Médecins du Monde*

Conception graphique

François Despas

Corrections

Magali Martija-Ochoa

ISBN : 2-9522405

Dépôt légal : Juillet 2004

Médecins du Monde
62, rue Marcadet
75018 Paris

Achevé d'imprimer
par Autographe
10 bis, rue Bisson
75020 Paris

Les sans papiers	p.84
Les demandeurs d'asile	p.88
Les sans domicile	p.96
Les Français	p.101
Les jeunes de 16-24 ans	p.104
Les mineurs	p.110

**Premiers résultats de la mise en place
du recueil de données dans quelques
actions mobiles de proximité** **p.115**

1. La mission de promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile-de-France	p.119
2. L'action de rue de Nice : l'ambulance, soins de proximité	p.122
3. Les missions rave : premiers résultats de l'enquête passée au Teknival de Rennes en décembre 2003	p.127
4. Le bus méthadone bas seuil de Paris	p.134

Conclusion **p.137**

Résumé **p.138**

Notes **p.141**

Abonnement **p.143**

Ce travail de recueil de données et d'observation n'est rendu possible que grâce à la mobilisation et au travail quotidien des acteurs de la Mission France : accueillant(e)s, travailleurs sociaux, infirmier(e)s, médecins et personnes chargées de la saisie informatique des dossiers, que nous tenons à remercier ici.

Nous remercions également tous les patients qui acceptent de répondre à nos questions.

Nous remercions par ailleurs toutes les personnes investies dans l'élaboration de l'outil de recueil de données : le groupe de santé publique, les bénévoles référents informatiques et le service informatique de Médecins du Monde.

Rapport écrit par :

Georges FAHET et Dr Françoise CAYLA
Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

Nadège DROUOT et Nathalie SIMONNOT
Coordination Mission France – Médecins du Monde

Avec la collaboration du Dr Guillaume FAUVEL
Service Technique d'Appui aux Opérations – Médecins du Monde

Et le soutien du Groupe de Santé Publique chargé du suivi de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde

Soigner, témoigner : c'est l'engagement de Médecins du Monde auprès des populations vulnérables, au quotidien depuis 23 ans dans le monde et depuis 17 ans en France.

Témoigner de la souffrance de femmes et d'hommes poussés aux marges de notre société.

Témoigner de leurs difficultés d'accès aux soins et proposer des améliorations du système de santé.

Fort de son expertise de terrain, Médecins du Monde mobilise les décideurs des politiques publiques et les acteurs de santé afin que tous ensemble nous modifions nos pratiques pour un accès aux soins non discriminant et de qualité.

Créé en 2000, l'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France a pour objectifs de :

- **Soutenir le témoignage** de Médecins du Monde auprès des acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour **améliorer l'accès aux soins** des populations vivant dans la précarité ;
- **Repérer les populations en difficultés d'accès aux soins et alerter** ;
- **Rendre compte** aux équipes mobilisées de leur travail au quotidien et soutenir l'analyse des problèmes rencontrés par les patients **pour améliorer les pratiques**.

Un certain nombre de centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de la Mission France ont pu depuis l'an 2000 (création de la Couverture Maladie Universelle - CMU) être fermés, dans les villes où tant les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) que les lieux d'instruction de la Couverture Maladie Universelle et de l'Aide Médicale Etat fonctionnent efficacement, avec un fort réseau médico-social local. Toutes les difficultés ne sont cependant pas réglées, et la Mission France de Médecins du Monde participe toujours à la réflexion collective sur l'accès à la santé des populations précarisées, en privilégiant le travail en réseau et le renforcement des capacités des patients pour qu'ils puissent faire des choix éclairés en santé.

Début 2004, dans 26 villes de France, la Mission France de Médecins du Monde assure un accès aux soins pour les plus démunis, constituant de ce fait un poste d'observation privilégié de la santé des personnes les plus précaires, dont on sait à quel point elle est difficile à approcher sur le plan épidémiologique.

Ce témoignage ne saurait souffrir aucune approximation, car nous le devons aux dizaines de milliers de personnes en grande vulnérabilité que nous rencontrons. D'où ce souci constant de la fiabilité des données que nous présentons chaque année.

Cette année, nous avons travaillé avec l'Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées, partenaire de longue date de Médecins du Monde Toulouse. Leur connaissance de la santé des populations vivant dans la précarité a établi dès les premières discussions une vraie complicité dans le travail que représente l'analyse des données.

Ce rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde s'enrichit chaque année. Nous disposons pour ce rapport 2003 :

- de tous les recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des centres d'accueil, de soins et d'orientation ;
- des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ;
- des données recueillies sur les missions mobiles pendant l'année test 2003 : nous disposerons l'an prochain de données plus complètes ;
- du résultat d'une enquête spécifique menée lors du Tek-nival de décembre 2003 en Bretagne.

Nous avons par ailleurs introduit les données recueillies par le bus méthadone de Paris, qui dispose d'un recueil de données complet et précis depuis plusieurs années.

Ce rapport met en évidence plusieurs points qui nous permettent de travailler à l'amélioration de la qualité de nos missions en France mais aussi à être force de proposition quant aux dispositifs existants.

Citons les deux principaux obstacles à l'accès aux soins en 2003 : le manque de connaissance tant des droits aux soins que du système de santé mais aussi la domiciliation exigée. Rappelons que Médecins du Monde réclame depuis 4 ans la suppression de l'obligation de domiciliation.

Citons la part largement majoritaire d'étrangers reçus dans nos programmes : nous devons adapter les messages de prévention et améliorer encore l'accueil au-delà des barrières de la langue.

Citons la part importante des jeunes de moins de 25 ans qui nous incitent à renforcer les partenariats locaux pour mieux répondre à leur demande.

La pandémie VIH – VHC n'épargne pas les personnes que nous rencontrons. Nos équipes y sont confrontées au quotidien. Accompagner ces personnes vers un dépistage puis vers les soins est une priorité de santé publique.

Quant à la couverture maladie, nous rappelons que le tiers payant est l'élément essentiel à l'accès aux soins de tous ceux qui ne peuvent pas payer, les reculs importants depuis 1 an nous ont conduits à mener de manière inter-associative un combat acharné pour éviter une catastrophe sanitaire annoncée.

Les équipes de Médecins du Monde continuent d'accompagner les patients les plus précaires pour que le droit à la santé qui est un droit humain fondamental, soit effectif en France.

> Chiffres clefs 2003

Ainsi, dans les 20 centres d'accueil, de soins et d'orientation, pour lesquels nous disposons de données, ce sont :

- **19 863 patients reçus** dont **14 644 nouveaux patients**
- **43 526 consultations médicales** dont **5 450 consultations dentaires**
- 85,6% des patients sont étrangers et 14,4% sont français
- 62,8% des patients étrangers sont en France depuis moins d'un an
- 17% sont en France depuis plus de 3 ans
- 55,5% vivent dans des logements précaires ou à la rue
- 96,2% vivent avec moins de 566,5 euros par mois (seuil CMU/AME)
- 79% n'ont aucune couverture maladie

Dans nos 102 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins, nous comptabilisons 43 162 contacts de prévention.

Dans nos 13 programmes de Réduction des Risques, nous comptabilisons environ 75 000 contacts de prévention.

Soit au total pas moins de 161 726 passages dans nos programmes en France de personnes qui ne pouvaient pas avoir accès aux droits et aux soins sans une aide préalable.

En avril 2004, la Mission France est sur le terrain au travers de **136 programmes** et mobilise, toutes actions confondues, **1 891 bénévoles** soit 173 personnes de plus que l'an dernier. Elle compte **76 salariés** avec 59,65 ETP présents. Les salariés représentent moins de 4% des équipes mobilisées.

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs recueillis dans les CASO entre 2000 (année de mise en place de la CMU) et 2003

	2000	2001	2002	2003
Nombre de consultations médicales	**	48 535	50 716	43 526
Nombre de nouveaux patients reçus en consultation médicale	**	80,9% (20 732)	79,6% (19 645)	73,7% (14 844)
Femmes	41,2%	39,2%	39,8%	40,9%
Français	22%	14,4%	13,1%	14,4%
Personnes en France depuis moins d'un an	**	70,7%	71,2%	62,8%
Personnes en France depuis plus de 3 ans	**	14,3%	12,5%	17%
Personnes en logement précaire ou sans logement	63%	57,2%	54,8%	55,5%
dont personnes sans logement	16,1%	17,6%	18,5%	20%
Personnes sans droits ouverts à la couverture maladie	80%	81,3%	83%	79%

** données non disponibles pour être directement comparables

> L'analyse des centres d'accueil, de soins et d'orientation

1. Méthodologie

> 1.1. Dossiers sociaux et médicaux

Les données sont recueillies auprès des patients par nos accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers et médecins, à l'aide des dossiers sociaux et médicaux (cf annexe 1, disponible sur www.medecinsdumonde.org) :

Le dossier social est rempli pour chaque patient lors de sa première venue au centre ou pour tout patient dont le dossier avait été rempli deux ans auparavant afin de réactualiser les informations le concernant¹. Un numéro de dossier est attribué à chaque personne selon un code homogène : code centre / code année / rang.

Le dossier médical comporte deux parties : un volet contenant les antécédents médicaux et les informations recueillies lors de la 1^{ère} consultation du patient (questions relatives aux vaccinations, aux addictions et au statut sérologique), une fiche de consultation médicale (examen et orientations) renseignée lors de chaque visite du patient.

Chaque année, les rubriques des dossiers sont revues une à une en mettant en regard leur objectif, leur utilité pour l'examen de la situation de la personne, leur exploitation statistique pour servir notre témoignage, ainsi que les remarques et propositions des personnes qui pratiquent ces dossiers. Les dossiers sociaux et médicaux sont donc réactualisés chaque année en fonction des évolutions à apporter sur leur contenu (rajout, reformulation ou suppression de questions) et surtout des modifications législatives. Un groupe composé d'acteurs de terrain, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, par ailleurs spécialistes en santé publique, valide les modifications à apporter aux dossiers².

> 1.2. Saisie

Ces dossiers sont alors saisis sur informatique (avec le logiciel © Sphinx Plus2 – Eurêka), le plus souvent par des personnes bénévoles. La saisie s'effectue sur deux fichiers différents :

- un fichier "patients" où sont saisis les données sociales ainsi que les données permanentes du dossier médical (uniquement lors de la première visite du patient au centre) ;
- un fichier "consultations" où sont saisis les consultations médi-

cales (c'est-à-dire lors de chaque visite du patient).
L'unique clef entre ces 2 fichiers étant le numéro de dossier.

Chaque équipe dispose en temps réel de ses propres données pour en faire une analyse (reprise dans les différents rapports d'activité).

Les données sont centralisées au siège afin de les compiler pour en faire une analyse nationale.

> 1.3. Qualité des données

La qualité du recueil de données est analysée tous les 6 mois par la Coordination Mission France (taux de réponse, cohérence des réponses, ...). Ce travail régulier permet d'alerter les équipes en cas de problèmes repérés (baisse des taux de réponse, erreurs systématiques lors du remplissage des dossiers ou lors de la saisie, ...) et de tenir compte de leurs difficultés pour réajuster les outils. Cette analyse qualité contribue également à faire évoluer le recueil de données tant dans son support papier (reformulation de questions si elles se révèlent peu compréhensibles pour les patients ou nos accueillants ou inadaptées à la situation des patients ...) que dans son support informatique (mise en place de contrôles de cohérence pour éviter les erreurs de saisie mais aussi de contrôles statistiques afin de vérifier la significativité des données...).

Ainsi, si l'on compare les taux de remplissage des dossiers entre 2001 et 2003 (tableau 2), on note une augmentation du taux au niveau du dossier social, ce qui renforce la fiabilité de nos résultats. Il faut toutefois rester vigilant sur la cohérence des réponses données.

Les taux de réponses du dossier médical sont en revanche moins bons d'année en année, tant au niveau du volet antécédents et prévention, que de l'examen médical et des indices dentaires CAO.

Ce sont généralement dans les centres de petite et moyenne importance où les taux de réponse du dossier médical sont meilleurs, les médecins ayant davantage de temps pour aborder l'ensemble des questions avec les patients. Il faut toutefois souligner la qualité du taux de remplissage des centres du Havre et de Lyon, dont les taux pour la 1^{ère} consultation médicale sont respectivement de 95,5% et 88,1%. (cf Annexe 2, disponible sur www.medecinsdumonde.org)

Des rencontres plus régulières avec les équipes de terrain sont nécessaires afin de leur rappeler les fondements et l'importance du recueil de données.

Tableau 2 : Evolution des taux de réponses des dossiers entre 2001 et 2003 (moyenne des taux de réponse pondérée en fonction de l'activité)

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Dossier social	75,3	81,7	84,3
Volet prévention du dossier médical	43,0	41,0	41,6
1 ^{ère} consultation médicale	54,9	52,6	48,9
n ^{ème} consultation médicale	46,5	45,6	40,1
Indices CAO (1 ^{ère} cs dentaire)	37,5	69,3	55,1

> 1.4. Analyse

La Coordination Mission France a confié l'analyse des données des centres Mission France cette année à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Midi-Pyrénées, qui a rédigé le présent rapport avec la Coordination Mission France et l'appui du Service Technique d'Appui aux Opérations de Médecins du Monde.

La Direction du Système d'Information de Médecins du Monde a préparé les données informatiques pour qu'elles soient directement exploitables par l'ORS.

La Coordination Mission France et l'ORS ont partagé 7 réunions téléphoniques pour le suivi et la validation des analyses. De nombreux échanges intermédiaires ont également eu lieu durant toute la période de l'étude afin d'apporter des précisions. Un point intermédiaire a également été réalisé avec le groupe de santé publique chargé du suivi de l'Observatoire. Ce groupe a validé la version finale de ce rapport.

L'ORS a disposé de toute latitude pour mener à bien l'analyse en utilisant les outils, les méthodes et le plan d'exploitation qu'il a jugés appropriés. La Coordination Mission France s'est chargée d'apporter des données qualitatives en terme de témoignage en rapport direct avec le fonctionnement des équipes et leur contexte d'intervention. Elle s'est également chargée de la mise en forme finale du rapport.

Les données de quelques centres* ont été endommagées en début d'année (de janvier à avril 2004) par un bug informatique lié au logiciel. Il s'agit notamment des variables à choix multiples, dont les résultats se sont déplacés de fiches en fiches, ce qui rend les croisements de ces variables avec d'autres impossibles du fait de leur incohérence.

* Il s'agit des centres de Bordeaux, Gennevilliers, Grenoble, Marseille, Paris et Valenciennes.

La cause a été identifiée et réparée courant mai 2003. Nous avons toutefois décidé de ne faire certains croisements de données de l'ensemble des centres que pour le seul 2^{ème} semestre, pour être totalement sûrs de la fiabilité des résultats.

L'analyse porte sur les données recueillies dans les 20 centres³ ayant informatisé leurs données d'activité sur le logiciel © Sphinx Plus2 – eurêka sur les 23 centres que compte la Mission France de Médecins du Monde en 2003.

Les résultats présentés dans ce rapport s'appuient sur deux bases distinctes.

Les caractéristiques sociales des patients (logement, emploi, ressources, motif de recours, situation administrative, accès aux soins...) s'appuient sur la base patients, les diagnostics médicaux, les orientations et la santé bucco-dentaire sur la base consultations comportant les informations recueillies lors de chaque consultation médicale.

La base patients contient 18 753 enregistrements.

La base consultations contient 45 057 enregistrements :

- dont 38 076 consultations médicales pour 18 514 patients différents,
- et 5 450 consultations dentaires pour 2 346 patients différents,
- ainsi que 2 910 reconsultations sociales (non exploitables).

L'analyse s'est articulée autour de trois axes. **Le premier** consistait à décrire l'ensemble des consultants à Médecins du Monde du point de vue socio-démographique et médical.

Le deuxième niveau d'analyse s'est intéressé particulièrement aux pathologies les plus fréquemment diagnostiquées, dans le but de mettre en évidence les caractéristiques des patients présentant ces types de pathologie et de repérer éventuellement certains liens entre situation sociale et santé.

Cette partie a été réalisée au moyen d'une analyse multivariée (régression logistique multiple) permettant de prendre en compte simultanément plusieurs variables d'intérêt et de mesurer ainsi l'importance du rôle propre de chacune.

Enfin, **le troisième** volet de ce travail s'est attaché à dresser des typologies de certaines populations et ainsi mettre en évidence leurs principales caractéristiques et particularités. Les populations concernées sont les suivantes :

- Les femmes ;
- Les jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans ;
- Les sans papiers ;
- Les demandeurs d'asile ;
- Les sans domicile ;
- Les français ;
- Les jeunes de 16-24 ans ;
- Les mineurs.

Le traitement des données a été réalisé au moyen du logiciel © Epi-Info (version 6.04) pour les volets socio-démographique et médical, ainsi que pour l'analyse par population. La partie concernant plus particulièrement les pathologies a été réalisée avec le logiciel © Stata (version 8.0). Une partie de l'analyse s'est effectuée à l'aide du logiciel © Sphinx Plus2 (version 4.5.0.22).

Les variables comparées ont fait l'objet de tests statistiques.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Khi 2 de Pearson ou du test exact de Fisher, l'analyse de la variance ou le test non paramétrique de Kruskal et Wallis ont été utilisés pour tester la différence entre deux ou plusieurs moyennes.

Les différences observées ont été exprimées dans les tableaux par le « p » selon le code suivant :

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%

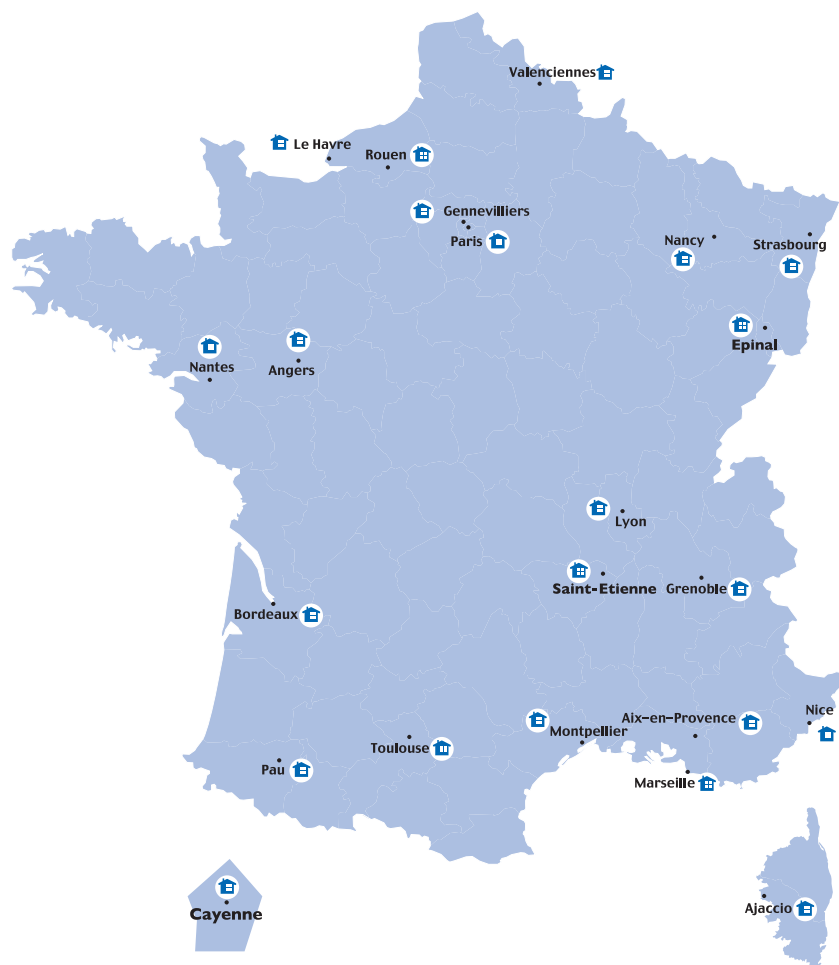
Lorsqu'une différence entre deux variables est annoncée dans le texte, le seuil de significativité statistique (au moins inférieur à 5%) n'est pas indiqué pour ne pas alourdir la lecture.

La procédure utilisée dans la régression logistique multiple est une régression descendante pas à pas consistant à éliminer un à un les facteurs les moins significatifs jusqu'à obtenir le meilleur modèle réduit.

La contribution de chaque variable dans l'explication du modèle est exprimée par l'odds ratio qui permet d'estimer la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible (ici la présence de la pathologie).

S'agissant d'une approche descriptive, la régression logistique n'est pas du tout utilisée ici pour prédire la variable cible, mais pour contrôler l'impact de certaines variables de confusion dans les relations qui unissent l'état de santé et caractéristiques socio-démographiques.

> Les 23 centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde en 2003



En 2003, la mission France compte **23 centres d'accueil, de soins et d'orientation.**

Les centres d'Epinal et de Saint-Etienne ont fermé leurs portes fin 2003, les équipes n'ont pas fourni les données saisies courant 2003. Le centre de Cayenne a, quant à lui, ouvert ses portes en novembre 2003. C'est pourquoi notre analyse portera sur les 20 centres pour lesquels nous disposons de données sur l'ensemble de l'année.

2. Volume d'activité des centres

Six centres regroupent près de 70% des patients reçus en consultations médicales ou dentaires : Paris, Marseille, Lyon, Nice, Gennevilliers et Bordeaux (tableau 3).

Tableau 3 : Evolution de l'activité des centres entre 2002 et 2003

	Nombre de patients reçus en consultations médicales et/ou dentaires*			Nombre de consultations médicales (dont les consultations dentaires)*		
	2002	2003	variation	2002	2003	variation
Aix en Provence	247	222	-10%	440	459	4%
Ajaccio		170			439	
Angers	323	260	-20%	540	420	-22%
Besançon	119	135	13%	237	244	3%
Bordeaux	1 307	1 180	-10%	2 364	2 132	-10%
Gennevilliers	3 432	1 713	-50%	4 672	2 487	-47%
Grenoble	533	538	1%	1 141	1 205	6%
Le Havre	782	757	-3%	2 209	2 047	-7%
Lyon	2 372	2 166	-9%	4 306	3 524	-18%
Marseille	3 215	2 286	-29%	6 720	4 797	-29%
Montpellier	736	569	-23%	1 342	1 027	-23%
Nancy	249	243	-2%	588	606	3%
Nantes	373	327	-12%	581	519	-11%
Nice	1 853	2 104	14%	4 799	5 612	17%
Pau	286	214	-25%	720	546	-24%
Paris	5 220	4 176	-20%	10 836	9 009	-17%
Rouen	1 004	885	-12%	1 931	1 659	-14%
Strasbourg	1 079	1 055	-2%	4 103	4 984	21%
Toulouse	749	478	-36%	1 196	820	-31%
Valenciennes	303	385	27%	718 990	38%	
TOTAL	24 182	19 863	-18%	49 443	43 526	-12%
Epinal	32			84		
Poitiers	340			924		
Saint-Etienne	128			265		
TOTAL	24 682	19 863	-20%	50 716	43 529	-14%

* Enregistré(e)s en informatique

En tenant compte du volume d'activité des centres qui ont recueilli et enregistré des données en 2002 et 2003, nous observons **une baisse de 12%** des consultations médicales enregistrées.

Nous constatons une baisse importante de l'activité médicale du centre de Gennevilliers du fait notamment d'une augmentation importante du nombre d'orientations. Ces chiffres ne reflètent pas l'activité sociale, qui a, quant à elle, augmenté de façon majeure⁴.

Pour le centre de Paris, plusieurs facteurs expliquent la baisse d'activité : l'équipe a décidé de réserver un temps de réunion avant chaque vacation et de laisser plus de temps à chaque patient reçu en consultation médicale. Par ailleurs, le travail d'orientation vers les partenaires médico-sociaux explique aussi la baisse d'activité. En revanche, le centre de Nice continue de voir augmenter le nombre de personnes.

Pour autant, nous constatons une baisse effective relativement générale des consultations médicales : c'est le premier objectif des missions de Médecins du Monde que de favoriser l'accès aux soins de tous dans le système de santé de droit commun. Les dispositifs CMU et AME ont produit des effets très positifs pour les personnes vivant dans la précarité en France.

Nous devons cependant rester très vigilants car il reste une partie importante des habitants de ce pays qui ne trouvent pas le chemin de l'accès aux soins : ce rapport le prouve bien. Par ailleurs les modifications législatives et réglementaires restreignant l'accès aux soins des plus précaires entraînent déjà des refus de soins.

Le tableau 4 page 16 compare le **volume d'activité enregistré en informatique au volume déclaré par les centres**, la plupart tenant une comptabilité manuelle de leur activité. Alors que les écarts sont nuls ou négligeables dans certains centres, ils restent marqués dans d'autres.

Pour certains centres, ces écarts s'expliquent de la façon suivante : Le centre d'Aix en Provence effectue des consultations médicales pour des visites d'embauche qui ne sont pas informatisées.

Le centre de Bordeaux n'enregistre pas en informatique les ^{n^{èmes}} consultations dentaires.

Le centre de Toulouse n'enregistre pas en informatique les consultations de prévention dentaire.

Quant aux centres de Gennevilliers, Lyon, Marseille et Paris, il faut tenir compte du système d'échantillonnage des dossiers médico-sociaux mis en place courant 2000 et poursuivi depuis. Ce système permet de sélectionner et de suivre dans le temps un groupe de patients tirés au sort de manière aléatoire, et dont les dossiers sont saisis en informatique.

Les coefficients de pondération sont de 3 pour Gennevilliers, Marseille et Paris et de 2 pour Lyon.

Des écarts plus ou moins importants selon ces quatre centres subsistent encore entre l'activité notée manuellement et l'activité enregistrée en informatique et pondérée par le coefficient d'échantillonnage. Notons qu'ils se sont considérablement réduits par rapport aux années précédentes.

Plusieurs raisons peuvent en partie expliquer ces écarts :

- les difficultés d'organisation : les dossiers sélectionnés peuvent parfois être rangés avant d'être saisis en informatique ;
- un comptage manuel prenant en compte des volets d'activité non saisis jusqu'alors comme les consultations psychologiques, par exemple.

nous n'écartons toujours pas un problème dans la sélection aléatoire des dossiers de l'échantillonnage, problème que nous cherchons toujours à identifier.

Nous constatons ainsi que le volume d'activité des centres d'accueil, de soins et d'orientation est plus important que les données enregistrées en informatique. En effet, nos centres déclarent à partir de leur comptage manuel, **plus de 47 000 consultations médicales, dont 6 080 consultations dentaires.**

Tableau 4 : Nombre de consultations médicales (dont les consultations dentaires) enregistrées en informatique comparé au nombre déclaré pour chacun des centres en 2003

Nombre de cs médicales (dont les cs dentaires) en 2003			
	effectif enregistré	effectif déclaré	écart
Aix en Provence	459	741	-38%
Ajaccio	439	440	0%
Angers	420	489	-14%
Besançon	244	244	0%
Bordeaux	2 132	2 435	-12%
Gennevilliers	2 487	2 971	-16%
Grenoble	1 205	1 205	0%
Le Havre	2 047	2 067	-1%
Lyon	3 524	3 842	-8%
Marseille	4 797	5 807	-17%
Montpellier	1 027	1 028	0%
Nancy	606	609	0%
Nantes	519	519	0%
Nice	5 612	5 612	0%
Pau	546	546	0%
Paris	9 009	9 886	-9%
Rouen	1 659	1 659	0%
Strasbourg	4 984	4 980	0%
Toulouse	820	965	-15%
Valenciennes	990	993	0%
TOTAL	43 526	47 038	-7%

Il faut considérer que le volume d'activité des centres d'accueil, de soins et d'orientation est loin d'être représenté par ces seuls chiffres.

En effet, ne sont pas comptabilisés :

- la masse de patients qui viennent dans nos centres, qui y sont accueillis, renseignés sur les lieux où ils pourront avoir accès à un médecin sans passer par nos consultations puisqu'ils possèdent déjà une couverture maladie ; notons par ailleurs que l'équipe de Paris a réussi à mettre en place un système lui permettant de comptabiliser toute cette activité de l'accueil⁹ ;

ainsi, on peut estimer que 4 100 orientations sociales ont été réalisées par l'équipe d'accueil du centre ;

- les consultations sociales : si les missions essentielles des travailleurs sociaux sont d'accueillir, d'informer et d'orienter les patients vers les structures de droit commun, ils soutiennent également les patients dans leur accès aux droits fondamentaux ;

- les consultations paramédicales (actes de kinésithérapie, soins infirmiers...)

En 2004, ces volets d'activité (sociale et paramédicale) seront pris en compte au niveau informatique : nous pourrons ainsi les ajouter aux chiffres clefs de l'activité de la Mission France.

- tout le travail de réseau avec nos partenaires associatifs mais aussi avec les structures de soins de droit commun et les institutions qui peuvent et doivent favoriser l'accès aux soins ;
- l'activité des actions mobiles de proximité.

Sur ce dernier point, notons que l'objet de la 2^{ème} phase de l'Observatoire de l'accès aux soins est de mettre en place un recueil de données pour l'ensemble des actions mobiles de proximité de Médecins du Monde. Les outils permettant de comptabiliser toute l'activité et de caractériser à minima la population rencontrée sont d'ores et déjà en place dans quelques sites pilotes :

- mission hors centre de Lyon (PES, mission Roms, squat) ;
- mission promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile de France ;
- mission promotion de la santé auprès des personnes se prostituant de Nantes ;
- actions de rue de Nice (Ambulance, soins de proximité) ;
- programme de Proximité en Milieu Urbain (RdR) de Paris missions Rave.

En effet, les missions Rave se sont dotées d'un outil de recueil de données en deux volets :

- un volet quantitatif permettant de comptabiliser toute l'activité et le nombre de contacts de prévention, à *recueillir systématiquement lors de chaque intervention* ;
- un volet dit qualitatif pour mieux connaître la population qui se présente sur le stand de Médecins du Monde, à l'aide d'un questionnaire, à *mener de manière ponctuelle*.

La mission CAFDA (mission d'accueil et d'appui aux familles demandeuses d'asile à Paris) s'est également dotée d'un dossier médico-social lui permettant de recueillir les données décrivant le profil de l'état de santé des familles demandeuses d'asile concer-

nant les principales pathologies transmissibles (sida, tuberculose, hépatites).

Nous pouvons ainsi signaler, qu'en 2003, l'ensemble des programmes mobiles de proximité ont rencontré **43 162 contacts**, soit des personnes en difficulté d'accès aux soins : il ne s'agit que des personnes avec qui nous avons eu un acte médical et/ou de prévention. Nous ne comptabilisons jamais les personnes avec qui nous échangeons juste quelques mots.

Rappelons que les programmes de Réduction des Risques ont quant à eux comptabilisé près de **75 000 contacts de prévention**.

3. Analyse des caractéristiques sociales des consultants à Médecins du Monde

> 3.1. Les modes de contact et les motifs de recours à Médecins du Monde

Les patients se sont adressés le plus souvent (63,5%) spontanément à Médecins du Monde, ou quelquefois par l'intermédiaire d'une association (15%).

Il est à noter que près de 4% des patients sont adressés par des structures censées elles-même assurer des soins (les chiffres en 2002 et 2001 sont respectivement de 3,7% et 4,7%, ils étaient de 6,2% en 2000, année de la mise en place effective de la CMU).

En effet, des patients ont pu être directement orientés par des médecins libéraux ou des centres de santé parce qu'ils n'avaient pas de couverture maladie, ou qu'ils ne pouvaient pas faire l'avance de frais.

Notons également que nos centres ont pour vocation d'accueillir toutes personnes se présentant à l'accueil, quelle que soit leur situation, et n'exigeant pas d'elles un projet de vie ou de réinsertion, comme d'autres structures médico-sociales peuvent le faire. Ceci implique de la part des équipes le non jugement mais aussi une pratique médicale basée sur une médecine de proximité. Le soignant considère le patient dans son intégralité et travaille avec lui sur son intentionnalité de soins.

Le mode de contact varie selon la nationalité : les français sont plus souvent adressés par l'intermédiaire d'une association que les étrangers (28,1% vs 12,8%), ces derniers en revanche se présentent plus sou-

vent spontanément que les patients français (66,3% vs 47,2%).

La très grande majorité des patients (81,7%) sont venus pour rencontrer un médecin lors de leur première visite, 6,5% précisent vouloir consulter un dentiste.

Plus de 17% souhaitaient rencontrer un travailleur social (ils étaient 5,5% en 2000, et 12% en 2001). La demande pour voir un travailleur social a triplé depuis 2000. Ceci montre les difficultés d'accès aux droits et aux services de droit commun rencontrés par les personnes que nous recevons.

La recherche de la sécurité vis-à-vis du logement et de la nourriture, la nécessité de trouver une aide pour démêler des situations administratives et familiales complexes, le besoin enfin d'une écoute professionnelle reflètent bien qu'au delà des douleurs physiques ou psychologiques qui amènent les personnes à consulter, c'est bien la précarité extrême de leur vie qui est en cause.

Tableau 5 : Mode de contact et motifs de recours à Médecins du Monde

	n	%
A été adressé(e) par :*		
structure de soins	705	3,9
institution administrative et/ou sociale	872	4,9
association	2 697	15,0
non-adressé(e)	11 441	63,5
autres	2 287	12,7
Motif de recours :**		
(plusieurs réponses étaient possibles)		
voir un travailleur social	3 192	17,3
voir un médecin	15 051	81,7
honorer une ordonnance	164	0,9
avoir des soins infirmiers	136	0,7
voir un dentiste	1 197	6,5
autre	962	5,2

* taux de réponse : 95,8% ** taux de réponse : 98,2%

> 3.2. Caractéristiques des patients

Sexe, âge, nationalité

Le public accueilli à Médecins du Monde est **majoritairement masculin** (59,1% vs 40,9)⁶.

L'âge moyen des patients est de 34,2 ans, plus élevé chez les femmes (35 ans) que chez les hommes (33,7 ans).

56,8% ont moins de 35 ans.

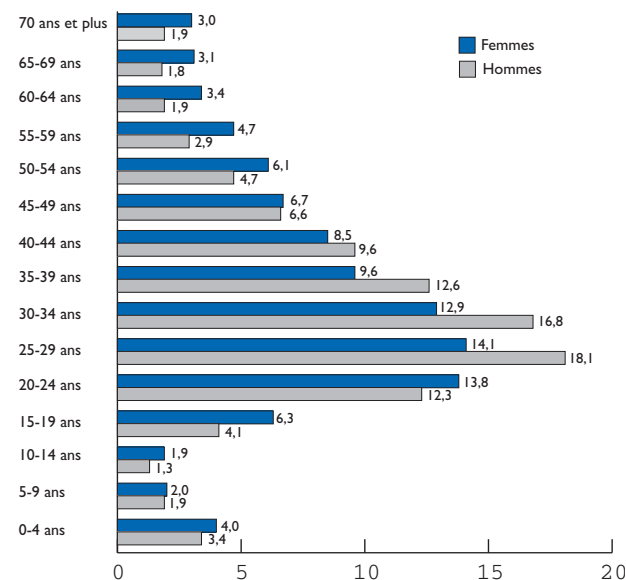
9,2% des patients sont mineurs (n=1 721), plus fréquemment les filles que les garçons (10,3% vs 8,5%) et parmi eux 7,8% (n=103) sont isolés lorsqu'ils viennent au centre.

Tableau 6 : Répartition des patients par tranches d'âge

Tranches d'âge	n	%
de 0 à 4 ans	682	3,7
de 5 à 9 ans	361	1,9
de 10 à 14 ans	287	1,5
de 15 à 19 ans	927	5,0
de 20 à 24 ans	2 416	13,0
de 25 à 29 ans	3 069	16,5
de 30 à 34 ans	2 828	15,2
de 35 à 39 ans	2 115	11,4
de 40 à 44 ans	1 701	9,1
de 45 à 49 ans	1 240	6,7
de 50 à 54 ans	984	5,3
de 55 à 59 ans	671	3,6
de 60 à 64 ans	470	2,5
de 65 à 69 ans	436	2,3
70 ans et plus	445	2,4

Taux de réponse : 99,4%

Graphique 1 : Répartition des patients (hommes/femmes) par tranches d'âge (en %)



La classe d'âge la plus représentée pour les deux sexes est celle des 25-29 ans.

On peut noter une surreprésentation féminine dans la tranche d'âge des 10-24 ans, ainsi que dans la tranche d'âge des plus de 50 ans.

Les patients sont pour l'essentiel de nationalité étrangère (85,6%).

Le Maghreb, l'Afrique sub-saharienne et l'Europe (hors UE) regroupent près de 80% de la totalité des patients (tableau 7).

Les patients en provenance du Maghreb sont plus fréquemment des hommes alors qu'en revanche, ceux originaires d'Afrique Sub-Saharienne sont plus souvent de sexe féminin (graphique 3).

Les nationalités les plus représentées pour les deux sexes sont l'Algérie, la France et le Maroc. Les nationalités suivantes sont pour les hommes la Roumanie, la Tunisie et le Cameroun, et pour les femmes le Cameroun, la Roumanie et le Congo-Brazzaville.

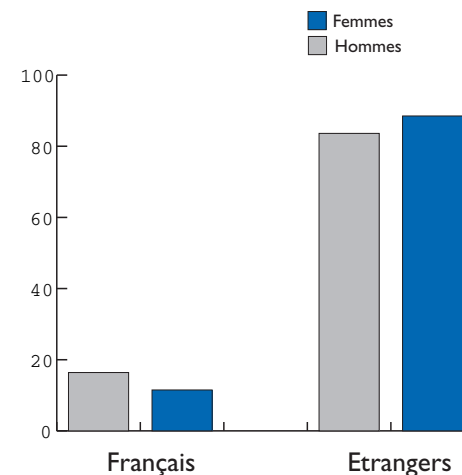
Tableau 7 : Répartition des patients par nationalité et par sexe (% en colonne)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Nationalité						
Française	1 772	16,4	863	11,5	2 640	14,4
Etrangère	9 004	83,6	6 640	88,5	15 671	85,6
Groupes continentaux						
France	1 772	16,4	863	11,5	2 640	14,4
Union Européenne	218	2,0	90	1,2	308	1,7
Europe (hors UE)	2 066	19,2	1 632	21,8	3 705	20,2
Afrique sub-saharienne	1 920	17,8	2 433	32,4	4 364	23,8
Maghreb	4 286	39,8	2 135	28,5	6 429	35,1
Proche et Moyen-Orient	207	1,9	41	0,5	249	1,4
Asie	172	1,6	154	2,1	326	1,8
Océanie et Amériques	130	1,2	155	2,1	285	1,6
Apatrides	5	0,0	0	0,0	5	0,0
Nationalités les plus représentées						
Algérie	2 471	22,9	1 225	16,3	3 700	20,2
France	1 772	16,4	863	11,5	2 640	14,4
Maroc	1 252	11,6	749	10,0	2 002	10,9
Roumanie	607	5,6	546	7,3	1 153	6,3
Cameroun	295	2,7	575	7,7	870	4,8
Tunisie	451	4,2	-	-	564	3,1
Congo - Brazza	-	-	268	3,6	-	-

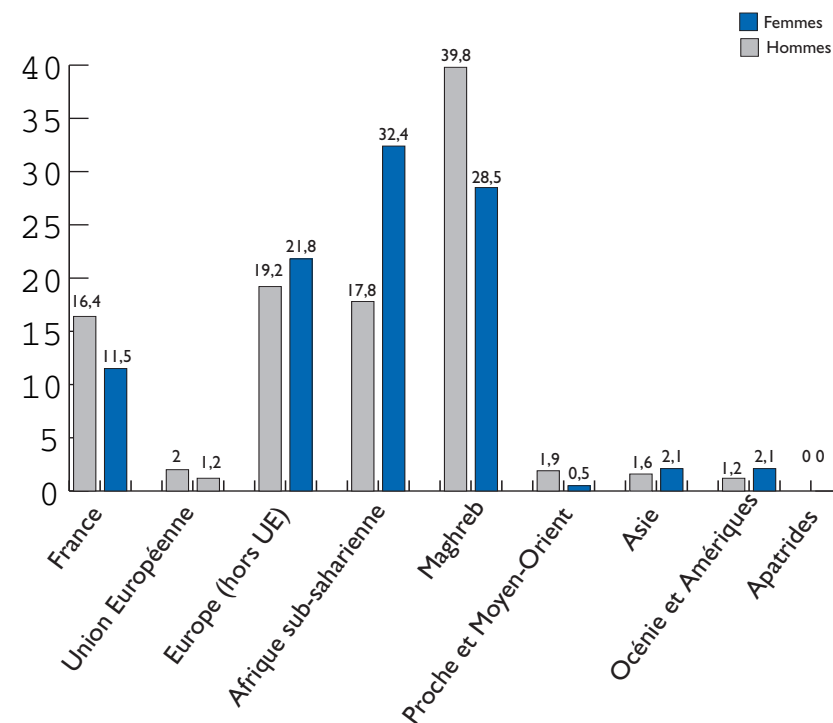
* la somme des effectifs par sexe est plus faible que l'ensemble en raison des données manquantes

** taux de réponse : nationalité : 97,6%

Graphique 2 : Répartition des patients (hommes/femmes) par nationalité (français/étrangers) (%)



Graphique 3 : Répartition des patients (hommes/femmes) par groupe continental (%)



La durée moyenne de résidence des étrangers sur le territoire français est de 1,9 ans (1,6 ans en 2002), plus élevée chez les hommes que chez les femmes (2,5 ans vs 1,2 ans).

Près de 63% des patients étrangers se trouvent en France depuis moins d'un an (tableau 8), ils étaient plus de 70% en 2002.

Tableau 8 : Durée de résidence des patients étrangers en France (au jour de la première consultation)

Nombre d'années	n	%
moins de 1 an	9 371	62,8
1 an à moins de 3 ans	3 021	20,2
3 ans à moins de 10 ans	1 605	10,8
10 ans et plus	921	6,2

Taux de réponse : 95,2%

Pour près de 42% des patients, leur présence dans l'agglomération est récente (moins de trois mois).

Ces personnes arrivées récemment sont en majorité de sexe masculin (53,9%), mais on relève toutefois dans ce groupe une part plus importante de femmes que parmi les patients qui sont présents depuis plus longtemps sur l'agglomération (46,1% vs 37,9%).

Ces nouveaux arrivants sont également plus fréquemment de nationalité étrangère (91,9% vs 85,2%). Parmi eux, plus de 44% possèdent uniquement un visa de touristes (vs 10,7% pour les autres patients).

Ils sont également plus souvent sans domicile (22,6% vs 16,7%) et sans ressource financière (93,4% vs 87,2%).

Néanmoins, une bonne partie ont des proches sur place, ils sont en effet plus de 41% à vivre avec de la famille ou des amis (vs 34% des autres patients).

Les caractéristiques générales des patients de Médecins du Monde sont stables ces trois dernières années (tableau 9), du point de vue de l'âge, du sexe ou de la nationalité.

De la même façon, les groupes continentaux et les nationalités les plus représentés n'ont pas varié entre 2001 et 2003.

La classe d'âge la plus nombreuse reste celle des 20-39 ans.

Tableau 9 : Evolution des caractéristiques des patients entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Etrangers	85,6	86,9	85,6
Hommes	61,0	60,2	59,1
Mineurs	10,0	10,0	9,2
Age moyen (années)	32,5	33,0	34,2

> 3.3. Les conditions de vie des patients

Le logement

La précarité en la matière est fréquente : plus du tiers des patients reçus à Médecins du Monde sont en situation de précarité au regard du logement (hébergement chez des amis ou de la famille, squat aménagé, caravane, CHRS, ...), près de **2 patients sur 10 sont à la rue**. (tableau 10)⁷.

On relève, entre 2001 et 2003, une tendance à **l'augmentation des patients sans logement** : ils étaient 17,6% en 2001 et 18,5% en 2002.

Mais même lorsque le logement existe, celui-ci est parfois **insalubre** (13,6%) ou **surpeuplé** (15,8%) et cela d'autant plus que le logement est précaire.

Ainsi, 18,1% des logements précaires sont insalubres (vs 10,3% des logements fixes) et 24,1% sont surpeuplés (vs 9,9% des logements fixes).

Enfin insalubrité et promiscuité vont de pair puisque 52,2% des logements insalubres sont également surpeuplés (vs 9,8% des logements « sains »).

Les questions relatives au logement sont recueillies selon le ressenti des patients. En effet, ce sont eux qui déclarent s'ils sont sans domicile ou qui décrivent leurs conditions de logement, et ce qu'ils en ressentent. Il est évident que les critères de surpeuplement sont différents d'une personne à l'autre. Aussi, les accueillants qui renseignent les dossiers ont la consigne de ne pas juger du surpeuplement en fonction du nombre de personnes présentes dans le logement, mais de demander au patient s'il a l'impression qu'ils sont trop nombreux dans l'appartement.

Logement insalubre à Colombes, la mission saturnisme de Gennevilliers témoigne :

Le mardi 1^{er} avril 2003, mission de prévention et de dépistage du saturnisme en compagnie d'un médecin pédiatre : une famille nous a été signalée par le service d'hygiène. Nous sommes dans une zone pavillonnaire résidentielle, au nord de la ville. Dans l'arrière-cour d'une pizzeria, une pièce de 6 à 8 m², d'une extrême humidité, et dont l'état d'insalubrité remédiable avait été déclaré dès 1993 par le préfet des Hauts de Seine.

C'est là que vivent depuis de nombreuses années une jeune femme seule, d'une trentaine d'années, avec ses deux enfants, une fillette de 2 ans et un garçon de 15 ans. Isolé par un mur, un petit espace avec un évier est censé servir à la fois de coin cuisine et de salle d'eau. Cet espace est noir de moisissures, les rats ont rongé la canalisation, il n'y a plus d'évacuation d'eaux usées, le propriétaire (qui est aussi celui du restaurant) a coupé l'eau.

Au début, la jeune femme allait chercher l'eau dans la cuisine de la pizzeria et pouvait utiliser les WC situés dans la cour. Mais les relations avec le propriétaire se sont vite dégradées et elle a décidé de ne plus payer son loyer. En représailles, il a retiré la porte des WC.

Quand nous avons visité cette famille, elle n'avait plus d'eau courante depuis plusieurs mois et les sacs en plastique qu'elle jetait dans les poubelles de la pizzeria faisaient office de WC.

Grâce à l'intervention de Médecins du Monde et de travailleurs sociaux auprès de la commune et du service logement de la préfecture, cette jeune femme a finalement été relogée décemment dans un logement HLM ... en juillet 2003.

Tableau 10 : Répartition des patients selon la qualité du logement

	n	%
Logement*		
fixe	7 948	44,5
précaire	6 342	35,5
sans logement	3 553	19,9
Logement néfaste** (insalubrité...)		
oui	1 497	13,6
non	9 506	86,4
Logement surpeuplé***		
oui	1 734	15,8
non	9 220	84,2

* taux de réponse : 95% ** taux de réponse : 77% *** taux de réponse 76,7%

Le lien social

Plus de **43% des patients reçus à Médecins du Monde vivent seuls**, 4,4% seuls avec enfant(s) (tableau 11).

Tableau 11 : L'entourage des patients

	Effectif	%
Vit... :		
seul(e)	7 667	43,5
seul(e) avec enfant(s)	767	4,4
en couple sans enfant	1 447	8,2
en couple avec enfant(s)	1 328	7,5
avec famille, amis	6 400	36,3

taux de réponse : 93,9%

Les patients isolés présentent certaines caractéristiques : ils sont en moyenne plus âgés que les autres patients (35,4 ans vs 33,9 ans). Notons toutefois que les jeunes de 16-24 ans vivent plus fréquemment seuls que les autres patients (48% vs 43,5%). On compte d'autre part une proportion d'hommes beaucoup plus importante parmi les personnes seules que parmi les autres patients (74,8% vs 46,6%).

Les personnes isolées enfin sont plus fréquemment de nationalité française (21% vs 9%).

Solitude et qualité du logement sont également corrélées. On compte en effet 31,1% de personnes seules lorsque le logement est fixe, 43,8% lorsqu'il est précaire et 71,9% parmi les patients sans logement.

L'emploi et les ressources

8 patients sur 10 reçus à Médecins du Monde sont sans travail.

Seuls 6% déclarent occuper un emploi déclaré, emploi précaire pour la plupart.

La situation des patients au regard de l'emploi varie selon le sexe et la nationalité.

Ainsi, 83% des femmes sont sans travail (contre 77,9% des hommes).

Les étrangers, d'autre part, sont proportionnellement moins nombreux que les français à occuper un emploi fixe ou précaire (5% vs 11,6%), ils sont en revanche plus de 16% à exercer un emploi non déclaré (1,1% pour les patients français).

Cette situation s'explique facilement par la réglementation concernant l'autorisation de travail des étrangers : en effet, seuls 9% des étrangers âgés de 18 ans et plus bénéficient d'une autorisation de travail.

Si l'on s'intéresse en particulier aux étrangers en « situation régulière », on constate qu'à peine 15% d'entre eux possèdent cette autorisation de travail.

Cela souligne la situation paradoxale de ces personnes autorisées à résider sur le sol français mais interdites de travail.

Tableau 12 : Situation par rapport à l'emploi (patients de 16 ans et plus)

Emploi	n	%
stable	191	1,6
précaire	502	4,4
travail non déclaré	1 613	14,1
sans travail	9 159	79,8

taux de réponse : 90,2%

Les ressources financières dont disposent les patients de Médecins du Monde témoignent de situations d'extrême précarité (tableau 13).

Plus de 96% des patients perçoivent mensuellement moins de 566,50 euros (seuil d'attribution de la CMU complémentaire (CMUc) pour une personne seule au 1^{er} juillet 2003), l'immense

majorité d'entre eux ne percevant aucune ressource.

Les patients dépassant le seuil d'attribution de la CMUc ayant, pour la quasi totalité d'entre eux, des personnes à charge, on peut donc considérer que l'ensemble des personnes reçues à Médecins du Monde se situent en dessous de ce seuil d'attribution.

Les ressources, lorsqu'elles existent, proviennent très souvent de minima sociaux.

Tableau 13 : Origine et montant des ressources déclarables (patients de 16 ans et plus)

	n	%
Origine des ressources déclarables*		
salaires/ind ; journ/alloc ; insert/Assedic	612	36,0
RMI	412	24,2
AAH	206	12,1
Minimum vieillesse	78	4,6
Autre revenu ou allocation	394	23,1
Aucune ressource**	10 864	88,8
Moins de 566,50 euros mensuels	11 766	96,2
566,50 euros et plus	470	3,8

* taux de réponse : 77,3% ** taux de réponse : 71,1%

Un quart des personnes que nous recevons disposent de revenus non déclarables (petits boulots, famille, mendicité, associations...), particulièrement les patients étrangers (27,2% vs 13,5%), alors que 91% des étrangers n'ont pas d'autorisation de travail, c'est à dire d'autorisation de subvenir à leurs besoins vitaux et à ceux de leur famille.

Près de 7% des patients mineurs déclarent également de tels revenus.

Tableau 14 : Evolution de la proportion de patients sans emploi et sans ressource entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Sans travail	77,9	80,9	79,8
Sans ressource	87,0	88,8	88,8

Notre équipe de Marseille rapporte les propos d'un patient, demandeur d'asile :

« Ça fait plus de trois ans que je suis ici, c'est la galère ! Puisque personne n'a le droit [à l'asile], pourquoi ils font ça ? Des fois, tu perds la boussole, tu es désespéré. Si t'as pas droit au travail, t'as aucune dignité. Les gens qui travaillent au black, ils sont pas payés. Et ils vont après voler, agresser. L'insécurité, c'est l'Etat qui la crée. On demande pas la charité. La France, c'est un pays de droits – Liberté, Egalité, Fraternité – mais quand tu vois la réalité en face, c'est le contraire. »

> 3.4. Les situations administratives

Documents d'identité

11,6% des personnes de 16 ans ou plus se présentant à Médecins du Monde ne possèdent aucun document d'identité, condition de base pour tout accès aux droits.

Il s'agit de patients en moyenne plus jeunes que les autres (33 ans vs 37,1 ans).

La proportion de personnes sans document d'identité est d'autre part majorée chez les hommes (13,2% vs 8,9%) ainsi que chez les personnes sans domicile (20,3% vs 9,3%).

Titres de séjour et demandes d'asile

Près de **la moitié des étrangers ayant besoin d'un titre de séjour pour résider en France n'en disposent pas** (47,3%) (tableau 15).

Plus de 27% des étrangers (hors Union Européenne) **sont ou ont été concernés par une demande d'asile politique ou territorial.**

Pour la plupart d'entre eux (83,3%) la procédure est encore en cours, alors que 12,7% ont été déboutés et 4% seulement reconnus réfugiés

Tableau 15 : Situation des étrangers au regard du séjour et demandes d'asile

	Effectif	%
Situation au regard du séjour* (concerne les étrangers de 18 ans et plus originaires d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne)		
Visa touristique avec l'intention de résider en France	1 809	14,1
Visa touristique sans l'intention de résider en France	1 443	11,2
RDV ou convocation préfecture	1 090	8,5
Document valide de 1 à 3 mois	1 200	9,3
Document valide de 3 mois à 1 an	392	3,0
Document valide pour 1 an	374	2,9
Document valide pour 10 ans	481	3,7
Sans document	6 086	47,3
Demandes d'asile** (concerne les étrangers hors Union Européenne)		
Demande d'asile politique	2 040	56,3
Demande d'asile territorial	990	27,3
Demande d'asile politique et territorial	446	12,3
Reconnu(e) réfugié(e) politique	116	3,2
Reconnu(e) réfugié(e) territorial	33	0,9

* taux de réponse : 92,1% ** taux de réponse : 86,1%

Les évolutions que l'on peut observer entre 2001 et 2003 sont une tendance à l'augmentation de la proportion des sans papiers et en revanche une diminution des demandeurs d'asile (tableau 16).

Tableau 16 : Evolution de la proportion des sans papiers et des demandeurs d'asile entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Sans papiers	44,2	46,6	47,3
Demandeurs d'asile	30,0	28,5	27

Nous constatons une légère baisse des demandeurs d'asile dans nos centres, corroborée au niveau national par la stabilisation du nombre de demandes d'asile⁸.

> 3.5. L'accès aux droits et aux soins

Droits potentiels et droits effectifs à la couverture maladie

La quasi-totalité des patients de Médecins du Monde, à l'exception des étrangers possédant un visa touristique sans l'intention de résider en France, relèvent théoriquement soit du dispositif CMU, soit de l'AME (tableau 17).

Or, au moment de leur première visite, 79% des patients qui pourraient y prétendre au regard de leur statut n'ont pas de droits ouverts au titre de l'un des dispositifs existants.

Tableau 17 : Droits potentiels des patients à la couverture maladie au regard de la loi

	n	%
Couverture Maladie Universelle (CMU)	5 841	37,1
Aide Médicale Etat (AME)	8 440	53,7
Droit à aucune couverture maladie	1 443	9,2

* taux de réponse : 93,0%

On a constaté, entre 2001 et 2002, une assez nette diminution de la part des patients relevant de la CMU avec bien sûr en contrepartie une augmentation de ceux relevant de l'AME, variations qui se sont confirmées en 2003.

Il semble également que la proportion des patients sans couverture maladie soit en légère baisse pour l'année 2003 (tableau 18).

Toutes les personnes qui se présentent à l'accueil de Médecins du Monde pour consulter un médecin et qui ont une couverture maladie à 100% sont orientées lorsque c'est possible vers les structures de droit commun. Toutefois, un nombre encore important de patients pourtant couverts par l'assurance maladie, continue de venir à Médecins du Monde. Plusieurs facteurs expliquent cet état de fait, notamment la relation de confiance qui s'est tissée entre soignant et soigné et qui fait que les personnes se sentent bien à Médecins du Monde. Mais il faut également citer la méconnaissance des structures ou même des droits obtenus par déficit d'information sur le système de soins, des soins dentaires ou auditifs encore mal couverts, des frais importants restant à charge pour les bénéficiaires du fait de dépassements tarifaires des spécialistes, les difficultés d'obtenir des rendez-vous auprès de certains professionnels de santé qui refusent ou proposent des délais extrêmement longs...

Tableau 18 : Evolution des droits potentiels à la couverture maladie et de la proportion de patients sans couverture maladie entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Droits théoriques des patients :			
CMU	41,0	37,0	37,1
AME	50,0	53,0	53,7
Aucun droit	9,0	10,0	9,2
Part des patients sans couverture maladie	81,3	83,0	79,0

L'état des droits à la couverture maladie est différencié selon la nationalité (tableau 19), soulignant les difficultés d'accès aux soins des étrangers : en effet, 57,1% (seulement !) des patients français ont des droits ouverts contre 16,3% des étrangers.

Ainsi, près de 84% des patients étrangers pouvant prétendre à une couverture maladie eu égard à leur statut n'ont pas de droits ouverts au moment de leur premier contact à Médecins du Monde.

Tableau 19 : Droits effectifs des patients à la couverture maladie selon la nationalité (les patients étrangers non concernés par la couverture maladie ne figurent pas dans ce tableau)

	Droits ouverts		Droits non ouverts		p
	n	%	n	%	
Français	1 272	57,1	956	42,9	***
Etrangers	1 847	16,3	9 480	83,7	

ns : non significatif * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 taux de réponse : 87,6%

Le croisement des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie (tableaux 20, 21) permet de constater que seulement 41,6% des patients ayant droit théoriquement à la CMU complémentaire (CMUc) au regard de leur statut ont des droits ouverts à la CMU de base. On peut également noter que les droits effectifs à la CMU complémentaire chez ces mêmes patients sont encore moins assurés puisque seuls 22,3% d'entre eux en bénéficient.

Mais on peut constater également qu'à droits équivalents, les patients étrangers sont plus mal lotis que les français : **ils sont en effet deux fois moins nombreux que les français à avoir des droits ouverts**, que ce soit à la CMU de base ou à la CMU complémentaire.

Tableau 20 : Droits effectifs à la CMU parmi les patients ayant potentiellement droit à la CMUc selon la nationalité (les patients mineurs ne sont pas concernés dans ce tableau)

Droits effectifs CMU :	ouverts % (n)	non ouverts % (n)	demande en cours % (n)
Français	58,5 (1 201)	22,1 (454)	19,4 (399) ***
Etrangers	28,7 (773)	51,1 (1 378)	20,2 (545)
Ensemble	41,6 (1 974)	38,6 (1 832)	19,9 (944)

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

Tableau 21 : Droits effectifs à la CMUc parmi les patients ayant potentiellement droit à la CMUc selon la nationalité (les patients mineurs ne sont pas pris en compte dans ce tableau)

Droits effectifs CMUc :	ouverts % (n)	non ouverts % (n)	demande en cours % (n)
Français	29,5 (503)	46,3 (790)	24,2 (412) ***
Etrangers	17,4 (440)	61,7 (1 559)	20,9 (528)
Ensemble	22,3 (943)	55,5 (2 349)	22,2 (940)

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

La situation des personnes relevant de l'AME (tableau 22) apparaît encore plus problématique : **moins d'1 patient sur 10 ayant des droits potentiels a des droits effectivement ouverts.**

Tableau 22 : Droits effectifs à l'AME parmi les patients ayant droit potentiellement à l'AME (les patients mineurs ne sont pas pris en compte dans ce tableau)

	ouverts % (n)	non ouverts % (n)	demande en cours % (n)
Droits effectifs AME	9,1 (546)	76,1 (4 561)	14,8 (887)

Cette carence de droits à la couverture maladie concerne donc tout particulièrement les patients relevant théoriquement de l'AME, c'est à dire les étrangers sans titre de séjour ou disposant uniquement d'un visa touristique mais avec l'intention de résider en France.

Le tableau 23 détaille les droits effectifs de ces patients relevant de l'AME selon leur durée de résidence en France : ainsi, même si ce sont logiquement les « primo-arrivants » qui sont le moins souvent couverts, on constate que seulement **une minorité d'entre eux possèdent une couverture maladie même après de nombreuses années passées en France.**

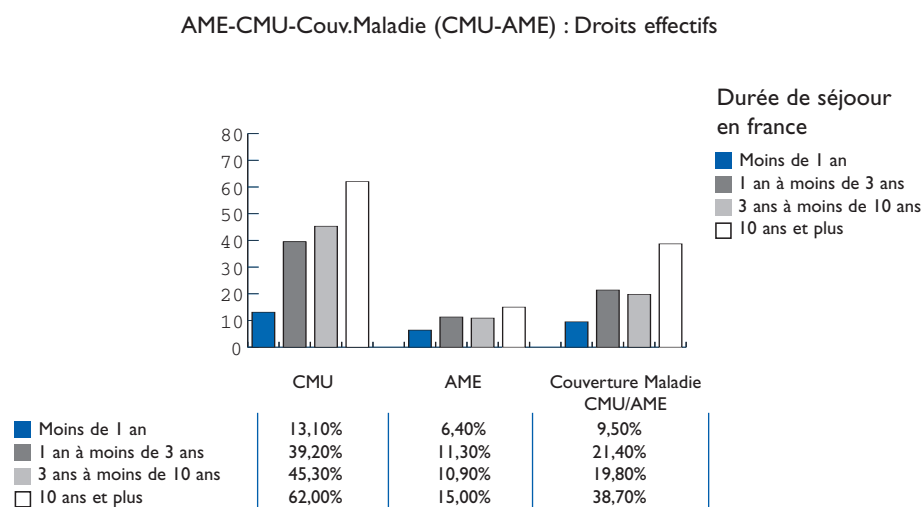
Tableau 23 : Droits effectifs à l'AME parmi les patients étrangers ayant droit potentiellement à l'AME selon leur durée de séjour en France (les patients mineurs ne sont pas pris en compte dans ce tableau)

Droits AME	ouverts % (n)	non ouverts % (n)	demande en cours % (n)
Durée de séjour en France :			
moins de 1 an	6,4 (183)	80,0 (2 288)	13,6 (389)
1 an à moins de 3 ans	11,3 (193)	70,9 (1 212)	17,8 (305)
3 ans à moins de 10 ans	10,9 (106)	74,5 (726)	14,6 (142)
10 ans et plus	15,0 (54)	74,1 (266)	10,9 (39)

D'une manière générale, le graphique suivant montre l'évolution de la proportion d'étrangers ayant des droits ouverts à une couverture maladie (CMU ou AME), en fonction du nombre d'années passées en France.

Pour la CMU, 62% seulement des étrangers installés en France depuis plus de 10 ans ont des droits ouverts.

Graphique 4 : Evolution de la proportion d'étrangers ayant des droits ouverts à une couverture maladie, en fonction du nombre d'années passées en France



> 3.6. Les obstacles à l'accès aux soins

La domiciliation

Toute personne, si elle ne peut apporter les preuves requises de son domicile, doit justifier d'une **domiciliation** pour faire valoir ses droits à la couverture maladie (CMU ou AME).

En 2003, plus de 35% des patients de Médecins du Monde avaient besoin d'une domiciliation pour l'ouverture des droits, lorsqu'ils se sont présentés la première fois dans un centre. Parmi eux, 3,5% en avaient obtenu une auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), 39,2% auprès d'une association et **57,3% n'en disposaient pas** (tableau 24).

Les patients sans domiciliation étaient en 2002 et 2001 respectivement 55% et 49,5% (tableau 25).

Tableau 24 : Domiciliation des patients pour la CMU/AME (concerne les patients de 16 ans et plus)

	Effectif	%
Domiciliation pour la CMU/AME*		
CCAS	174	3,5
Association I	947	39,2
Pas de domiciliation	2 850	57,3

taux de réponse : 61,3%

Tableau 25 : Evolution de la proportion de patients ayant besoin d'une domiciliation et de patients sans domiciliation entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Besoin d'une domiciliation	33,5	30,0	35,0
Sans domiciliation	49,5	55,0	57,3

Le tableau 26 détaille ces problèmes de domiciliation dans les principaux centres de Médecins du Monde.

Tableau 26 : Domiciliation des patients, qui en ont besoin, dès leur première venue, selon les centres (% en ligne) (seuls les centres ayant reçu 500 patients au moins sont présentés dans ce tableau)

Centres	Pas de domiciliation % (n)	CCAS % (n)	Association % (n)	Taux de réponse (%)
Nice	82,1 (407)	11,5 (57)	6,5 (32)	86,6
Strasbourg	74,3 (176)	3,8 (9)	21,9 (52)	41,4
Bordeaux	68,1 (373)	0,9 (5)	31,0 (170)	82,0
Paris	63,8 (519)	2,6 (21)	33,6 (273)	66,4
Gennevilliers	57,8 (555)	— (0)	42,2 (405)	81,2
Marseille	57,4 (198)	— (0)	42,6 (147)	44,7
Toulouse	53,2 (82)	18,2 (28)	28,6 (44)	49,2
Montpellier	39,8 (80)	— (0)	60,2 (121)	85,2
Lyon	35,8 (136)	0,5 (2)	63,7 (242)	59,6
Le Havre	33,5 (77)	0,4 (1)	66,1 (152)	95,0
Grenoble	32,7 (50)	10,5 (16)	56,9 (87)	70,8
Rouen	21,3 (13)	— (0)	78,7 (48)	10,3

Enquête sur les Centres Communaux d'Action Sociale des Hauts-de-Seine, réalisée par l'équipe de Gennevilliers :

Les usagers du Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Gennevilliers étant sans cesse confrontés à des problèmes de domiciliation, l'équipe a décidé de demander aux CCAS s'ils domiciliaient les personnes ne pouvant justifier d'une adresse comme la loi le prévoit. L'enquête a été réalisée en mai 2003 auprès de l'ensemble des communes des Hauts-de-Seine. Nous n'avons pas fait de testing mais une enquête par téléphone en nous présentant comme Médecins du Monde et comme ayant besoin de ces informations pour les bénéficiaires de notre centre d'accueil de soins et d'orientation.

La question posée : « Acceptez-vous d'effectuer des domiciliations pour permettre l'accès à l'Aide Médicale d'Etat ? ».

Les résultats sont accablants : **sur les 36 communes interrogées, quatre déclarent domicilier** « pour toutes personnes en ayant besoin », trois à la demande d'une assistante sociale de secteur (et nous savons que les assistantes sociales de secteur ne reçoivent pas les personnes sans domiciliation !) et deux pour les personnes pouvant « prouver leur lien avec la commune ».

Dans ses 12 propositions pour un accès aux soins pour tous en France, Médecins du Monde demande la **suppression de l'obligation de domiciliation pour l'ouverture d'une couverture maladie** et son remplacement par une simple adresse postale permettant d'envoyer les documents aux personnes concernées⁹.

Les deux obstacles principaux cités par les patients de Médecins du Monde pour l'accès aux soins sont d'une part les **difficultés financières** (43%) et d'autre part la **méconnaissance des droits ainsi que des dispositifs et structures** existants (41,6%) (tableau 27).

Près de 24% des répondants citent des difficultés administratives, 16,6% la barrière linguistique.

Tableau 27 : Obstacles à l'accès et la continuité des soins (plusieurs réponses possibles)

	n	%
Difficultés financières	6 271	43,0
Méconnaissance des droits, des structures	6 074	41,6
Difficultés administratives (absence de carte vitale, pas de renouvellement des droits, complexité des démarches, pièces manquantes, transferts de dossiers)	3 483	23,9
Barrière linguistique	2 425	16,6
Autre raison exprimée	1 983	13,6
Peur de la dénonciation	254	1,7
Mauvaise expérience dans le système de soins	123	0,8
CMU/AME refusée par les professionnels	106	0,7

Taux de réponse : 77,8%

Les difficultés financières

Lorsque les droits à la couverture maladie sont ouverts, les difficultés financières arrivent largement en tête des obstacles cités par les patients (52%).

Il est intéressant de constater que les patients qui bénéficient d'une couverture maladie sans prise en charge du ticket modérateur (CMU de base) sont 75% à évoquer le frein financier pour l'accès aux soins, contre 37,2% des patients couverts au titre de la CMUc ou de l'AME.

Si l'on se réfère à l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU¹⁰, 20% des personnes signalent toujours des « restes à charge » leur empêchant l'accès aux soins en dentaire et en optique principalement.

S'agissant de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU, l'enquête santé, soins et protection sociale (ESPS) en 2002 du CREDES¹¹ précise que ces renoncements concernent principalement des soins mal remboursés (dentaire, optique) mais également des soins donnant régulièrement lieu à des dépassements tarifaires (spécialistes), et ce, notamment à Paris.

L'absence de carte vitale

Nous pouvons de même faire état des difficultés pour les personnes qui n'ont pas de carte vitale. En effet, parmi les principaux obstacles à l'accès aux soins cités par les personnes que nous avons rencontrées, 709 ont déclaré l'absence de carte vitale.

En février 2004, la CNAM indiquait au Fonds CMU que le délai de fabrication de la carte vitale était de 2 mois environ¹².

Autre difficulté : les attestations CMU précisent qu'il faut à la fois présenter la carte vitale et l'attestation papier aux professionnels de santé. Les équipes de Médecins du Monde relèvent que les délais pour obtenir une carte vitale sont variables, en fonction de l'état civil, du pays d'origine des personnes : entre un mois après avoir reçu une attestation de droit (Montpellier) à plusieurs mois (Grenoble, Nantes, Marseille). Les personnes ayant un numéro provisoire n'ont pas de carte vitale. Les demandeurs d'asile, dont les pièces d'état civil nécessaires à l'obtention de la carte sont à l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA), ne peuvent pas l'obtenir.

Ainsi, de nombreuses personnes n'ayant pas encore de carte vitale se voient alors contraintes de faire l'avance de frais : certains professionnels de santé craignent de n'être pas remboursés par l'assurance maladie en l'absence de la carte. Ainsi, à Montpellier, Lyon ou Nice, en l'absence de la carte vitale, certains médecins de ville, spécialistes et pharmaciens refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU.

La méconnaissance des droits et des structures

Les obstacles ressentis par les patients varient selon la nationalité et l'état des droits à la couverture maladie.

Ainsi, la méconnaissance des droits est un obstacle beaucoup plus fréquemment évoqué par les patients étrangers (45,2% vs 21,8% des patients français) qui d'autre part ont moins souvent que les français des droits ouverts au titre de la CMU ou de l'AME.

Démunies financièrement, ces personnes sont perdues face à la complexité administrative et de la sphère médicale dans son ensemble. Si elles ignorent souvent leurs droits, elles ignorent aussi les lieux où elles pourraient aller se faire soigner. Cette méconnaissance générale est source d'obstacle et de retard à l'accès aux soins.

Un juriste de notre centre parisien raconte :

« Je travaille à Médecins du Monde depuis février 2001. Je reçois surtout des étrangers, la plupart du temps en situation irrégulière. Leur particularité est d'être sur le territoire depuis peu de temps (de quelques mois à 2 ans). Il s'agit souvent de personnes qui ont tout abandonné dans leur pays en raison de la misère qui y règne. Je remarque que beaucoup ne connaissent absolument pas leurs droits, les administrations où faire leurs démarches, ou les possibilités d'obtenir un titre de séjour en France. Un des aspects de mon travail consiste à me rendre avec les usagers à la préfecture, afin de les épauler dans leurs démarches. Cet accompagnement a pour but de les rassurer, ou parfois de tenir tête aux agents de la préfecture qui s'efforcent de bloquer le plus de dossiers possibles et d'empêcher les étrangers de faire valoir leurs droits. »

Depuis l'instauration de la CMU et de l'AME, nous n'avons eu de cesse de **réclamer des campagnes d'information ciblées et adaptées** pour les bénéficiaires potentiels de ces couvertures maladie. Une enquête de la DREES en 2001 indiquait que les mieux informés étaient ceux qui n'en avaient pas besoin (63%) mais que dans la population cible ils n'étaient plus que 45%¹³. Il n'y a jamais eu la moindre information publique sur l'AME, même le numéro vert installé à la mise en place du dispositif ne donnait aucun renseignement. Les associations rassemblées dans le collectif Alerte ont demandé à l'automne 2001 de lancer une nouvelle campagne d'information. La promesse ne fut pas tenue. De même aucune information ni vers les bénéficiaires ni vers les professionnels de santé n'a été faite à l'occasion de la modification de l'AME en

décembre 2002 alors même que l'ensemble des bénéficiaires peut désormais aller consulter en médecine libérale et aller dans les pharmacies chercher les traitements.

A l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère le 17 octobre 2003, Médecins du Monde a demandé pour améliorer ce manque d'information :

- que l'éducation à la santé, le système de santé et le système de Sécurité sociale fassent partie des enseignements obligatoires dès l'école primaire,
- que les caisses d'assurance maladie soient clairement identifiées comme des lieux d'accueil et d'information disposant de traducteurs multilingues,
- que les hôpitaux disposent de services de traduction,
- qu'une campagne d'information ciblée auprès des étrangers en difficulté sur l'accès à la CMU et l'AME soit organisée : il faut atteindre les foyers, les squats, les associations communautaires, les centres d'hébergement, les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), avec des documents multilingues et ciblés, afin que les personnes puissent comprendre ce à quoi elles ont droit,
- que les informations données aux primo-arrivants soient reprises au bout de quelques mois de présence en France.

Refus de soins des professionnels de santé

Nous évoquons dans notre précédent rapport les difficultés d'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, du fait du refus de soins des dentistes¹⁴.

L'étude de la DREES (citée ci-dessus) précise, à cet effet, que les refus de soins sont signalés par 15% des bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé les plus souvent cités sont les médecins spécialistes (7%), les dentistes (6%), et, pour une moindre part, les médecins généralistes (2%).

Parmi les personnes interrogées ayant déclaré avoir fait l'expérience d'un refus de la part d'un médecin spécialiste ou d'un dentiste, les trois quarts ont pris contact avec un ou plusieurs autres médecins et pu obtenir un rendez-vous.

Qu'en est-il du quart restant ?

Dans les grandes agglomérations, les équipes de Médecins du Monde sont amenées à dresser des **listes** et orienter les patients vers les professionnels déjà identifiés. Si cette pratique évite le découragement du patient, qui devrait sinon se déplacer dans 4 à 5 lieux différents avant d'identifier le professionnel qui l'acceptera, elle ne résout pas le fait que les professionnels de santé enfreignent les règles de la déontologie et font obstruction à l'application de la loi CMU-AME.

Parmi les autres réponses données spontanément (*« autre raison exprimée »*), la plupart font référence à leur statut de touristes, ou au fait qu'ils viennent d'arriver en France. Les autres motifs évoqués sont le manque ou la perte de papiers. Beaucoup font référence à des demandes en cours. Par ailleurs, on repère également un nombre important d'obstacles liés à barrière linguistique, ce qui laisse sous-entendre que les obstacles cités en tant que tels peuvent être sous-estimés. Une analyse lexicale plus fine des autres raisons exprimées sera à mener ultérieurement afin de donner une image encore plus précise des obstacles à l'accès aux droits et aux soins des personnes que nous rencontrons.

> 3.7. Les démarches mises en œuvre, les orientations

Au terme du bilan social pratiqué lors du premier contact avec Médecins du Monde, près de 60% des personnes ont bénéficié d'une information et/ou d'une orientation pour l'accès aux droits. Très peu ont refusé la mise en œuvre des démarches (2,2%).

Pour 2 patients sur 10, soit 2 797 personnes, un accompagnement physique était nécessaire pour accomplir les démarches, accompagnement qui a été organisé pour les trois quarts des personnes, soit 1 811, qui en avaient besoin.

Certains centres de Médecins du Monde ont mis en place (ou prévoient de mettre en place), comme à Bordeaux, Nice, ou Paris un projet d'accompagnement physique des personnes vers les structures de droit commun, afin de favoriser leur autonomie et leur compréhension de l'organisation du système sanitaire.

Enfin, environ 3 étrangers sur 10 (n = 3 726) avaient besoin d'un traducteur, ce qui renforce la nécessité de disposer de traducteurs dans les différentes structures : guichets CPAM, hôpitaux, services de PMI, ...

4. Analyse des données médicales

Rappel du nombre total de consultations : **45 057**, pour **19 863** patients distincts, dont 14 644 vus pour la première fois en 2003)

- dont **38 076** consultations médicales pour **18 514** patients distincts (2 consultations médicales par personne) ;
 - dont **5 450** consultations dentaires pour **2 346** patients distincts (2,2 consultations dentaires par personne) ;
- sachant qu'un même patient peut avoir une consultation médicale et une consultation dentaire.*

Les consultations médicales et dentaires se répartissent de la façon suivante :

Tableau 28 : Répartition des consultations médicales et dentaires

Nombre de consultations	Médicales		Dentaires	
	n	%	n	%
1 seule consultation	11 146	60,2	1 277	54,4
2	3 647	19,7	432	18,4
3	1 592	8,6	274	11,7
4	815	4,4	129	5,5
5 à 10 et plus	1 092	5,9	213	9,1
Total	18 514	100	2 346	100

80% des patients sont venus moins de deux fois dans un centre de Médecins du Monde.

Si l'objectif de la Mission France est d'accueillir et soigner les populations les plus vulnérables dans l'urgence, il s'agit également

d'orienter les personnes vers le système de droit commun et de témoigner de l'état de santé des personnes en grande précarité et de leurs difficultés d'accès aux soins et aux droits.

> 4.1. Vaccinations et statuts sérologiques

Les vaccinations

La couverture vaccinale des consultants (tableau 29) paraît relativement faible puisque seulement 19% d'entre eux sont à jour de leurs vaccinations (il faut noter sur ce point le faible taux de réponse susceptible d'affecter la validité de cette variable).

Le statut vaccinal des patients mineurs est meilleur que celui des adultes (35,3% sont à jour vs 17,2%), de même les français sont deux fois plus souvent à jour de leurs vaccinations que les étrangers (33% vs 16,4%).

Tableau 29 : Etat des vaccinations des patients de Médecins du Monde au moment de leur première consultation

	n	%
Vaccinations à jour	1 246	19,2
Vaccinations non à jour à priori	5 230	80,8

taux de réponse : 34,5%

Les statuts sérologiques

Les taux de réponses concernant la connaissance des patients de leurs statuts sérologiques sont relativement faibles et avoisinent les 35%.

10 à 14% des patients de Médecins du Monde connaissent leurs sérologies vis à vis des hépatites et du VIH au moment de leur première consultation à Médecins du Monde (tableau 30).

Les taux de dépistage varient selon le sexe et la nationalité : ils sont plus élevés chez les hommes ainsi que chez les patients de nationalité française (tableau 31).

Les taux de séropositivité du VHB, VHC et VIH parmi les patients dont le statut sérologique est connu s'élèvent respectivement à 5,8%, 8,6% et 3,2%.

On ne retrouve pas de différence significative de statuts sérologiques selon le sexe ou la nationalité, à l'exception de la

séropositivité au VHC qui est plus fréquente chez les hommes (10,2% vs 5,9%) et chez les patients de nationalité française (12,6% vs 6,7%).

Tableau 30 : Statuts sérologiques des patients de Médecins du Monde

	n	%
VHB*		
Sérologie connue	723	11,1
Résultat positif	42	5,8
VHC**		
Sérologie connue	708	10,9
Résultat positif	61	8,6
VIH***		
Sérologie connue	895	13,6
Résultat positif	29	3,2

* taux de réponse : 34,6% ** taux de réponse : 34,6% *** taux de réponse : 35,1%

Tableau 31 : Taux de dépistage du VHB, VHC et VIH selon le sexe et la nationalité (en %)

	VHB	VHC	VIH
Sexe			
masculin	12,3**	12,2***	14,9***
féminin	9,7	9,2	11,8
Nationalité			
français	24,2***	23,8***	27,4***
étrangers	8,8	8,6	11,0

** p<0,01 *** p<0,001

Remarque : les différences de taux de dépistages entre les français et les étrangers persistent lorsque l'analyse est ajustée sur le sexe.

Il est au total relativement difficile de tirer des conclusions concernant la prévalence de l'infection au VIH et aux hépatites, compte tenu, d'une part, des faibles taux de réponses, et d'autre part, de la proportion importante de sérologies inconnues.

Environ 3% des consultations médicales ont donné lieu à une orientation vers un dépistage du VIH et des hépatites B et C. Ces contrôles se sont adressés pour plus de 90% à des patients dont le statut sérologique était inconnu.

Nous observons que c'est majoritairement dans les grands centres que ces questions restent peu abordées. Du fait de l'afflux important de patients dans les salles d'attente, bon nombre de médecins expliquent qu'ils n'ont guère de temps pour aborder ces questions lors des consultations d'autant plus qu'ils répondent avant tout à la demande du patient.

Rappelons aussi que la culture de la prévention en France est singulièrement absente par rapport à d'autres pays comme l'Angleterre.

Nous ne pouvons que constater le faible taux d'orientation des patients vers un dépistage du VIH et des hépatites B et C.

Notons toutefois des expériences positives menées pour inciter les médecins à proposer davantage aux patients des tests de dépistage, et qui permettront à terme d'améliorer nos pratiques.

En effet, les centres Mission France, accueillant en majorité une population d'origine étrangère en situation de précarité, constituent un lieu privilégié pour informer, prévenir, proposer un dépistage puis éventuellement diriger les migrants vers des centres de soins spécifiques. Pour ces populations, SIDA est encore synonyme de mort alors que cette maladie est le plus souvent une infection asymptomatique chez les patients sous traitement anti-rétroviral (ARV) en France.

Un projet a été ainsi initié courant 2002 au centre de Paris, le but étant de le transposer ensuite aux autres centres de la Mission France. L'objectif est d'aider les bénéficiaires des centres Mission France à accéder à des messages d'information et de prévention adaptés, efficaces et compréhensibles sur l'infection à VIH, mais aussi d'inciter au dépistage, puis, le cas échéant, d'orienter les patients séropositifs vers les structures de soins publiques adaptées.

Cela requiert un savoir-faire particulier de la part des médecins pour encourager le dépistage et sensibiliser leurs patients à cette nécessité.

Un médecin de Paris témoigne :

H. a 22 ans, elle est congolaise. Elle est recroquevillée sur son siège dans la salle d'attente. A l'appel de son nom, elle relève brusquement la tête puis se lève lentement. Je l'invite à entrer dans le cabinet de consultation, je suis presque obligée de la pousser...

Elle garde la tête baissée. A mes mots de bienvenue répond son silence. Elle vient pour des résultats.

« Tout va bien », lui dis-je en consultant son dossier. « Les examens sont bons ». Sa tête se relève un peu. Dans un souffle à peine audible, j'entends : « ça veut dire quoi ? ». « Que tout va bien, que vous n'avez pas le sida, que... ». Je n'ai pas le temps de finir ma phrase, elle se lève d'un bond, contourne le bureau, se jette à mon cou en m'embrassant et en pleurant. « Cela fait 8 ans que j'ai été violée, j'avais 14 ans, chez moi au Congo ... depuis, chaque jour, je pense que j'ai peut-être attrapé le sida. Les professeurs nous en ont parlé à l'école... et chaque fois que je n'allais pas bien, je me trouvais des signes de cette maladie. Jamais je n'ai osé demandé une analyse... j'avais peur... depuis 8 ans. »

Après la guerre, la peur, la fuite, elle est arrivée en France. Elle a trouvé le courage de demander... Elle sort de mon bureau, après une dernière embrassade, la tête haute, rayonnante.

L'enquête menée par un médecin au CASO de Lyon, début 2003, dont le résumé se trouve ci-dessous, renforce la nécessité pour les médecins d'acquérir le savoir-faire pour aborder ces questions.

Comment améliorer le dépistage du VIH chez les migrants africains au centre de soins de Médecins du Monde ? Dr Jean Faya, Lyon, printemps 2003¹⁵

Les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne sont la population la plus touchée par l'épidémie du Sida en France. Or, il semble que la proposition du dépistage du

VIH dans les structures de soins qui accueillent cette population soit loin d'être systématique. Les anthropologues montrent qu'il existerait une tendance au culturalisme de la part des soignants qui ferait obstacle à la démarche. Notre question de recherche est donc : comment améliorer le dépistage du VIH auprès de cette population à son arrivée en France ? Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 13 patients africains au centre de soins de Médecins du Monde Lyon, primo consultants, en France depuis moins d'un an. La population, d'un haut niveau socioculturel, a de bonnes connaissances sur le mode de transmission et de prévention de la maladie. Il semble par contre que la plupart ignore l'existence du traitement antiviral. Nous ne notons pas de spécification culturelle dans les représentations. Les connaissances des personnes sont d'abord le reflet de la réalité africaine par rapport au Sida, du fait que la trithérapie n'y est pas disponible. L'amélioration du dépistage auprès de cette population à risque passe donc d'abord par une information sur la thérapeutique et la prise en charge dont ils peuvent bénéficier, ainsi que sur l'application de la législation en vigueur.

Citons par ailleurs l'exemple du centre de Gennevilliers qui a développé un partenariat avec le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) de l'accueil Prévention Santé d'Asnières.

Extrait du rapport d'activité 2003 du CASO de Gennevilliers :
Le CDAG tient ainsi une consultation tous les lundi après-midi au centre. Son intérêt réside dans l'accueil et le suivi très compétent des patients dans une structure qu'ils connaissent déjà. Sa fréquentation ne cesse de s'accroître, grâce aux médecins du centre qui font une information plus systématique lors de leur consultation :

104 patients en 1999, 118 en 2000, 152 en 2001, 209 en 2002 et 329 en 2003 soit une augmentation de 57 % en 2003.

Tableau 32 : Tableau comparatif entre les consultations à Asnières et celles du centre

	Patients	Hommes	Femmes	VIH+	VHC+	VHB+
Asnières	927	66%	33%	0,7%	0,2%	1,9%
Centre MDM	329	66%	33%	2,7%	2,3%	6%

Les taux de positivité nettement plus élevés pour les patients du centre met en évidence la fragilité de l'état de santé des personnes que nous recevons.

Par ailleurs nous pouvons constater que le nombre de personnes vues au CDAG ne représente que 11% de notre file active. **Nous devons continuer nos efforts d'orientation car ces résultats confirment les besoins en matière de prévention de cette population en situation de précarité.**

Nous ne disposons pas de données nationales concernant la prévalence de l'infection au VIH et VHC en population générale, permettant de mettre nos résultats en perspective. Les seules données dont nous disposons concernent les usagers de drogues fréquentant les centres spécialisés de soins pour toxicomanes. La dernière enquête réalisée en 1999 faisait état d'un taux de séropositivité de 6% pour le VIH et 20% pour le VHC parmi les usagers de drogues non-injecteurs.¹⁶

> 4.2. Les dépendances aux substances psychoactives

Le problème de la dépendance aux produits est abordé dans le dossier médical au travers d'une question portant sur les comportements « abusifs », pour agir en matière de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de produits. Il ne s'agit pas de signaler une utilisation occasionnelle.

Concernant les dépendances potentielles aux substances psychoactives, on peut noter d'emblée les faibles taux de réponses enregistrés, qui oscillent entre 46 et 49% (tableau 33).

Le tabac arrive sans surprise en tête des substances les plus souvent consommées de façon abusive, suivi de l'alcool, du cannabis, des médicaments¹⁷ et des produits illicites autres que le cannabis.

Deux sources de données récentes explorent les consommations d'alcool et de tabac en population générale.

La première, l'enquête Baromètre Santé¹⁸ (population des 12-75 ans), indique que 8,6% des personnes enquêtées seraient ou auraient été potentiellement dépendantes à l'alcool et que 28,3% d'entre elles fument régulièrement (au moins une cigarette par jour).

La seconde est une enquête réalisée en 2000 auprès d'usagers du système de soins¹⁹ estimant que 20% des patients présents dans un établissement de santé un jour donné et 18% des patients vus par les médecins généralistes libéraux en consultation ou en visite présentaient un risque d'alcoolisation excessive.

La proportion de personnes dépendantes à l'alcool était de plus de 7% pour les patients hospitalisés et 5% pour les patients vus par les médecins généralistes.

Ce risque d'alcoolisation excessive concernait très majoritairement les hommes, il était maximum entre 35 et 64 ans pour les deux sexes et majoré parmi les personnes en précarité socio-économique.

Notons que **parmi les patients français que nous recevons dans nos centres, 24,5% déclarent consommer abusivement de l'alcool et 57,5% du tabac.**

Tableau 33 : Consommations abusives de substances psychoactives

	n	%
Alcool *	1 013	11,0
Tabac (plus de 10 cig/jr)**	2 410	26,0
Médicaments (prise abusive, consommation chronique)***	413	4,8
Cannabis ****	428	4,9
Autres produits (amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...)*****	204	2,4

* taux de réponse : 48,9% ** taux de réponse : 49,4% *** taux de réponse : 45,7%
**** taux de réponse : 46,3% ***** taux de réponse : 45,6%

On peut observer des différences très nettes des comportements de consommation selon la nationalité et le sexe. Ainsi la consommation abusive de tabac, d'alcool et de médica-

ments est proportionnellement deux à trois fois plus fréquente chez les français que chez les étrangers (tabac : 55,6% vs 20,7%), (alcool : 25,9% vs 8,4%), (médicaments : 11,4% vs 3,7%).

Les différences sont encore plus marquées concernant les substances illicites puisque les étrangers ne sont que 2,4% à déclarer consommer abusivement du cannabis (vs 20% des français) et 1% d'autres produits (vs 10,2% des français).

Les consommations abusives des patients étrangers évoluent significativement en fonction de leur durée de séjour en France (tableau 34, graphique 5).

Ainsi, la consommation abusive de substances psychoactives est d'autant plus fréquente que le nombre d'années passées en France est élevé, rejoignant, au bout de 10 années passées en France, les niveaux observés chez les patients français.

L'enquête du CREDES²⁰ réalisée en 2000 auprès de consultants de centres de soins gratuits retrouvait des résultats comparables.

Cette étude mettait notamment en évidence une fréquence plus importante des problèmes de tabagisme, d'alcoolisme et de toxicomanie chez les patients français.

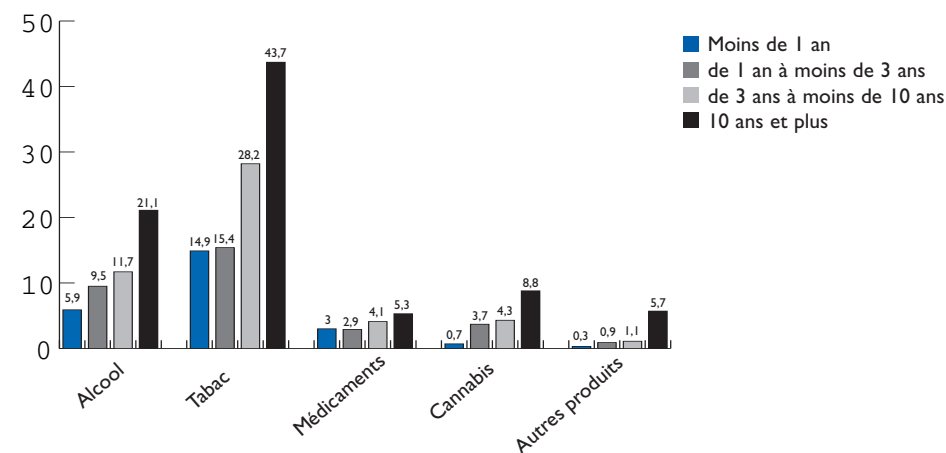
Par ailleurs, le fait que les patients étrangers au bout de plusieurs années se rapprochent des niveaux de consommation des français pourrait s'interpréter en terme d'acquisition progressive dans le temps des habitudes de vie du pays résident.

Ce phénomène a été régulièrement observé dans les précédents rapports des centres Mission France de Médecins du Monde, notamment en 2000, 2001 et 2002.

Tableau 34 et Graphique 5 : Consommation abusive de substances psychoactives des patients étrangers selon leur durée de séjour en France (en %)

Abus répété ou addiction à...	Alcool	Tabac	Médicaments	Cannabis	Autres produits
Durée de séjour en France					
moins d'un an	5,9***	14,9***	3,0 ^{ns}	0,7***	0,3***
1 an à moins de 3 ans	9,5	15,4	2,9	3,7	0,9
3 ans à moins de 10 ans	11,7	28,2	4,1	4,3	1,1
10 ans et plus	21,1	43,7	5,3	8,8	5,7

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



À l'exception des médicaments où l'on n'observe pas de différence significative selon le sexe, la fréquence des consommations abusives de substances psychoactives est toujours majorée chez les hommes.

Elle est de 36,8% pour le tabac (femmes : 11,4%), 16,8% pour l'alcool (femmes : 3,2%), 7,3% pour le cannabis (femmes : 1,8%) et 3,3% pour les autres produits illicites (femmes : 1,2%).

Par ailleurs, il est également à noter que la consommation abusive d'une substance psychoactive est rarement isolée. Ainsi tous les comportements d'abus répétés sont corrélés entre eux.

À titre d'exemple, 13,5% des usagers abusifs d'alcool sont aussi usagers de substances illicites autres que le cannabis alors qu'ils ne sont que 0,7% parmi ceux qui ne consomment pas ou peu d'alcool. De la même façon, la consommation abusive de cannabis, de tabac et d'alcool est presque toujours associée à la consommation de substances illicites hors cannabis.

Il faut cependant considérer tous ces résultats avec précaution compte tenu des faibles taux de réponse, du caractère illégal de certaines consommations et aussi de la difficulté à aborder ces questions lors d'une première consultation.

> 4.3. Les diagnostics médicaux

38 076 consultations médicales ont été dispensées par les missions de Médecins du Monde en 2003.

Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées (graphique 6)

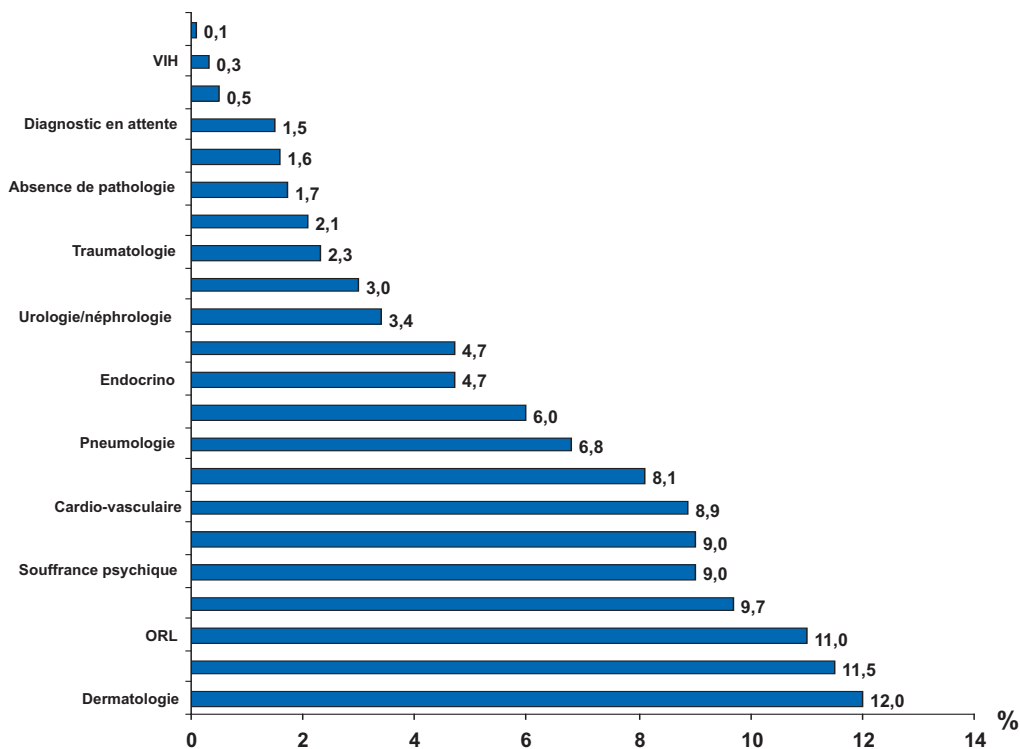
au cours de ces consultations sont d'ordre **dermatologique** (12% des diagnostics), **ostéoarticulaire** (11,5%), **ORL** (11%), **et gastro-entérologique** (9,7%).

La hiérarchie des diagnostics en 2003 est tout à fait comparable à celle que l'on observait en 2002 et 2001.

Dans 18% des consultations médicales où le diagnostic principal est renseigné, un diagnostic secondaire est également posé avec en premier lieu la souffrance psychique (13,4% des diagnostics secondaires).

Lorsque l'on combine les diagnostics principaux et secondaires afin d'estimer le poids respectif de chaque famille de pathologies dans les motifs de recours médicaux, on voit se dégager, outre les pathologies citées précédemment, la souffrance psychique qui apparaît alors dans 9% de l'ensemble des diagnostics.

Graphique 6 : Diagnostics 1 et 2 évoqués lors des consultations médicales (en %)



La souffrance psychique est un phénomène largement partagé parmi les patients de Médecins du Monde, puisque même quand le diagnostic n'est pas explicitement posé, **des signes évocateurs de cette souffrance sont retrouvés dans plus de 16% des consultations.**

Notons toutefois que les médecins eux-mêmes ne reconnaissent pas toujours cette souffrance, qu'ils manquent parfois d'informations (voire de formations²¹) et de moyen pour repérer cette souffrance psychique. Elle peut être exprimée différemment, à travers d'autres symptômes.

Notre équipe de Marseille rapporte les propos d'un patient, arrivé en France en novembre 1999, il a demandé l'asile territorial ; en février 2003, il n'avait toujours aucune réponse :

« Ici, ça a changé, avant c'était pas comme ça. Maintenant, il y a trop de gens qui ont des problèmes et ils ont plus d'espoir. Je les vois [au foyer], ils parlent tout seuls, ils prennent des cachets pour dormir la nuit. Et moi, je suis dans la même situation qu'eux et je veux pas devenir comme eux. »

Au-delà de l'aspect purement médical, les consultations sont aussi l'occasion de repérer les personnes qui ont (ou ont été) victimes de violences et de maltraitance (tableau 35).

Ainsi dans plus de 1 000 consultations, une forme de violence, quelle que soit sa nature, a été constatée sur la personne venue consulter.

Il s'agissait le plus souvent d'agressions physiques ou de violences psychiques.

Tableau 35 : Violences subies par les patients

	Effectif
Maltraitance/violence (familiale, conjugale...)	308
Viol	115
Agression physique	503
Torture	323
Violence psychique	472
Victime d'au moins une forme de violence (parmi les 5 précédentes)	1 161

Le taux de réponse à cette question est particulièrement bas. En effet, les médecins nous expliquent combien il est difficile d'aborder des questions aussi intimes et lourdes lors d'une première rencontre avec un patient qui le plus souvent vient consulter pour une douleur anodine. Lorsque les médecins revoient les patients ou disposent d'un long moment de consultation médicale, ces questions peuvent être abordées.

Les chiffres ci-dessus sont loin de refléter la réalité vécue par les patients de la Mission France.

> 4.4. Retards de recours aux soins et soins urgents

Dans près de 9% des consultations, un recours tardif aux soins a été constaté et dans 13% des cas, des soins urgents se sont imposés (tableau 36).

Lorsqu'il s'agissait d'une première consultation, c'est-à-dire lors du premier contact du patient à Médecins du Monde, la fréquence du retard de recours aux soins approchait 12%.

Dans le tiers des retards de recours aux soins, le motif de consultation était d'ordre gynécologique, ostéoarticulaire ou psychiatrique.

Lorsque les droits à la couverture maladie ne sont pas ouverts, la fréquence du retard aux soins est significativement plus élevée que lorsque les droits sont effectifs (9,2% vs 7,2%), de même que la nécessité de soins urgents (16,3% vs 7,8%).

Enfin, parmi les patients qui relèvent de l'Aide Médicale Etat, 18,1% nécessitent des soins urgents.

Notons qu'en 2003, il était encore possible d'ouvrir en urgence (le jour même) les droits à l'AME quand la situation du patient l'exigeait. Cette procédure d'accès immédiat a été supprimée par le

vote parlementaire dans le cadre de la loi de finances fin 2003. Les patients seront mis en demeure de payer ou de renoncer à se faire soigner en attendant, sans délais connus, une éventuelle décision de la caisse primaire d'assurance maladie.

Il faut par ailleurs depuis le 1/1/2004 justifier et prouver 3 mois de résidence ininterrompue sur le territoire avant la demande d'AME. Nul doute que nous verrons arriver en catastrophe aux urgences des hôpitaux publics des adultes et des enfants en danger. Ils seront pris en charge tardivement, nécessitant alors des soins complexes et coûteux que les hôpitaux factureront à la Caisse primaire d'assurance maladie. A la sortie de l'hôpital, il ne leur sera plus possible de continuer à recevoir les soins sans les payer. Comment les patients pourront-ils poursuivre leur traitement ?

Il est à noter que **des soins urgents se sont imposés beaucoup plus fréquemment lorsque un retard aux soins a été constaté** que dans le cas inverse (56,1% vs 8%). Cette corrélation retard au recours aux soins / nécessité de soins urgents augmente encore quand les droits ne sont pas ouverts (61%).

Tableau 36 : Retards de recours aux soins et soins urgents

	n	%
Retards aux soins*		
ensemble des consultations	1 471	8,7
patients consultant pour la première fois	867	11,7
Soins urgents nécessitant une ouverture immédiate des droits**	1 826	13,0

* taux de réponse : 44,6% ** taux de réponse : 36,9%

> 4.5. La santé bucco-dentaire

Les consultations médicales ont parfois donné lieu à un examen de l'état bucco-dentaire, que le patient se soit présenté ou non pour un problème de cette nature.

Ainsi 13,2% des consultations ont mis en évidence la nécessité d'entreprendre des soins dentaires et 1,6% la nécessité d'une prothèse.

Sept centres de Médecins du Monde proposent des consultations dentaires (tableau 37).

5 450 consultations dentaires ont été effectuées durant l'année 2003, représentant plus de 12% de l'ensemble des consultations.

Tableau 37 : Répartition des consultations dentaires par centre

Centres	Nombre de consultations	%	% cumulés
Nice	2 222	40,8	40,8
Strasbourg	1 073	19,7	60,5
Paris	990	18,2	78,7
Marseille	639	11,7	90,4
Bordeaux ²²	254	4,6	95,0
Rouen	164	3,0	98,0
Le Havre 108	2,0	100	
TOTAL	5 450	100	100

Le centre du Havre dispose d'un cabinet dentaire en dehors des locaux de la Mission France, au CHU. C'est également le cas du centre de Nancy, dont le cabinet dentaire se trouve à la faculté. A noter que le centre de Toulouse propose des consultations de prévention dentaire et une orientation adaptée vers le système de droit commun.

Un bilan des dents cariées, absentes et obturées a été réalisé dans une partie de ces consultations (n=1 335), permettant de calculer l'indice CAO.

L'indice CAO (dents cariées, absentes et obturées) est un indicateur couramment utilisé pour mesurer les problèmes de santé bucco-dentaire d'une communauté.

L'indice CAO individuel est la somme des 3 paramètres :

C : nombre de dents cariées

A : nombre de dents absentes pour cause de carie

O : nombre de dents obturées

L'indice CAO moyen d'une population est la somme des CAO individuels divisée par le nombre de personnes examinées.

L'indice CAO des patients de Médecins du Monde examinés s'élève à 10 (tableau 38).

Les comparaisons avec des données en population générale (tableau 39) soulignent l'état bucco-dentaire dégradé des patients de Médecins du Monde quel que soit l'âge et le sexe, avec un nombre plus élevé de dents absentes non remplacées.

L'écart le plus important se situe à partir de 55 ans où le nombre de dents absentes est de 2,6 en population générale contre 12,7 pour les patients de Médecins du Monde.

Tableau 38 : Nombre de dents cariées, obturées et absentes des patients de Médecins du Monde examinés lors d'une consultation dentaire

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents absentes	Nombre moyen de dents obturées	Indice CAO
Ensemble des consultants	3,3	5,0	2,1	10,0
Hommes	3,4*	5,0 ^{ns}	1,7***	9,6***
Femmes	3,1	5,1	3,0	11,0
15-24 ans	3,5***	2,0***	1,7***	6,6***
25-34 ans	3,6	3,5	2,3	9,1
35-44 ans	3,3	5,5	2,3	11,0
45-54 ans	2,5	9,9	2,6	14,6
55 ans et plus	1,6	12,7	1,5	15,0
Français	3,1 ^{ns}	5,4 ^{ns}	4,1***	11,5***
Etrangers	3,4	4,9	1,9	9,8
Etrangers :				
en France depuis moins de 10 ans	3,3***	4,8***	1,9***	9,5
en France depuis 10 ans et plus	5,4	8,0	2,8	14,5***

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

(remarque : l'indice CAO n'est pas exactement la somme du nombre moyen de dents cariées, absentes et obturées dans la mesure où les effectifs diffèrent entre ces trois variables. Il n'a pu être calculé que pour les patients pour lesquels l'ensemble des trois variables était renseigné).

Tableau 39 : Nombre moyen de dents absentes non remplacées

	Population de Médecins du Monde	Population générale ²³
Hommes	5,0	1,4
Femmes	5,1	1,1
15-24 ans	2,0	0,5
25-34 ans	3,5	1,0
35-44 ans	5,5	1,4
45-54 ans	9,9	1,8
55 ans et plus	12,7	2,6
Ensemble	5,0	1,3

La santé bucco-dentaire, comme on peut le constater, est meilleure chez les étrangers que chez les français et se détériore avec l'âge.

L'enquête du CREDES²⁴ sur les relations entre problèmes dentaires et précarité faisait le même constat. En effet, on constate dans cette étude que l'état dentaire des étrangers en situation précaire est à âge égal le plus souvent meilleur que celui des consultants français, alors qu'ils cumulent un plus grand nombre de facteurs de précarité. Les auteurs avancent l'hypothèse que si les étrangers cumulent en effet plus souvent des facteurs de précarité, c'est essentiellement du fait des difficultés d'insertion des étrangers sur le territoire français. Mais ces difficultés sont récentes et ont rarement entraîné des détériorations graves de leurs dents, ce qui explique que bien qu'en situation de plus grande précarité que les français, ils se portent plutôt mieux.

Les auteurs supposent de plus qu'un effet de sélection a pu jouer, les étrangers fragiles et /ou malades étant moins susceptibles de se lancer dans l'épreuve de la venue en France.

On peut noter par ailleurs que l'état bucco-dentaire des patients étrangers résidant en France depuis au moins 10 ans est sensiblement plus dégradé que celui des autres étrangers (tableau 38).

Cette situation peut s'expliquer d'une part par le fait que les étrangers en France depuis longtemps sont très nettement plus âgés que les autres étrangers (43,2 ans vs 34,4 ans), mais on peut penser également que leur mauvais état dentaire est lié à une installation durable dans la précarité, confirmant ainsi l'hypothèse énoncée précédemment.

Les différences que l'on observe entre les hommes et les femmes proviennent pour l'essentiel du nombre de dents obturées qui est plus élevé chez ces dernières, témoignant peut-être d'un recours aux soins plus fréquent.

> 4.6. Les dépistages et les orientations mis en œuvre

Dans plus de 6% des consultations qui concernaient des femmes (15-49 ans), une orientation vers un gynécologue était nécessaire alors qu'un test ou un suivi de grossesse devait être mis en œuvre pour environ 3% des consultantes.

Les deux tiers des consultations (65,6%) ont donné lieu à la prescription d'un traitement, traitement qui a été remis directement au patient dans plus de 94% des cas.

Enfin plus de 26% des consultants ont été orientés vers les structures de droit commun (hôpital, médecin libéral, PMI...) pour la prise en charge de leur problème de santé.

5. Analyse par pathologies

L'objet de cette partie est de mettre en évidence les facteurs associés aux principaux motifs de consultation notamment au regard du sexe, de la nationalité et de l'âge des consultants, ceci afin de caractériser au mieux le « profil » des patients selon le diagnostic évoqué lors des consultations.

La méthode statistique utilisée est une régression logistique multiple permettant de contrôler l'effet d'éventuels facteurs de confusion.

La contribution de chaque variable dans l'explication du modèle est exprimée par l'odds ratio qui permet d'estimer la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible (ici la présence de la pathologie).

Les pathologies sur lesquelles ont porté les analyses figurent dans le tableau 40 ; il s'agit des principaux diagnostics posés au cours de l'ensemble des consultations.

Il faut ajouter à ces diagnostics la souffrance psychique dont les facteurs associés ont également été testés.

Tableau 40 : Principaux diagnostics posés lors des consultations

Diagnostiques	Fréquence %
Dermatologie	12,0
Ostéoarticulaire	11,5
ORL	11,0
Gastro-entérologie	9,7
Cardio-vasculaire	8,9
Gynéco-obstétrique	8,1
Psychiatrie	6,0

L'analyse s'est déroulée en **deux parties** :

La première a concerné l'ensemble des consultants (français et étrangers).

Le nombre de variables introduites dans les modèles a varié selon les diagnostics :

- pathologies ostéoarticulaires, gastro-entérologiques et cardiovasculaires : âge, sexe et nationalité.
- pathologies ORL et dermatologiques : âge, sexe, nationalité et situation au regard du logement.
- consultations pour motif gynécologique : âge, nationalité, logement, lien social et droits à la couverture maladie.
- pathologies psychiatriques et souffrance psychique : âge, sexe, nationalité, logement et droits à la couverture maladie.

La seconde partie de l'analyse n'a concerné que les patients étrangers afin de tester les relations entre l'état de santé psychique (troubles psychiatriques et souffrance psychique) et le fait d'être ou non demandeur d'asile.

Les variables « explicatives » utilisées dans les modèles sont les suivantes :

Sexe : masculin / féminin

Age : moins de 25 ans / 25-49 ans / 50 ans et plus

Nationalité : étranger / français

Logement : fixe / précaire / sans logement

Droits à la couverture maladie : non ouverts / ouverts

Lien social (vit avec...) : famille ou amis / en couple (avec ou sans enfant) / seul (avec ou sans enfant)

Demandeur d'asile : non / oui

Par souci de concision, seul le premier tableau de résultats concernant les facteurs associés aux diagnostics dermatologiques sera présenté,

les résultats suivants seront sous forme de commentaires et de graphiques. Lorsqu'un odds ratio est cité dans les résultats, cela signifie qu'il est significatif au seuil de 5%.

> 5.1. Résultats pour l'ensemble des consultants

Pathologie dermatologique

Comme on peut le constater dans le tableau 41, le sexe, l'âge, et la nationalité sont significativement associés à la pathologie dermatologique.

Ainsi, les consultations au cours desquelles un diagnostic de pathologie dermatologique a été posé concernent plus fréquemment des patients français de sexe masculin, la classe d'âge la moins concernée étant les 50 ans et plus.

La fréquence des consultations pour pathologies dermatologiques varie également selon la situation vis à vis du domicile : **on retrouve en effet une proportion plus importante de patients sans domicile parmi les personnes consultant pour un problème dermatologique**, différence non observée chez les personnes ayant un domicile précaire.

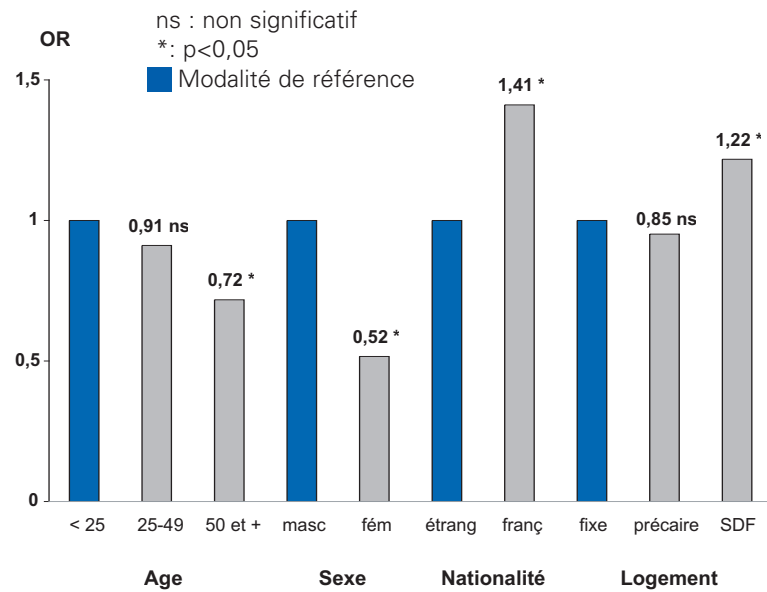
Tableau 41 : Facteurs associés au diagnostic de pathologie dermatologique

Variables	OR ⁽¹⁾ brut [IC ⁽²⁾ 95%]	OR ajusté [IC 95%]
Sexe		
Hommes*	1	
femmes	0,49 [0,43 – 0,55]	0,52 [0,46 – 0,59]
Age		
≤ 24*	1	
25-49	1,01 [0,88 – 1,16]	0,91 [0,80 – 1,05]
≥ 50	0,67 [0,55 – 0,80]	0,72 [0,60 – 0,87]
Nationalité		
étranger*	1	
français	1,57 [1,36 – 1,82]	1,41 [1,22 – 1,64]
Logement		
fixe*	1	
précaire	0,86 [0,73 – 1,01]	0,85 [0,73 – 0,97]
sans logement	1,28 [1,08 – 1,52]	1,22 [1,05 – 1,41]

(Tableau précédent) (1) : Odds ratio (2) : intervalle de confiance * : classe de référence

Lecture du tableau : la probabilité qu'un diagnostic dermatologique soit posé est diminuée de 48% chez les femmes par rapport aux hommes et de 28% chez les 50 ans et plus par rapport aux patients plus jeunes. Cette probabilité est en revanche augmentée de 41% chez les patients français par rapport aux patients étrangers et de 22% chez les personnes sans domicile par rapport à celles qui ont un domicile fixe ou précaire.

Graphique 7 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie dermatologique

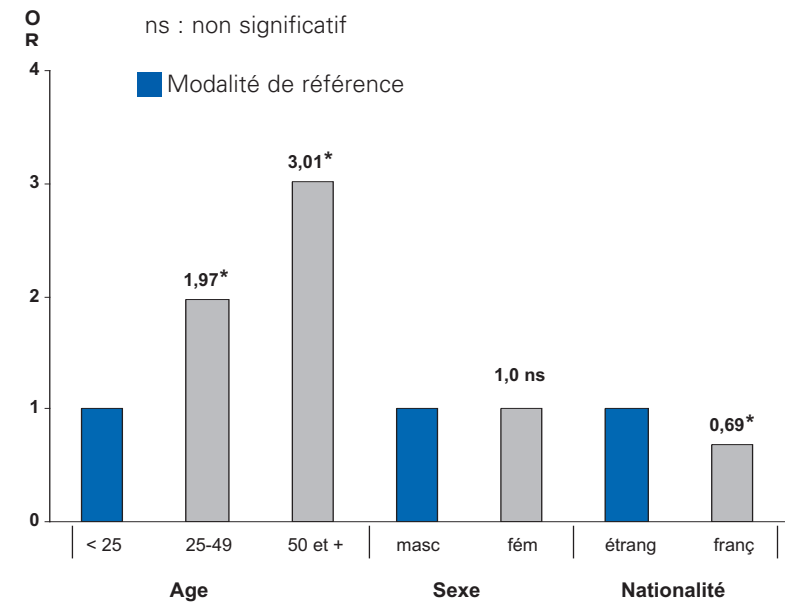


Pathologie ostéoarticulaire

Au terme de la modélisation, il apparaît que la pathologie ostéoarticulaire concerne plus fréquemment les patients de nationalité étrangère (OR=1,4), et ce, quel que soit le sexe.

De façon logique, l'âge est une variable fortement associée : l'OR est de 2, chez les 25-49 ans et de 3 chez les 50 ans et plus (la classe d'âge de référence est les moins de 25 ans).

Graphique 8 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie ostéoarticulaire

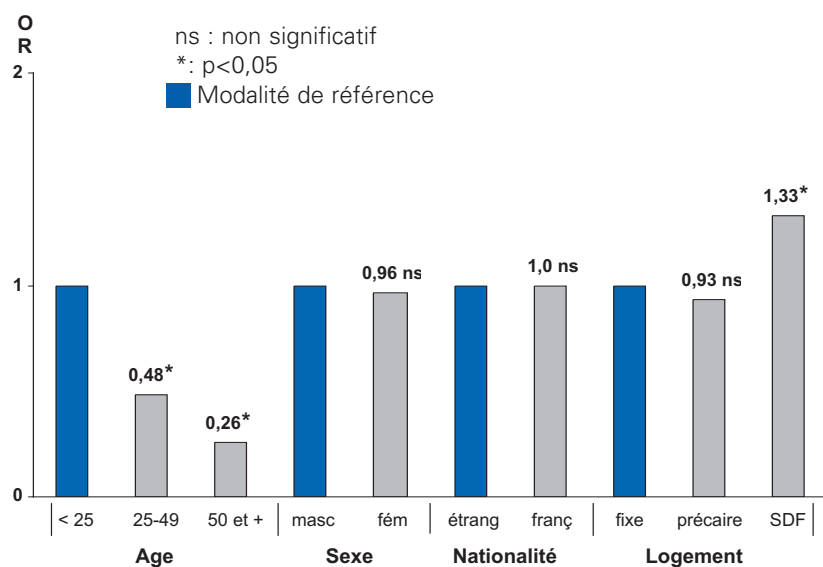


Pathologie ORL

La fréquence des diagnostics de pathologie ORL ne varie pas significativement selon le sexe ou la nationalité, en revanche et comme nous le verrons dans les « fiches population », ce sont dans les **tranches d'âge les plus jeunes** que ces diagnostics sont le plus fréquemment posés (OR=0,48 chez les 25-49 ans et 0,26 chez les 50 ans et plus).

On observe également une **surreprésentation des patients sans logement** dans les consultations au cours desquelles un diagnostic ORL a été posé (OR=1,33), différence non observée pour les patients en domicile précaire.

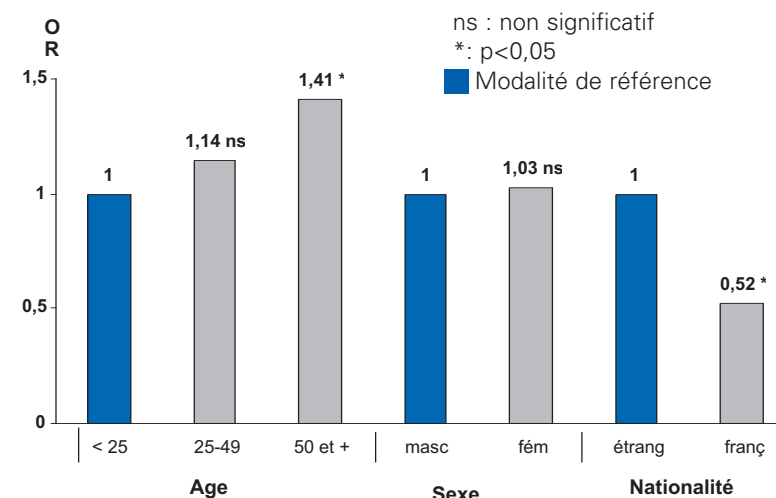
Graphique 9 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie ORL



Pathologie gastro-entérologique

Contrairement au sexe qui n'est pas un facteur associé à cette pathologie, ce sont les patients de **nationalité étrangère** (OR=1,9) et les **personnes de 50 ans et plus** (OR=1,41) chez qui les problèmes gastro-entérologiques sont les plus fréquents.

Graphique 10 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie gastro-entérologique



Pathologie cardiovasculaire

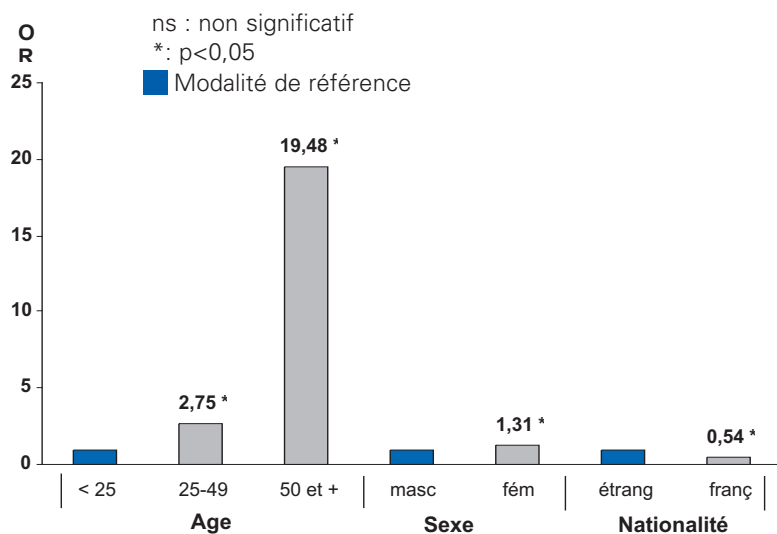
L'analyse bivariée met en évidence une **fréquence élevée** des consultations pour motif cardiovasculaire **chez les femmes** (10,5% vs 6,9% chez les hommes).

A nationalité et âge contrôlés, cette différence persiste (OR femmes=1,31 par rapport aux hommes).

On constate par ailleurs que **les patients étrangers sont également plus fréquemment concernés** que les patients français par ces pathologies (OR=1,80).

Enfin et de façon logique, la fréquence des consultations pour motif cardiovasculaire augmente très fortement avec l'âge (OR=2,75 chez les 25-49 ans et 19,48 chez les 50 ans et plus).

Graphique 11 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie cardiovasculaire



Consultations pour motifs gynécologiques/obstétriques

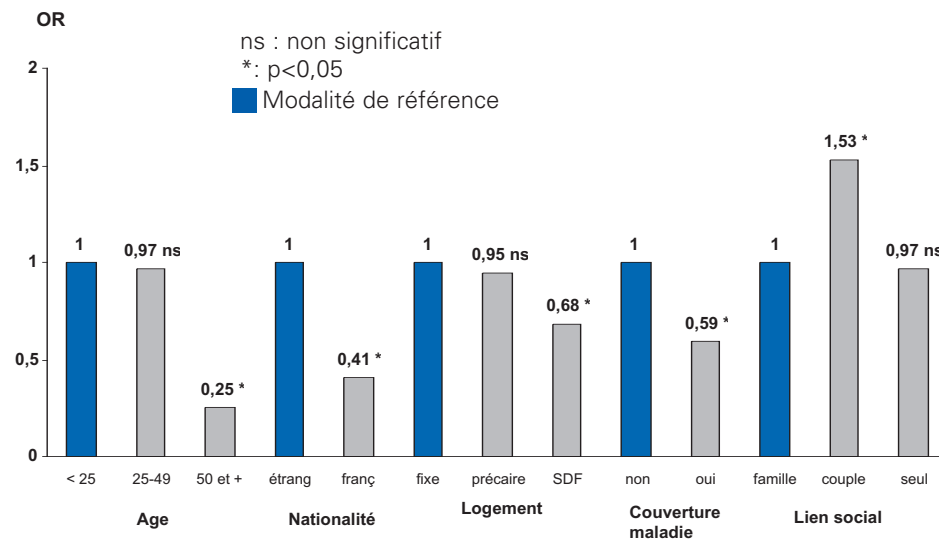
Cette partie ne concerne bien évidemment que les femmes.

Au terme de cette analyse, on constate bien sûr que ce sont les patientes les plus jeunes qui sont concernées par ces consultations, on ne retrouve toutefois pas de différence entre les patientes de moins de 25 ans et les 25-49 ans.

Les résultats mettent également en évidence un lien relativement fort entre le fait de consulter pour un motif d'ordre gynécologique et d'être **de nationalité étrangère** (OR=2,42).

Il s'agit d'autre part de patientes vivant plus fréquemment dans un logement fixe ou précaire (OR=1,47), la part des sans domicile étant moins élevée parmi ces patientes ; enfin ces patientes vivent plus souvent en couple (OR=1,52) et sont également plus fréquemment **sans couverture maladie** (OR=1,70).

Graphique 12 : Facteurs associés (et Odds ratio) aux consultations pour motif gynécologique/obstétrique



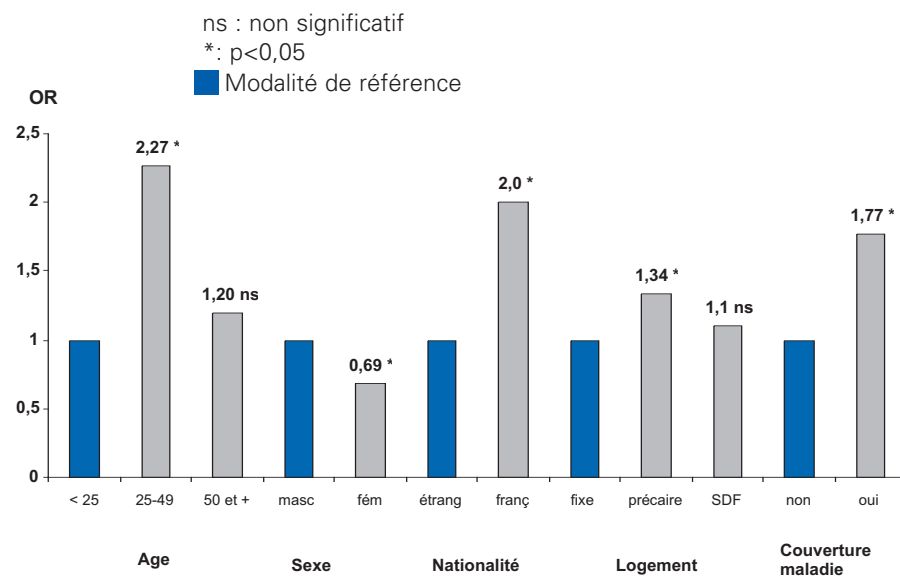
Pathologie psychiatrique

Nous verrons que l'analyse par population met en évidence la fréquence élevée des diagnostics de troubles psychiatriques chez les jeunes patientes de 13-17 ans (16,8% vs 5,2% chez les femmes plus âgées et 5,2% pour les garçons de 13-17 ans) ainsi que **chez les patients de nationalité française** (13,8% vs 8,6% pour les patients étrangers).

Au terme de la modélisation, les variables liées à la pathologie psychiatrique sont la nationalité française (OR=2), la tranche d'âge des 25-49 ans (OR=2,27), le sexe masculin (OR=1,44) et le fait d'habiter un logement précaire (OR=1,34).

On compte enfin plus de patients ayant des droits ouverts à la couverture maladie parmi les personnes présentant des troubles psychiatriques (OR=1,77).

Graphique 13 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie psychiatrique



Souffrance psychique

La fréquence de la souffrance psychique est notablement plus élevée chez les patients de nationalité française et ce quel que soit le sexe. Les résultats de l'analyse multivariée convergent dans ce sens : ils indiquent en effet que la souffrance psychique n'est pas significativement

liée au sexe mais qu'en revanche elle se manifeste plus fréquemment chez des patients français (OR=1,20).

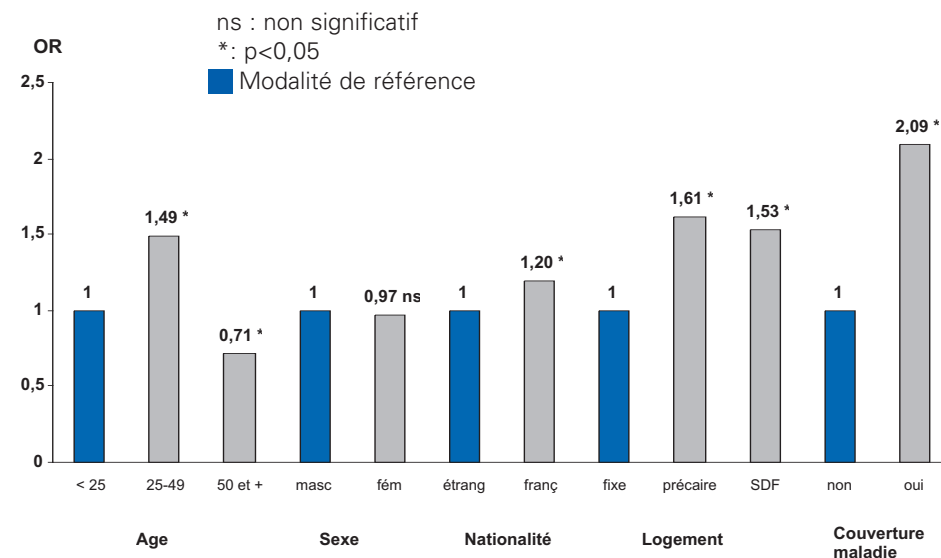
L'âge est également une variable liée : la souffrance psychique est majorée chez les 25-49 ans (OR=1,49) et au contraire moins fréquente chez les 50 ans et plus (OR=0,71) (la classe d'âge de référence est les moins de 25 ans).

La situation par rapport au logement enfin, ainsi que l'état des droits à la couverture maladie varient parmi les patients en souffrance qui sont plus fréquemment sans logement (OR=1,53) ou en logement précaire (OR=1,61) et qui ont plus souvent des droits ouverts à la couverture maladie (OR=2,10).

Ces résultats concordent avec ceux présentés dans le rapport 2002 de Médecins du Monde²⁵, ainsi qu'avec ceux de l'enquête du CREDES²⁶ menée auprès des consultants de centres de soins gratuits, où les patients étrangers consultaient plus fréquemment pour des pathologies ostéoarticulaires ou gastro-entérologiques alors que les patients français présentaient plus souvent des signes évocateurs d'une souffrance psychique.

L'une des hypothèses pour expliquer ces disparités, évoquée notamment dans l'enquête du CREDES, est l'effet de sélection lié à l'immigration : on peut penser en effet que les étrangers souffrant de troubles psychiques sont moins susceptibles de quitter leur pays.

Graphique 14 : Facteurs associés (et Odds ratio) à la souffrance psychique



> 5.2. Résultats pour les patients étrangers

Les variables introduites dans les modèles sont l'âge, le sexe, la qualité du logement, l'état des droits à la couverture maladie et la qualité de demandeur d'asile.

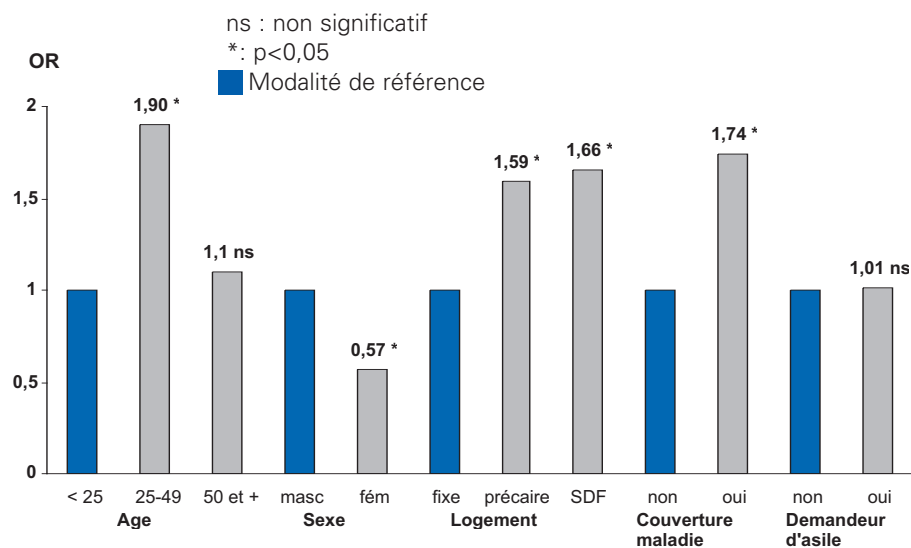
Pathologie psychiatrique

La fréquence des troubles psychiatriques est majorée chez les patients de sexe masculin (OR=1,76) ainsi que parmi les 25-49 ans (OR=1,90).

On compte plus souvent, parmi les patients présentant des troubles psychiatriques, des personnes en logement précaire (OR=1,59) ou sans logement (OR=1,66), ainsi que des patients ayant des droits ouverts à la couverture maladie (OR=1,74).

En revanche, la fréquence des pathologies psychiatriques ne varie pas significativement chez les demandeurs d'asile.

Graphique 15 : Facteurs associés (et Odds ratio) au diagnostic de pathologie psychiatrique chez les patients étrangers



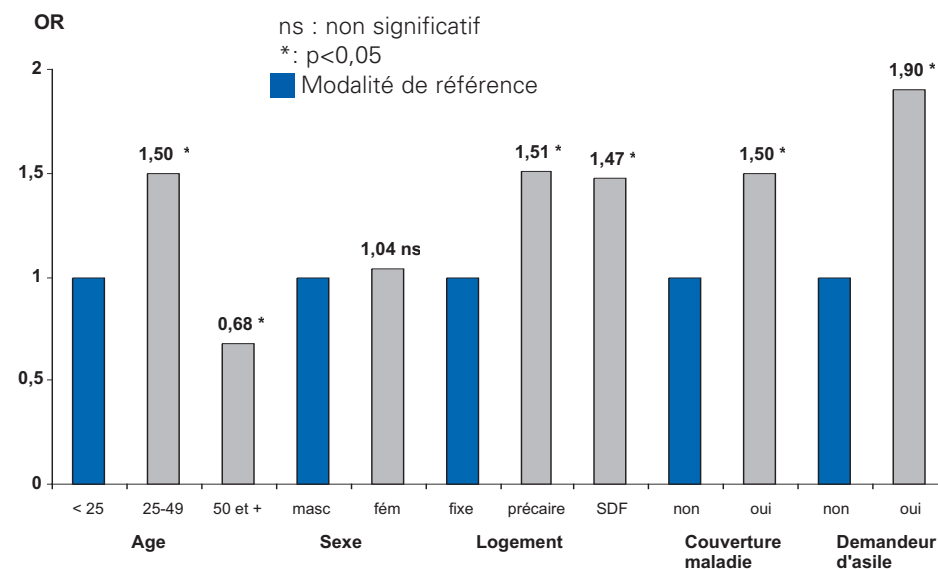
Souffrance psychique

Le profil des patients chez qui a été évoquée une souffrance psychique diffère sensiblement de ceux présentant des troubles psychiatriques.

On ne retrouve pas en effet de différence significative selon le sexe, en revanche, ces personnes en souffrance sont plus fréquemment demandeurs d'asile (OR=1,90), en situation précaire au regard du logement (logement précaire : OR=1,51 ; SDF : OR=1,47) et avec des droits ouverts à la couverture maladie (OR=1,50).

La classe d'âge des 25-49 ans est plus souvent concernée (OR=1,50), alors que la souffrance psychique est significativement moins fréquente chez les 50 ans et plus (OR=0,68).

Graphique 16 : Facteurs associés (et Odds ratio) à la souffrance psychique chez les patients étrangers



6. Analyse par types de populations

Le troisième volet de ce travail a pour but de mettre en évidence les principales caractéristiques de certaines populations fréquentant les centres de Médecins du Monde.

Les populations concernées sont les suivantes :

- les femmes ;
- les jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans ;
- les sans papiers ;
- les demandeurs d'asile ;
- les sans domicile ;
- les français ;
- les jeunes de 16-24 ans ;
- les mineurs.

Le tableau 42 page suivante détaille la proportion par centre de ces différents groupes de populations.

Aix-en-Provence, Ajaccio et Montpellier ont une population largement masculine, au dessus de 70%.

Par contre, Nantes, Angers et Gennevilliers reçoivent la plus forte proportion de femmes.

Valenciennes reçoit davantage de patients français. Aix-en-Provence reçoit autant de patients français qu'étrangers.

Gennevilliers, Le Havre, Paris et Strasbourg comptent la plus grande proportion d'étrangers reçus : plus de 90%.

C'est à Valenciennes, Nancy et Rouen que nous observons la plus forte proportion de jeunes de 16 à 25 ans.

Angers, Lyon et Pau reçoivent une part importante de mineurs dans leur centre.

C'est à Aix-en-Provence, Ajaccio et Toulouse que les SDF sont proportionnellement les plus nombreux.

Nous voyons ainsi se dégager des tendances très diverses : des hommes français et SDF à Aix-en-Provence, mais des étrangers, souvent des femmes et tous logés à Gennevilliers.

C'est en observant la diversité des populations reçues dans les différents centres d'accueil, de soins et d'orientation de la Mission France que s'établit toute la valeur de son témoignage.

Centres	Sexe		Nationalité		Adolescentes (13-17 ans) (parmi les patientes)	Jeunes (16-24 ans)	Mineurs	Sans papiers (parmi les étrangers)	Demandeurs d'asile (parmi les étrangers)	Sans domicile
	Hommes	Femmes	Français	Etrangers						
Aix-en-Provence	74,2	25,8	50,8	49,2	2,1	17,0	3,3	17,1	18,8	47,2
Ajaccio	78,1	21,9	40,0	60,0	0,0	13,1	8,4	0,0	0,0	41,0
Angers	51,1	48,9	11,2	88,8	3,6	14,3	20,0	16,1	61,3	31,8
Besançon	62,4	37,6	37,4	62,6	2,3	17,4	10,4	21,0	7,5	6,8
Bordeaux	61,6	38,4	15,4	84,6	2,6	19,2	3,4	57,5	16,8	28,8
Gennevilliers	53,9	46,1	1,3	98,7	3,1	18,0	6,5	75,0	5,8	7,0
Grenoble	59,2	40,8	24,1	75,9	3,0	19,7	11,5	28,8	33,4	27,9
Le Havre	55,2	44,8	9,2	90,8	4,8	19,5	14,6	34,3	38,4	13,1
Lyon	53,0	47,0	12,6	87,4	4,1	18,4	18,6	19,9	48,8	25,0
Marseille	62,0	38,0	15,6	84,4	2,2	14,1	8,5	32,2	29,5	17,1
Montpellier	73,6	26,4	33,4	66,6	1,4	21,0	10,1	46,3	25,0	30,8
Nancy	55,2	44,8	29,0	71,0	5,3	24,8	13,8	15,7	17,7	9,7
Nantes	50,5	49,5	15,5	84,5	2,6	21,5	6,1	13,1	32,0	17,8
Nice	55,9	44,1	12,2	87,8	3,9	17,6	13,1	46,9	31,1	14,7
Paris	60,1	39,9	7,7	92,3	3,1	14,8	4,1	59,2	14,9	16,9
Pau	57,7	42,3	42,3	57,7	5,0	16,5	14,9	22,8	44,6	29,0
Rouen	61,1	38,9	20,9	79,1	2,7	23,1	11,7	31,3	35,2	20,7
Strasbourg	62,2	37,8	10,0	90,0	4,1	16,8	9,8	33,4	44,4	24,9
Toulouse	64,1	35,9	25,3	74,7	1,5	14,0	4,5	30,1	42,4	37,3
Valenciennes	68,4	31,6	66,4	33,6	4,2	28,1	10,3	12,5	50,0	30,5

> Les femmes

Tableau 43 : Evolution de la proportion de femmes entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Femmes	39,2	39,8	40,9

Caractéristiques socio-démographiques

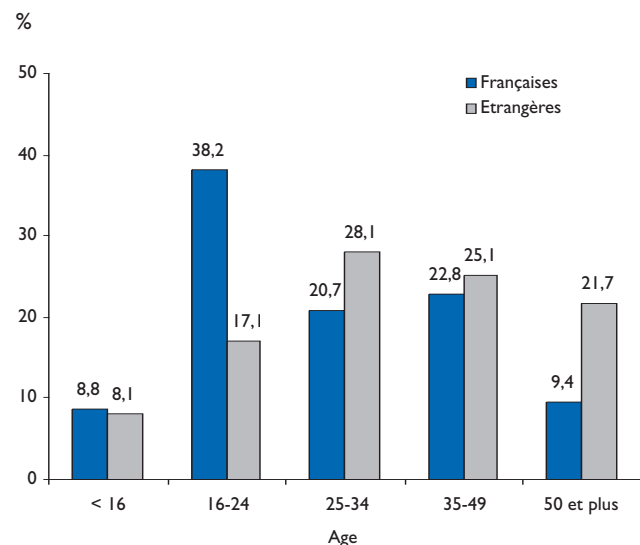
Les femmes représentent 40,9% (n=7 664) des patients de Médecins du Monde en 2003.

Leur moyenne d'âge est de 35 ans, plus élevée que chez les hommes (33,7 ans).

La moyenne d'âge parmi les femmes varie sensiblement selon la nationalité, les patientes françaises étant plus jeunes que les patientes étrangères (29,4 ans vs 35,8).

Les patientes françaises sont en effet deux fois plus représentées parmi les 16-24 ans que les patientes étrangères, qui en revanche sont près de 22% à être âgées de 50 ans et plus (graphique 17).

Graphique 17 : Répartition par âge des patientes françaises et étrangères



88,5% des patientes sont de nationalité étrangère (hommes : 83,6% p<0,001).

Les nationalités les plus représentées parmi les patientes sont, comme nous l'avions vu en début de rapport, l'Algérie (16,3% des femmes), la France (11,5%), le Maroc (10%), la Roumanie (7,3%) et le Cameroun (7,7%).

Les patientes étrangères résident en France depuis moins longtemps que les hommes (1,2 an vs 2,5 ans).

Les femmes sont plus nombreuses à avoir un logement fixe (52,7% vs 39,9% pour les hommes), néanmoins **près de 12% d'entre elles sont sans domicile** (hommes : 24,9%).

Elles vivent le plus souvent en famille ou avec des amis (43,3%), contrairement aux hommes qui en majorité vivent seuls (54%).

Près de 9% d'entre elles vivent seules avec un (ou des) enfant(s), situation beaucoup plus rare pour les hommes (1,5%).

Dans leur très grande majorité, les femmes sont sans emploi, ceci plus fréquemment que les hommes (83,5% vs 76,8%) ; 1,7% d'entre elles seulement occupent un emploi stable et près de 11% un travail non déclaré (hommes : 15,7%).

Plus de 9 femmes sur 10 enfin déclarent ne disposer d'aucune ressource (hommes : 87,3%).

Comme pour l'ensemble des autres patients, les femmes en très grande majorité (83%) s'adressent à Médecins du Monde pour consulter un médecin, mais aussi pour rencontrer un travailleurs social (20% des femmes vs 17,6% des hommes p<0,01).

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Plus de 98% des femmes étrangères sont originaires d'un pays qui n'appartient pas à l'Union Européenne et parmi elles, 23% sont engagées dans une procédure de demande d'asile (Hommes : 27,3% p<0,001).

Les femmes, sur le plan de l'accès aux droits, sont en position encore plus défavorable que les hommes : **en effet près de 79% de celles qui devraient bénéficier d'une couverture maladie au regard de leur statut n'ont pas de droits ouverts** (hommes : 75% p<0,001).

Lorsque l'on analyse l'état des droits à la couverture maladie selon le sexe et la nationalité (tableau 44), on peut constater que les disparités de l'accès aux droits entre les hommes et les femmes

concernent essentiellement les patients de nationalité française, les étrangers étant aussi mal couverts quel que soit le sexe.

Tableau 44 : Etat des droits à la couverture maladie selon la nationalité et le sexe

	Droits ouverts		Droits non ouverts		p
	n	%	n	%	
Français					
hommes	862	61,0	552	39,0	**
femmes	344	53,3	301	46,7	**
Etrangers					
hommes	1 022	16,7	5 114	83,3	ns
femmes	690	16,3	3 544	83,7	ns

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

La situation des femmes étrangères au regard de leurs droits évolue favorablement en fonction de leur durée de résidence en France, mais de façon toute relative (tableau 45).

Ainsi, si la proportion de femmes sans couverture maladie diminue au fil du temps, elles sont tout de même encore plus de la moitié à ne bénéficier d'aucune couverture après 10 ans passés en France...

Tableau 45 : Etat des droits à la couverture maladie des femmes étrangères selon leur durée de séjour en France

	Droits ouverts		p
	n	%	
Durée de séjour en France :			
moins de 1 an	241	9,6	***
1 an à moins de 3 ans	216	21,9	***
3 ans à moins de 10 ans	124	25,0	***
10 ans et plus	75	48,4	***

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

Les obstacles principaux à l'accès aux droits cités par les femmes sont en premier lieu la méconnaissance des droits et des dispositifs existants (33,9%) et les difficultés financières (32,4%). Les réponses ne varient pas significativement selon le sexe.

Les femmes étrangères en revanche avancent plus fréquemment la méconnaissance des droits que les femmes françaises (31% vs 17%), alors que pour ces dernières le frein financier est majeur (cité par 44,8% des françaises vs 30,9% des étrangères).

L'un des obstacles importants est également la nécessité d'une domiciliation, domiciliation qui fait défaut à 56,2% des femmes qui en ont besoin (vs 61,1% des hommes / ns).

Diagnostiques médicaux et comportements de santé

Vaccinations et statuts sérologiques

Sur le plan de la couverture vaccinale, on ne retrouve pas de différence significative selon le sexe.

Cette différence se retrouve en revanche entre les patientes françaises et étrangères : **34% des françaises sont à jour de leurs vaccinations vs 16,3% des étrangères** (p<0,001).

Ce qui renforce la nécessité absolue pour les acteurs de la Mission France mais également pour l'ensemble des acteurs socio-sanitaires de se préoccuper particulièrement des vaccinations.

Les taux de dépistage du VIH, VHB et VHC chez les femmes sont très faibles, (entre 9 et 12%), plus bas encore que ceux relevés chez les hommes²⁷.

Il est à noter que les taux de dépistage des femmes françaises, même faibles (environ 24%), sont trois fois plus élevés que ceux des femmes étrangères.

On observe néanmoins chez ces dernières une augmentation régulière de la fréquence des dépistages en fonction de leur durée de résidence en France, dépistages qui rejoignent les niveaux observés chez les femmes françaises, au-delà de 10 ans de séjour.

Les résultats des sérologies sont sensiblement plus péjoratifs pour les hommes que pour les femmes, bien qu'une différence statistiquement significative ne soit observée que pour la séropositivité à l'hépatite C (hommes : 10,7% - femmes : 3,3%).

Les dépendances aux substances psychoactives

Nous avons déjà mis en évidence en début de rapport, qu'à l'exception des médicaments, la fréquence des consommations abusives de substances psychoactives était systématiquement majorée chez les patients de sexe masculin.

Le tableau 46 compare les fréquences de consommations chez les femmes selon leur nationalité.

On observe, notamment pour le tabac et le cannabis, une surconsommation des femmes françaises par rapport aux femmes de nationalité étrangère, particularité qui peut s'expliquer au moins en partie par la moyenne d'âge plus faible chez les patientes françaises.

Tableau 46 : Consommation abusive de substances psychoactives chez les patientes selon la nationalité

Problème d'abus répété ou d'addiction	Françaises		Etrangères		p
	n	%	n	%	
Alcool	19	9,7	26	1,6	***
Tabac (plus de 10 cig/jr)	88	44,0	100	6,0	***
Médicaments (prise abusive, consommation chronique)	12	6,6	47	3,0	**
Cannabis	24	12,7	5	0,3	***
Autres produits (amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...)	8	4,3	0	—	***

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

Diagnostics médicaux

Plus de 2 consultations sur 10 concernant des femmes sont en rapport avec un problème gynécologique, viennent ensuite les diagnostics ostéoarticulaires (12,2%), ORL (10,8%), cardio-vasculaires (10,5%) et gastro-entérologiques (10,4%).

Des différences selon le sexe peuvent être observées : ainsi, les femmes consultent moins souvent que les hommes pour la dermatologie (6,4% vs 12,3%), les problèmes dentaires/stomatologie (2,2% vs 4,0%) et la traumatologie (1,1% vs 3,1%).

En revanche, les pathologies cardiovasculaires sont moins souvent évoquées chez les hommes (6,9% vs 10,5%). Il faut toutefois rap-

porter que les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes parmi les 50 ans et plus.

Lorsque enfin on compare les diagnostics chez les femmes françaises et étrangères, de grosses disparités apparaissent.

En effet, les femmes de nationalité étrangère sont plus souvent concernées par les motifs suivants (différences significatives au seuil 0,001) :

- gynéco/obstétrique : 22,5% vs 12,4%
- gastro-entérologie : 11,3% vs 4,6%
- cardiovasculaire : 11,3% vs 4,5%

On constate en revanche que la souffrance psychique est beaucoup plus souvent évoquée chez les patientes de nationalité française (24,7% vs 13,1%), il en est de même pour les troubles psychiatriques (13,2% vs 4,4%).

10% des consultations concernant des nouvelles patientes (patientes venant pour la première fois) ont révélé un retard de recours aux soins et dans plus de 12% des cas des soins urgents s'imposaient nécessitant une ouverture immédiate des droits (on ne retrouve pas sur ces questions de différence significative entre les hommes et les femmes ni entre les françaises et les étrangères).

> Les jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans

Tableau 47 : Evolution de la proportion de jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans parmi les femmes entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
Jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans	3,2	2,4	3,2

% calculé sur l'ensemble des patientes

Caractéristiques socio-démographiques

246 adolescentes âgées de 13 à 17 ans sont venues consulter à Médecins du Monde en 2003, représentant **3,2% de l'ensemble des patientes**.

Cette proportion est légèrement supérieure à celle que l'on observe chez les patients de sexe masculin où les garçons de 13-17 ans représentent 2,6% des consultants.

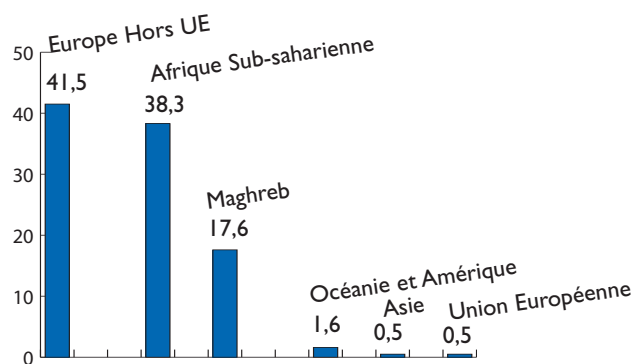
Parmi ces jeunes filles, 13,2% sont des mineures isolées (25,6% des garçons de la même tranche d'âge $p < 0,01$).

Près de 18% de ces adolescentes sont françaises (11,2% pour les femmes plus âgées $p < 0,01$).

Les adolescentes de nationalité étrangère sont originaires pour l'essentiel d'Europe hors UE (41,5%), d'Afrique sub-saharienne (38,3%) et du Maghreb (17,6%) (Graphique 18).

Les patientes plus âgées sont deux fois moins souvent originaires d'Europe hors UE (22,8%) mais beaucoup plus souvent en provenance du Maghreb (32,8%).

Graphique 18 : Répartition des jeunes patientes âgées de 13 à 17 ans selon le groupe continental (%)



Les adolescentes étrangères résident en France depuis moins longtemps que les autres patientes étrangères plus âgées (0,6 ans vs 1,3 ans).

Environ la moitié des jeunes filles de 13-17 ans déclarent habiter dans un logement fixe et 35% dans un logement précaire, alors que **15% d'entre elles vivent à la rue**. La situation des femmes plus âgées au regard du logement est sensiblement identique mais avec une proportion légèrement plus faible de sans domicile (11,2% ns).

Les adolescentes, en majorité, vivent avec de la famille ou des amis (67,3% vs 39,2% des femmes plus âgées), 5% en couple sans enfant, 5% en couple avec enfant(s) **et 23% seules**.

Aucune des adolescentes de 16 ans ou plus n'a de ressources déclarables, elles sont toutefois environ 5% (parmi les 13-17 ans) à avoir des

revenus non déclarables mais ceci moins fréquemment que les garçons du même âge (14%).

Les jeunes filles de 13-17 ans, plus souvent que leurs aînées, **s'adressent à Médecins du Monde pour consulter un médecin** (91% vs 81,6%), elles sont également beaucoup plus fréquemment adressées par l'intermédiaire d'une association (23,1% vs 12,8%).

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

29% des adolescentes de nationalité étrangère ont déposé une demande d'asile politique ou territorial, cette proportion est de 21,4% chez les autres étrangères plus âgées (non significatif) et de 34,9% pour les garçons du même âge (non significatif)

La proportion de jeunes filles couvertes au titre de la CMU ou de l'AME est médiocre : seules 10,2% d'entre elles bénéficient d'une couverture maladie, encore moins fréquemment que leurs aînées (18,4%).

Ce sont donc près de 90% des adolescentes de 13-17 ans qui ne bénéficient d'aucun accès aux soins.

Il s'agit pour la plupart (90%) de jeunes filles de nationalité étrangère présentes sur le sol français depuis moins d'un an.

La situation des garçons de 13-17 ans, dont 10,6% sont couverts, est comparable à celle des adolescentes.

Comme pour l'ensemble des patients de Médecins du Monde, les obstacles principaux à l'accès aux droits avancés par les adolescentes sont les difficultés financières (31%), la méconnaissance des droits et des structures (29%), mais aussi la barrière linguistique qui est citée deux fois plus souvent par les adolescentes que par les femmes plus âgées (18% vs 8,4%).

Diagnostics médicaux et comportements de santé

60% des consultations médicales concernant des adolescentes se répartissent autour de quatre types de diagnostics : ORL (17,8%), **psychiatrie** (16,8%), **gynécologie/obstétrique** (14,2%) et gastro-entérologie (11,2%).

Les femmes plus âgées consultent plus fréquemment pour un motif gynécologique (23,1%) mais moins souvent pour une pathologie ORL (8,5%).

Mais l'élément le plus marquant concernant les diagnostics médicaux est la fréquence élevée des recours pour motif psychiatrique des adolescentes par rapport à leurs aînées (16,8% vs 5,2% $p < 0,001$), ainsi que par rapport aux garçons de 13-17 ans (16,8% vs 5,2% $p < 0,001$).

> Les sans papiers

Tableau 48 : Evolution de la proportion de sans papiers parmi les étrangers (hors UE) entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Sans papiers	44,2	46,6	47,3

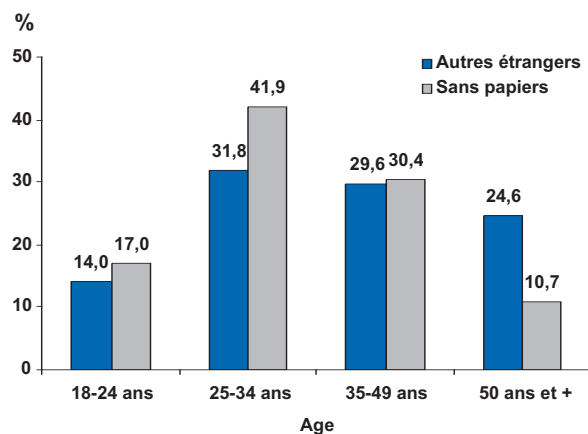
Caractéristiques socio-démographiques

En 2003, 6 086 patients²⁸ de Médecins du Monde, soit **47,3% des patients étrangers** devant justifier d'un titre de séjour ne possédaient aucun titre de séjour.

On retrouve dans ce groupe d'étrangers sans papiers une proportion significativement plus élevée de patients de sexe masculin que parmi les autres étrangers (61,4% vs 54,9%).

Les sans papiers sont également plus jeunes en moyenne que les étrangers en situation régulière (34,5 ans vs 39,6 ans) (Graphique 19).

Graphique 19 : Répartition des patients par âge selon leur situation par rapport au séjour



Les patients sans titre de séjour proviennent pour l'essentiel du **Maghreb** (42% des sans papiers), **d'Afrique sub-saharienne** (30,1%) et d'un pays d'**Europe hors UE** (21,7%).

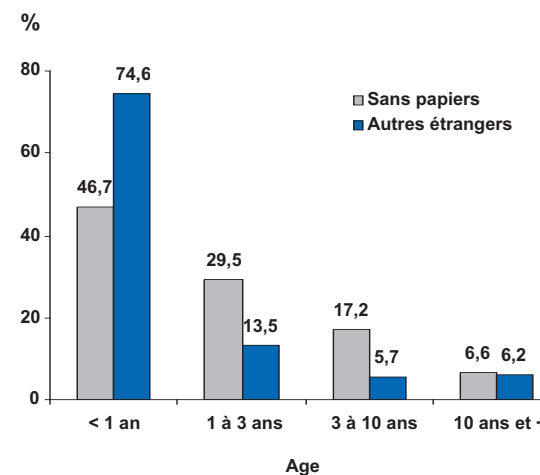
Les nationalités les plus représentées parmi les sans papiers sont le **Maroc** (19,2%), **l'Algérie** (16,9%), **la Roumanie** (8%) et **le Cameroun** (7,2%). Nous relevons que 3 pays sur 4 sont des anciennes colonies françaises.

Près de 43% des femmes sans papiers sont originaires d'Afrique sub-saharienne, contrairement aux hommes qui proviennent, pour plus de la moitié, du Maghreb.

Les étrangers sans titre de séjour résident en France en moyenne depuis plus longtemps que les autres patients étrangers (2,3 ans vs 1,9 ans).

Près du quart d'entre eux se trouvent en France depuis plus de trois ans (Graphique 20).

Graphique 20 : Répartition des patients étrangers selon leur situation au regard du séjour et le nombre d'années passées en France



Environ **16% des patients sans titre de séjour vivent à la rue**, en proportion identique que les autres étrangers (16,5%), ils vivent en revanche plus fréquemment dans un logement précaire que les étrangers en situation régulière (43,1% vs 33,2%).

La solitude est également plus fréquente parmi ces patients qui sont 47,4% à déclarer vivre seuls (vs 36,2% des autres étrangers).

Aucun étranger sans papiers ne peut occuper un travail déclaré, ce qui contraint une partie d'entre eux à exercer une activité non déclarée (24%).

La précarité financière comme nous l'avons vu, est généralisée parmi les patients de Médecins du Monde, mais de façon encore plus prononcée parmi les étrangers sans papiers qui sont près de 97% à ne disposer d'aucune ressource (vs 91% des étrangers en situation régulière).

Concernant enfin les motifs de recours et le mode de contact à Médecins du Monde, on ne relève pas de variation importante entre les étrangers sans papiers et les autres étrangers si ce n'est que les sans papiers se présentent plus souvent spontanément que les étrangers en situation régulière (72,2% vs 64,3%).

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Les étrangers résidant en France sans titre de séjour relèvent tous théoriquement de l'AME, or **seuls 11% d'entre eux ont des droits ouverts à la couverture maladie** au moment de leur première visite à Médecins du Monde, proportion nettement plus faible que celle des autres étrangers (21%).

Les sans papiers citent en majorité (52,9%) **la méconnaissance des droits et des structures** comme obstacle à l'accès aux soins, il est révélateur également de constater que 4% d'entre eux citent la peur de la dénonciation.

Cette méconnaissance des dispositifs existants peut paraître étonnante compte tenu que plus de la moitié des sans papiers séjournent en France depuis au moins un an, mais peut éventuellement s'expliquer par le fait que ces personnes en situation irrégulière éprouvent certaines réticences à utiliser ces dispositifs ou à s'adresser à une institution.

L'un des obstacles récurrents à l'accès aux droits est également la **nécessité d'une domiciliation dont 63% des sans papiers qui en ont besoin sont dépourvus**.

Contrairement au discours tenu au parlement à l'occasion du singulier rétrécissement de l'AME, nous constatons que les étrangers sans papiers, que nous recevons dans nos centres, devant relever du dispositif AME :

- **ne connaissent pas le dispositif leur permettant d'accéder aux soins,**

- **n'ont aucune ressource financière,**
- **et n'accèdent pas à la première marche administrative, qu'est la domiciliation, pour pouvoir bénéficier de l'AME.**

Diagnostics médicaux et comportements de santé

La couverture vaccinale ainsi que les taux de dépistages des hépatites et du VIH sont sensiblement meilleurs chez les étrangers sans titre de séjour que parmi les autres patients étrangers (12 à 16% des sans papiers connaissent leurs statuts sérologiques contre 6 à 8% des autres étrangers). Ces différences peuvent probablement s'expliquer par la durée de séjour en France des sans papiers qui est plus élevée. En effet, les taux de dépistages sont sensiblement identiques lorsqu'on les compare à durée de séjour égale.

Les problèmes de santé des sans papiers recouvrent partiellement ceux des autres patients étrangers : pathologies ostéoarticulaires (13,8% des consultations), gastro-entérologiques (11,5%), et dermatologiques (9%).

Toutefois, les consultations pour motif gynécologique concernent plus fréquemment les étrangères sans titre de séjour que les autres patientes étrangères (28,6% vs 22,3%).

Il est également à noter que le recours aux soins des étrangers sans papiers est significativement plus tardif que parmi les autres étrangers : dans plus de 15% des consultations concernant un sans papier, un retard de recours aux soins a été constaté (vs 10%) et **dans plus de 2 cas sur 10 des soins urgents nécessitant l'ouverture immédiate des droits se sont imposés** (vs 10%).

On constate en effet que chez les sans papiers, la nécessité d'entreprendre des soins urgents est étroitement corrélée à l'état des droits à la couverture maladie : **des soins urgents s'imposaient dans 23% des consultations lorsque les droits n'étaient pas ouverts et dans 9% des consultations lorsque la personne possédait une couverture maladie.**

Ces données prouvent bien tout l'intérêt de favoriser l'accès à l'AME au lieu de tout compliquer comme c'est la tendance actuellement. En effet, les économies de très court terme sur le coût de l'AME sont immédiatement compensées par des coûts plus importants à moyen et long terme dans les services hospitaliers, sans compter la souffrance humaine engendrée par le retard aux soins.

> Les demandeurs d'asile

La loi sur la demande d'asile a changé au 1^{er} janvier 2004. La notion d'asile territorial a disparu²⁹. Il existe maintenant deux types d'asile : l'asile conventionnel et l'asile subsidiaire et c'est l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) qui décidera de quel asile relève le demandeur.

Rappelons ici les données nationales concernant l'asile. Selon son rapport annuel 2003, l'OFPRA, a enregistré, hors mineurs accompagnants, 52 204 premières demandes en 2003 (contre 51 087 en 2002) et 2 225 demandes de réexamen (contre 1 790 en 2002). Au total, l'OFPRA a eu à traiter 54 429 dossiers, ce qui représente un accroissement de 2,9% par rapport à l'exercice antérieur. Le rapport stipule, que sans être négligeable, cet accroissement constitue néanmoins une rupture par rapport aux fortes augmentations enregistrées d'année en année depuis 1999.

Si l'on tient compte du nombre de mineurs accompagnants (7 564), c'est en réalité 59 768 dossiers que l'OFPRA a eu à traiter en 2003. Parallèlement, le taux de reconnaissance du statut de réfugié (1^{ère} demande + commission de recours des réfugiés) continue de baisser : 19,3% en 1999, 18% en 2001, 16,9% en 2002 et 14,8% en 2003, marquant, de fait, une vraie crise de l'asile en France.

Nous ne disposons pas encore des données exactes du Ministère de l'Intérieur sur les demandes d'asile territorial en 2003. Toutefois, le rapport de l'OFPRA estime à 25 000 le nombre de demandeurs d'asile territorial en 2003.

Soit un total de 85 000 personnes arrivées en France en 2003 pour demander l'asile.

Ce calcul est cependant récusé tant par les associations que par le ministère de la cohésion sociale qui souligne, dans un rapport de la Direction de la Population des Migrations³⁰, que les « *deux séries se recoupent partiellement* », certains étrangers déposant deux demandes simultanément ou successivement. C'est notamment le cas de 12,4% de personnes ayant demandé l'asile que nous avons rencontrées dans nos centres.

C'est sans compter les personnes toujours dans l'attente d'une réponse et dont la procédure est engagée depuis plusieurs années. Il s'agit d'ailleurs le plus souvent de dossiers relevant de la commission des recours, qui aurait 35 000 dossiers en attente³¹.

Tableau 49 : Evolution de la proportion de demandeurs d'asile parmi les patients étrangers (hors UE) reçus à Médecins du Monde entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
Demandeurs d'asile	30,0	28,5	27,0

Caractéristiques socio-démographiques

En 2003, **27% des étrangers reçus à Médecins du Monde sont demandeurs d'asile** soit au total 3 480 personnes.

Ces demandeurs d'asile se répartissent de la façon suivante :

- demande d'asile politique : 58,7%
- demande d'asile territorial : 28,4%
- demande d'asile politique et territorial : 12,8%

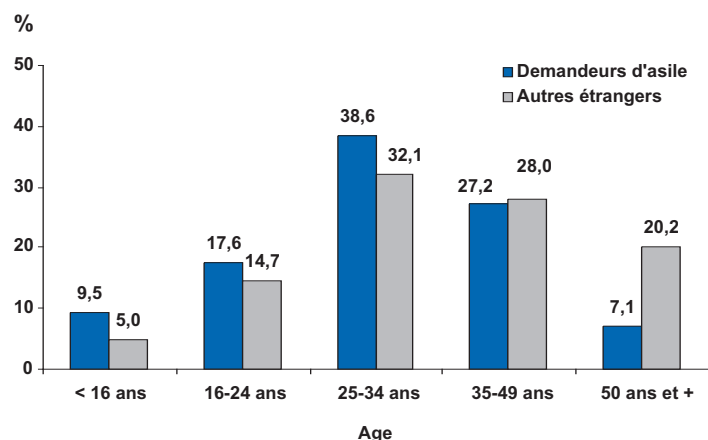
Environ 15% des demandeurs d'asile (n=520) déclarent ne pas avoir pu déposer leur demande lors de leur premier contact à Médecins du Monde.

Une des raisons principales tient à l'organisation des guichets des préfectures. Les délais pour obtenir un premier rendez-vous sont extrêmement longs (pouvant aller jusqu'à deux mois au Havre). Il faut également signaler les difficultés pour obtenir une domiciliation.

Comparativement aux autres étrangers, les patients demandeurs d'asile **sont plus fréquemment de sexe masculin** (62,4% vs 55,5%) et **en moyenne beaucoup plus jeunes** (30,8 ans vs 36,7 ans) (graphique 21).

Il faut également noter que la part des patients mineurs parmi les demandeurs d'asile est nettement plus importante que parmi les autres étrangers (11,3% vs 6,3%).

Graphique 21 : Répartition par âge des demandeurs d'asile et des autres patients étrangers



Les demandeurs d'asile proviennent pour l'essentiel d'un pays d'**Europe hors UE** (37,4% des demandeurs d'asile), du **Maghreb** (29,7%) et d'**Afrique sub-saharienne** (25,8%).

Les nationalités les plus représentées parmi les demandeurs d'asile sont l'Algérie (25,6% des demandes d'asile), la Russie dont la Tchétchénie (10,4%), la Roumanie (7,1%), le Congo-Brazzaville (5,6%) et la République Démocratique du Congo (3,8%).

Les patients demandeurs d'asile sont arrivés en France plus récemment que les autres étrangers (1 an vs 2,3 ans).

Néanmoins, plus de 11% d'entre eux déclarent être présents en France depuis au moins trois ans, témoignant de la longueur des procédures.

La situation des demandeurs d'asile au regard du logement est dégradée : plus de 43% d'entre eux vivent dans un logement précaire (vs 36% des autres étrangers) et **26,5% vivent à la rue** (vs 12,4%).

Les demandeurs d'asile lorsqu'ils ne sont pas à la rue vivent fréquemment dans un logement surpeuplé (24% vs 14,4% des autres étrangers), près de 17% d'entre eux considèrent également que le lieu où ils vivent est susceptible d'être néfaste pour leur santé.

Les demandeurs d'asile politique, qui théoriquement devraient bénéficier d'un hébergement en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) sont 42,3% à vivre dans un logement précaire et près de 30% à être à la rue...

Au 31 décembre 2003, le dispositif national comprenait 12 173 places CADA, réparties dans toute la France. Malgré l'augmentation de la capacité CADA de près de 2 000 places en 2003, cette capacité ayant d'ailleurs doublé entre 2001 et 2003³², l'offre d'hébergement reste encore insuffisante.

La saturation des dispositifs d'hébergement est un phénomène récurrent depuis plusieurs années, mais depuis quelques temps sont aussi rejetées à la rue des familles avec enfants qui dorment dehors au vu et au su de tous.

Au cours de l'été 2003, nos équipes ont été confrontées à des dizaines d'enfants à la rue avec leur famille, et ce, partout en France.

Afin de demander des solutions immédiates pour protéger ces enfants qui doivent être hébergés avec leur famille, Médecins du Monde a organisé du lundi 11 au jeudi 14 août 2003 une opération place Carnot, à Lyon, là où près de 100 personnes dormaient, **dont 43 enfants et 6 femmes enceintes.**

Quelques témoignages alors recueillis sur nos missions :

Nice : « Depuis début 2003, seule une dizaine de familles demandeuses d'asile ont été accueillies sur le département. A toutes les autres, il a été demandé de quitter le département sans qu'aucune solution ne leur soit proposée. Ainsi très récemment un couple arrivant de Tchétchénie a dû continuer son exode de ville en ville avec ses 6 enfants dont l'aîné n'a que 9 ans. »

Marseille : « Madame B. est enceinte de 7 mois et son enfant âgé de 3 ans et demi est atteint d'une maladie sévère, l'hémophilie. A la rue depuis ce matin, ils sont dans le dénuement le plus complet ; à titre d'exemple, l'enfant ne mange que des biscuits depuis 3 jours. Le

travail engagé par l'équipe du centre n'a abouti qu'à l'obtention de 3 nuits d'hôtel... Ce cas n'est pas isolé. »

Toulouse : *« Au cours du premier semestre, des personnes isolées mais aussi des familles ont sollicité les dispositifs d'hébergement institutionnel. 66% d'entre eux ont eu une réponse positive pour 1, 2, ou 3 jours, un mois, dans un centre d'hébergement d'urgence, une nuit d'hôtel... Rien sur la durée. Les autres sont complètement à la rue. »*

« J-Paul et Maria ont 5 enfants de 4 mois à 6 ans. Originaires d'Europe de l'Est, ils vivaient en Italie dans un bidonville qu'ils ont quitté pour venir en France. Depuis 4 mois, ils vivent à 7 dans un break hors d'usage. Ils ont obtenu un subside du conseil général qui leur a permis de tenir 2 mois sur le plan alimentaire et surtout pour l'hygiène des petits (couches, etc...). Ils sont sur les listes d'attente du 115 pour un hébergement d'urgence mais rien ne bouge. »

Lyon : *« 827 personnes sont à la rue dont presque 50% d'enfants. Depuis le début de l'été, la DDASS a cessé de financer de nouveaux hébergements à l'hôtel, les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) sont pleins. Tous les nouveaux arrivants sont donc à la rue. Pour ceux qui sont déjà hébergés, une possible fin des prises en charges hôtelières est annoncée pour le 15 août. »*

«Marjian est arrivée d'Arménie avec son mari et leurs trois enfants, après avoir subi de graves violences. Reçue en consultation au centre de Médecins du Monde, elle est hospitalisée en urgence. Après l'avoir accompagnée, son mari et ses enfants sont retournés dormir sous les arbres de la place Carnot, malgré l'orage.»

Si des solutions ponctuelles ont alors été trouvées, force est de constater que le dispositif ne permet pas de répondre toute l'année aux besoins des personnes. De plus, certaines DDASS nous préviennent de la réduction de leurs crédits en 2004 pour l'hébergement des familles demandeuses d'asile.

Enfin environ un tiers des demandeurs d'asile vivent seuls, 7% sont seuls avec un (ou des) enfant(s) et plus de 15% sont en couple avec enfant(s).

Ne possédant pas d'autorisation de travail, la quasi-totalité des demandeurs d'asile n'ont aucun revenu déclarable. Les demandeurs d'asile exercent une activité non déclarée, mais en proportion nettement plus faible que les autres étrangers (8,6% vs 18,8%).

Les demandeurs d'asile s'adressent le plus souvent à Médecins du Monde pour voir un médecin (85,3% vs 78,4% des autres étrangers), mais aussi pour rencontrer un travailleur social (21,3% vs 18,8%).

Ils sont également beaucoup plus fréquemment adressés par l'intermédiaire d'une association que les autres patients étrangers (23,4% vs 7,7%). Ceci peut notamment s'expliquer par le fait que les demandeurs d'asile ont eu davantage de contacts avec des associations, notamment pour obtenir une domiciliation, puisque que c'est un préalable obligatoire pour déposer la demande d'asile, et que les CCAS ne le font pas.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

14,8% des demandeurs d'asile déclarent ne posséder aucun document d'identité, proportion plus élevée que pour les autres patients étrangers (9,9%).

Au regard de la loi, la totalité des demandeurs d'asile devrait bénéficier de la couverture maladie universelle (sans nécessité d'attendre 3 mois de résidence stable), or **84,7% d'entre eux ne possèdent aucune couverture maladie** lors de leur première visite à Médecins du Monde (vs 87,6% des autres étrangers).

Les obstacles à l'accès aux soins cités par les demandeurs d'asile sont, comme pour l'ensemble des patients étrangers, la méconnaissance des droits et des structures existantes (47,6%), mais en proportion moins élevée que les sans papiers, les demandeurs d'a-

sile étant « mieux » informés de leurs droits. Ils rencontrent également des difficultés financières (34,7%). Ils se démarquent toutefois des autres patients étrangers par le fait **qu'ils sont deux fois plus nombreux à citer la barrière linguistique** (32,9% vs 14,6%).

Diagnostiques médicaux

Les diagnostics évoqués le plus fréquemment lors des consultations concernant des patients demandeurs d'asile sont d'ordre cardiovasculaire (15% vs 10,6% pour les autres étrangers), ORL (13,4% vs 9%), gynécologique (10,7% vs 11,5%) et gastroentérologique (10,1% vs 12,9%).

Les demandeurs d'asile, on le voit, se démarquent nettement des autres étrangers concernant les pathologies cardiovasculaires, mais l'élément le plus marquant est la fréquence de **la souffrance psychique qui est évoquée deux fois plus souvent** lors des consultations de demandeurs d'asile (22,5% vs 11,4%).

Ce constat peut être éventuellement mis en rapport avec les violences et maltraitements vécues par les demandeurs d'asile qui sont environ huit fois plus nombreux que les autres patients à en avoir subies, sans bien sûr qu'aucune relation de cause à effet ne puisse être avancée dans le cadre de ce travail.

Une enquête réalisée en 2003 auprès de demandeurs d'asile hébergés en CADA³³ fait le même constat et relève la prépondérance des pathologies mentales au sein de cette population, affections qui représentaient plus de 13% des pathologies.

Il s'agit pour la plupart de pathologies appartenant au registre dépressif.

Les facteurs évoqués comme pouvant être à l'origine de cette situation sont le stress, les mauvais traitements antérieurs (tortures...), l'exil, la précarité du statut, la longueur des procédures...

Tableau 50 : Taux de dépistages et séroprévalences VHB, VHC et VIH des patients étrangers selon leur statut vis-à-vis de la demande d'asile (base d'analyse : 2^{ème} semestre 2003)

	Demandeurs d'asile		Autres étrangers		p
	n	%	n	%	
VHB :					
taux de dépistage	42	5.8	153	9.5	**
résultat positif	2	4.8	5	3.3	ns
VHC :					
taux de dépistage	37	5.1	144	9.0	**
résultat positif	2	5.4	8	5.6	ns
VIH :					
taux de dépistage	52	7.2	203	12.5	***
résultat positif	2	3.8	5	2.5	ns

ns : non significatif * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Les statuts sérologiques des patients étrangers demandeurs d'asile sont moins bien renseignés que ceux des autres étrangers (pourtant déjà faibles), on ne relève pas par ailleurs de différence significative concernant les prévalences du VHB, VHC et VIH entre les patients demandeurs d'asile ou non.

Les conditions d'accueil des demandeurs d'asile sont mauvaises et, malgré la mise en œuvre de la CMU, l'accès aux soins et à la prévention est difficile. Médecins du Monde vient de mettre en place un projet expérimental sur 2 ans à la Coordination d'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile (CAFDA)³⁴ à Paris qui reçoit et héberge une file active de 4 500 personnes (1 500 familles : parents, parfois isolés, et enfants).

L'un des objectifs de notre programme est de faciliter l'accès à la prévention et aux soins des familles demandeuses d'asile reçues à la CAFDA.

Une évaluation des premiers mois d'activité (d'octobre 2003 à février 2004) livre les résultats suivants :

Au total, 132 familles, composées de 381 personnes, ont été

reçues par Médecins du Monde. Pour les personnes orientées vers un dépistage, les résultats révèlent que 3,2% des personnes sont infectées par le VIH, 3,9% par le VHB et 4,7% par le VHC.

> Les sans domicile

Tableau 51 : Evolution de la proportion de personnes sans domicile entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
Sans domicile	17,5	18,5	19,9

Caractéristiques socio-démographiques

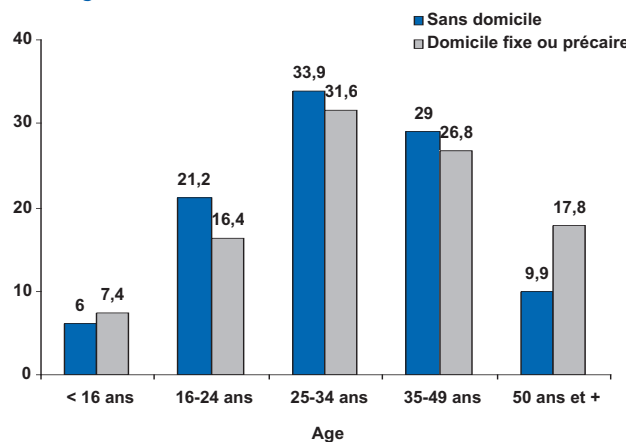
19,9% des patients de Médecins du Monde (n=3 553) en 2003 vivent sans domicile (rue, abris, squat « nu », hébergements d'urgence...).

La proportion d'hommes parmi les sans domicile est nettement plus élevée que parmi les autres patients : 76,3% vs 54,8%. On compte néanmoins **près d'une femme sur quatre (23,7%)** parmi les personnes sans logement.

Les patients sans domicile sont également plus jeunes, en moyenne, que les autres consultants : 32,2 ans vs 35 ans (Graphique 22).

Il faut noter de plus que **7,5% des sans domicile sont mineurs**.

Graphique 22 : Répartition par âge des patients selon leur situation au regard du logement



On relève **une proportion plus importante de patients de nationalité française** parmi les personnes qui vivent à la rue : 27,3% vs 11,2%, constante que l'on retrouve dans d'autres enquêtes auprès de populations comparables. Les étrangers faisant état d'un réseau social en général plus solidaire³⁵.

Les étrangers sans domicile sont plus fréquemment originaires d'un pays européen (hors UE) que les autres patients étrangers (39,8% vs 19,9%) et beaucoup moins souvent d'Afrique sub-saharienne (17,9% vs 30,1%).

On peut constater que la durée de séjour en France des étrangers ne semble pas être un facteur déterminant au regard du logement : ainsi, la part des sans domicile parmi les étrangers ne varie pas significativement selon la durée de leur présence en France. Cela laisse à penser qu'une part importante de ces étrangers arrivant en France connaissent durablement des situations de grande précarité.

Vivre à la rue, nous l'avons déjà souligné, rime souvent avec solitude, ainsi **72% des sans domicile vivent seuls** (dont 4% avec enfant(s)), proportion deux fois plus élevée que celle relevée chez les autres patients (35%).

86% des sans domicile sont sans emploi.

Leur niveau de ressources est très faible : **95% des sans domicile ont moins de 566,50 euros mensuels** (seuil d'attribution de la CMUc au 1^{er} juillet 2003), dont 84% qui ne disposent d'aucun revenu.

Environ un quart d'entre eux enfin déclare disposer de revenus non déclarables (petits boulots, associations, mendicité...).

Les sans domicile viennent encore plus fréquemment que les autres patients consulter un médecin (86,3% vs 80,5%), 2 sur 10 se présentent à Médecins du Monde pour rencontrer un travailleur social. Notons qu'ils viennent également plus fréquemment pour avoir des soins infirmiers. En effet, où peuvent-ils se rendre pour changer un pansement ou enlever des points de suture, si ce n'est à l'hôpital où le temps d'attente sera indéniablement long ?

Plus de 28% sont adressés par une autre association (vs 11,6%).

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Près de 19% des sans domicile ne possèdent aucun document d'identité lorsqu'ils sont vus pour la première fois à Médecins du Monde, situation deux fois plus fréquente que chez les autres patients (9,6%).

Logement et demande d'asile sont liés : ainsi **la part des sans domicile est deux fois plus élevée parmi les étrangers demandeurs d'asile** que parmi les autres étrangers (27,5% vs 12,4%).

La quasi-totalité des sans domicile, au regard de leur situation administrative, devrait bénéficier d'une couverture maladie, or l'examen de leurs droits effectifs montre que **70% des patients sans domicile ne disposent d'aucune couverture maladie**, proportion très élevée mais tout de même plus faible que chez les autres patients (78,3%).

Une analyse plus détaillée montre que le défaut d'ouverture des droits concerne plus particulièrement les patients étrangers relevant de l'AME : seuls 6% de ceux qui devraient en bénéficier ont des droits ouverts et ce, quelle que soit la situation par rapport au domicile.

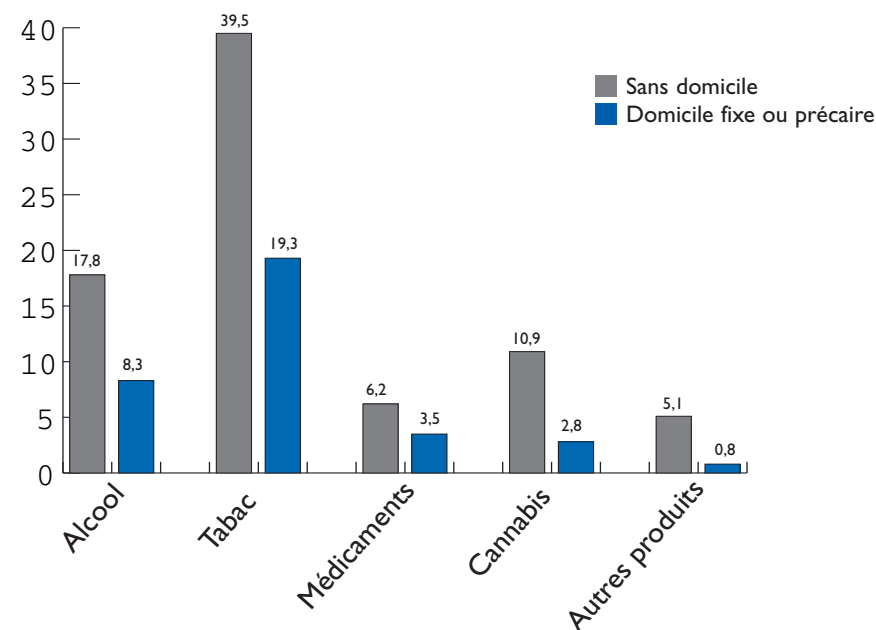
Les obstacles à l'accès aux droits sont en premier lieu les difficultés financières (43,8%) et la méconnaissance des droits (38,4%), mais aussi les difficultés administratives citées par plus du quart des sans domicile.

De plus, **58% des sans domicile ayant besoin d'une domiciliation pour l'ouverture des droits n'en disposent pas.**

Diagnostiques médicaux et comportements de santé

Les patients sans domicile semblent plus souvent concernés que les autres patients par les problèmes de consommation abusive de substances psychoactives ; on observe ainsi une augmentation de la fréquence des abus répétés parmi cette population (graphique 23).

Graphique 23 : Consommation abusive de substances psychoactives selon la situation par rapport au logement (%)



Cette augmentation n'est pas due uniquement à la présence plus importante de patients de nationalité française parmi les sans domicile, elle s'observe également lorsque l'on compare les consommations des étrangers sans domicile à celles des autres étrangers.

De même, l'abus répété de substances psychoactives est globalement deux fois plus fréquent chez les sans domicile de nationalité française que chez les autres patients français.

Les patients sans domicile consultent le plus souvent pour des problèmes **ORL** (14,5% des consultations) et **dermatologiques** (12,6%), ceci plus fréquemment que les autres patients.

Ils sont également plus souvent concernés par la **pneumologie** (9% vs 6,4%) ainsi que par des **problèmes traumatiques** (4,5% vs 1,7%).

Les troubles psychiatriques enfin semblent notablement majorés dans cette population (8,8% des consultations vs 5,7%), de même que la **souffrance psychique** qui est détectée dans plus de 21% des consultations concernant des personnes sans domicile (vs 15%).

Cette souffrance psychique est observée chez les sans domicile quelle que soit la nationalité, mais de façon plus aiguë chez les patients français (26,7% des patients français sans domicile vs 19,4% des patients étrangers sans domicile).

L'enquête de l'INSEE³⁶ auprès des sans domicile usagers des services d'aide faisait état, de la même façon, d'une proportion élevée (25%) de personnes présentant des troubles dépressifs.

Notre équipe de Paris témoigne :

Un jeune homme se présente à l'accueil un vendredi vers 16h30. il est envoyé par l'Association des Diabétiques avec une lettre destinée à un médecin. Il présente des troubles hyperglycémiques nombreux, avec un taux de glycémie à 3,5 g le matin et le soir pareil. Il est dans la rue, sans ressource, sans suivi. Il a tout de même la CMU de base et la complémentaire. Il avait déposé une demande d'asile, mais je pense qu'il a besoin de voir notre assistante sociale. Il consulte le médecin. Il paraît perdu avec son traitement lourd (insuline ++). Il a également un problème pour manger car il doit suivre un régime sévère : mais aux Restos du cœur, les régimes ne sont pas prévus.

Santé bucco-dentaire

16,6% des consultations dentaires réalisées en 2003 (2^{ème} semestre) concernaient des personnes sans domicile, alors que ces dernières représentent près de 20% de l'ensemble des patients : il semble donc que les SDF soient moins « demandeurs » en matière de soins dentaires, ou tout au moins que la santé bucco-dentaire n'apparaît pas pour eux comme une priorité.

Cependant, 5% des consultations médicales concernant des sans domicile ont mis en évidence la nécessité d'entreprendre des soins dentaires, proportion supérieure à celle relevée pour les patients déclarant un domicile (3,8%).

> Les Français

Tableau 52 : Evolution de la proportion de patients français entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
Français	14,4	13,1	14,4

Caractéristiques socio-démographiques

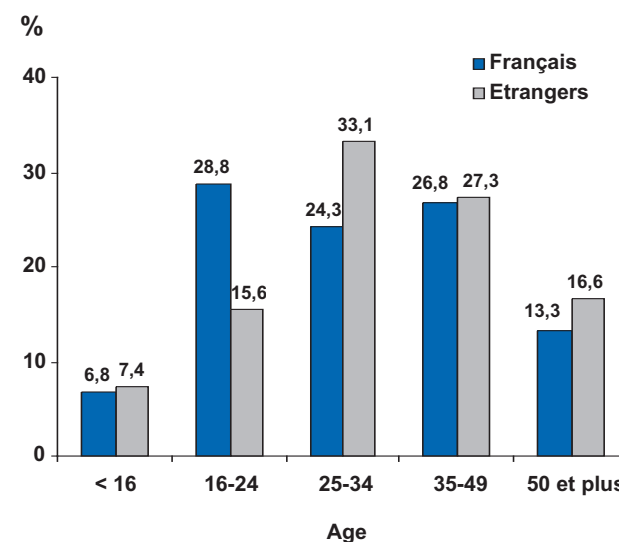
Les patients de Médecins du Monde comptent, en 2003, **14,4% de français** (n=2 640) pour 85,6% d'étrangers (n=15 671).

La répartition des patients selon la nationalité et le sexe montre une proportion d'hommes plus élevée parmi les patients de nationalité française : 67,2% vs 57,6%.

L'âge moyen des patients français est significativement plus faible que celui des étrangers : **32,3 ans** vs 34,7 ans (médiane : 31 ans chez les français et 32 ans chez les étrangers).

En effet, on peut noter sur le graphique 24 que les français sont près de **deux fois plus représentés parmi les 16-24 ans** que les étrangers.

Graphique 24 : Répartition par âge des patients selon la nationalité



La situation des patients au regard du logement varie selon la nationalité : 40,1% des patients français ont un logement fixe (étrangers : 45,8%), 23% un logement précaire (étrangers : 37,7%) et **36,9% sont sans logement** (étrangers : 16,5%).

Ainsi les français sont proportionnellement deux fois plus nombreux que les étrangers à vivre à la rue, ces derniers en revanche sont beaucoup plus souvent dans un logement précaire (hébergés, en squat, ...).

On peut penser que la solidarité, parmi les étrangers, est probablement plus développée.

Cela est confirmé par le fait que lorsque les étrangers vivent dans un logement, fixe ou précaire, 15,6% déclarent que celui-ci est surpeuplé (français : 9%).

D'autre part, on constate également que les patients étrangers sont moins nombreux que les français à déclarer vivre seul (38,8% vs 61,2%), ils sont en revanche 39,7% à vivre avec de la famille ou des amis (français : 19,1%) et 17,2% à vivre en couple (français : 13,2%).

La situation des patients français vis à vis de l'emploi est mauvaise (tableau 53) : l'immense majorité d'entre eux est sans travail, un peu plus de 4% déclarent un emploi stable.

L'emploi, fixe ou précaire, est plus fréquent chez les français que chez les étrangers qui en revanche exercent plus souvent un travail non déclaré.

Tableau 53 : Situation des patients au regard de l'emploi selon la nationalité

	Français		Etrangers		p
	n	%	n	%	
Emploi⁽¹⁾					
stable	32	4,2	49	1,1	***
précaire	61	8,1	208	4,6	***
travail non déclaré	10	1,3	714	16,0	***
sans travail	654	86,4	3 503	78,3	***

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

(1) concerne les patients de 16 ans et plus

Le niveau de revenus des patients est à l'image de la situation de l'emploi : 82,8% des français sont sans ressource (vs 98% des étrangers p<0,001).

Les motifs de recours à Médecins du Monde varient assez peu selon la nationalité, en revanche les patients français sont plus souvent adressés que les patients étrangers par une association (27,8% vs 12,6%), les étrangers se présentant plutôt spontanément (66,7% vs 47,5% des français).

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Environ 11% des patients de plus de 16 ans déclarent ne pas posséder de documents d'identité, proportion sensiblement identique chez les français et les étrangers.

Comme nous l'avions souligné dans la première partie de ce travail, l'état des droits à la couverture maladie est différencié selon la nationalité : au moment de leur premier contact à Médecins du Monde, **près de 43% des patients français n'ont toujours pas de droits ouverts** (étrangers, 83,7%).

Les obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins cités par les patients français sont les difficultés financières (54,6%) ou administratives (36,6%).

Près de la moitié des patients étrangers en revanche (45,2%) évoquent la méconnaissance des droits et des structures existantes.

Enfin, 38% des patients français nécessitent une **domiciliation** pour l'ouverture de leurs droits ; parmi eux, **53% n'en possèdent pas** au moment de leur premier contact à Médecins du Monde.

Diagnostics médicaux

Les problèmes de santé des patients varient selon leur nationalité. Ainsi, les diagnostics évoqués le plus fréquemment lors des consultations concernant des patients français sont la **souffrance psychique** (13,8% vs 8,6% pour les étrangers), les **pathologies dermatologiques** (13,5% vs 9%), **ORL** (12,9% vs 10,8%) et **psychiatriques** (11,1% vs 5,7%).

Les troubles ou la souffrance psychique semblent donc figurer au premier plan chez les patients français. En effet, dans près d'une consultation sur quatre (24,2%) concernant des patients de nationalité française, des signes évocateurs d'une souffrance psychique

ont été détectés, ceci beaucoup plus fréquemment que pour les patients étrangers (15,2%).

Enfin, dans environ une consultation sur dix concernant des patients français, un retard de recours aux soins a été constaté (étrangers : 8,1%).

Nous rappelons ici les différences très nettes des comportements de consommation selon la nationalité (évoquées plus haut dans le rapport).

Ainsi la consommation abusive de tabac, d'alcool et de médicaments est proportionnellement deux à trois fois plus fréquente chez les français que chez les étrangers (tabac : 55,6% vs 20,7%), (alcool : 25,9% vs 8,4%), (médicaments : 11,4% vs 3,7%).

Les différences sont encore plus marquées concernant les substances illicites puisque les français sont 20% à déclarer consommer abusivement du cannabis (vs 2,4% des étrangers), et 10,2% d'autres produits (vs 1% des étrangers).

> Les jeunes de 16-24 ans

Tableau 54 : Evolution de la proportion de jeunes de 16 à 24 ans entre 2001 et 2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Jeunes de 16-24 ans	19,0	20,0	17,3

Caractéristiques socio-démographiques

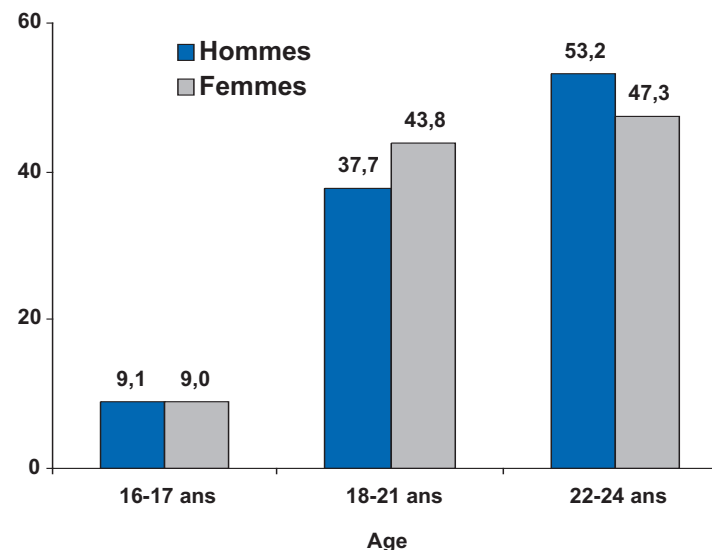
Les jeunes de 16 à 24 ans représentent **17,3% des patients** de Médecins du Monde en 2003 (18% en 2002), soit 3 244 personnes. On compte, parmi ces jeunes patients, une **proportion significativement plus élevée de femmes** que dans le groupe des consultants plus âgés (45,8% vs 39,3% p<0,05).

L'âge moyen parmi les 16-24 ans est de 21,1 ans (médiane : 22 ans), légèrement plus élevé pour les garçons que pour les filles (21,3 ans vs 20,9 ans p<0,01).

9% de ces jeunes sont mineurs, 40,5% sont âgés de 18 à 21 ans et 50,5% de 22 à 24 ans (Graphique 25).

On peut noter une surreprésentation féminine parmi les 18-21 ans.

Graphique 25 : Répartition des jeunes de 16 à 24 ans selon le sexe et l'âge



Près du quart des jeunes de 16-24 ans (23,8%) sont de nationalité française, proportion notablement plus élevée que pour le groupe des patients plus âgés (12,3%).

Au sein des 16-24 ans, les patients étrangers sont autant représentés chez les garçons que chez les filles.

Concernant toujours les patients étrangers, l'analyse des nationalités entre les jeunes et les patients plus âgés révèle une **surreprésentation de personnes en provenance d'Europe hors UE** parmi les 16-24 ans (33,9% vs 19,6%), qui en revanche sont moins nombreux à provenir du Maghreb (25,4% vs 45,3%).

On peut noter enfin qu'au sein des jeunes patients étrangers, les filles en provenance d'Afrique sub-saharienne sont en proportion quasiment deux fois plus nombreuses que les garçons, qui en revanche sont beaucoup plus souvent originaires du Maghreb (tableau 55).

Tableau 55 : Répartition des jeunes étrangers de 16-24 selon le groupe continental

	Hommes		Femmes		p
	n	%	n	%	
Groupes continentaux					
Union Européenne	18	1,4	13	1,2	***
Europe (hors UE)	405	31,3	415	36,8	***
Afrique sub-saharienne	299	23,1	472	41,9	***
Maghreb	453	35,0	163	14,4	***
Proche et Moyen Orient	49	3,8	8	0,7	***
Asie	32	2,5	20	1,8	***
Océanie et Amériques	38	2,9	36	3,2	***

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

La durée de séjour en France des jeunes patients étrangers est significativement plus faible que celle de leurs aînés (1 an vs 2,3 ans).

Les jeunes étrangers arrivés en France le plus récemment sont originaires du Proche et Moyen Orient (0,1 an), d'Europe hors UE (0,4 an) et d'Afrique Sub-Saharienne (1 an).

Les conditions de logement des patients de 16-24 ans ne sont pas meilleures que celles des patients plus âgés : **près du quart d'entre eux (24,4%) vivent à la rue** (18,6% pour les patients plus âgés), 33,3% ont un logement précaire (vs 35,7%) et 42,3% un logement fixe (vs 45,6%).

Près de la moitié d'entre eux vivent seuls.

On compte, parmi les jeunes sans domicile, deux fois plus d'hommes que de femmes (31% vs 16,6%), situation qui bien souvent va de pair avec la solitude puisque près de 60% des garçons de 16-24 ans vivent seuls contre 31,1% des filles.

Il est à noter enfin que 4% des jeunes femmes de 16-24 ans vivent seules avec un ou des enfant(s).

Près de 8 jeunes sur 10 de 16-24 ans sont sans emploi, 8% ont un emploi stable ou précaire et 12,2% un travail non déclaré, proportions sensiblement identiques aux patients plus âgés.

Les jeunes femmes de 16-24 ans sont plus fréquemment sans emploi que les garçons du même âge (84,6% vs 76,2%).

La situation de l'emploi chez les jeunes varie également selon la nationalité : les jeunes français ont plus fréquemment un emploi stable que les étrangers du même âge (4,6% vs 1,1%) qui en revanche pratiquent plus souvent le travail non déclaré (16,1% vs 0,8%).

Le niveau de ressources des jeunes patients est précaire, plus encore que celui de leurs aînés : ils sont en effet **près de 92% à ne déclarer aucune ressource** (vs 88% des patients plus âgés).

Sur ce plan là, les jeunes étrangers sont, si cela est possible, plus mal lotis que les jeunes français : ils sont en effet plus de 95% à être sans ressource contre 81% des français (p<0,001).

Enfin, plus d'un quart des jeunes (26,7%) perçoivent des revenus non déclarables (vs 27,7% pour les plus âgés), en particulier les jeunes étrangers (30,2% vs 14,8% des jeunes français).

Concernant leurs motifs de recours à Médecins du Monde, les jeunes patients ne se distinguent pas des patients plus âgés : 8 sur 10 viennent voir un médecin, 2 sur 10 un travailleur social.

Cependant, ils sont proportionnellement plus nombreux que les autres patients à venir consulter pour des soins dentaires (7,3% vs 5,7%).

On peut noter également que les jeunes patients sont plus fréquemment adressés à Médecins du Monde par l'intermédiaire d'une association que les patients plus âgés (18,4% vs 13,4%). Les équipes de Médecins du Monde n'imposent pas de règles, ni de contrat, elles sont dans le non-jugement et le respect total de la personne, de son rythme et de sa volonté.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

La quasi-totalité des jeunes étrangers (98,7%) sont originaires d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne, et ont donc besoin d'un titre de séjour³⁷ pour résider en France : **52,9% sont sans document** (vs 47,1% des patients plus âgés) et **30% d'entre eux sont demandeurs d'asile** (vs 22,5%).

On compte enfin, toutes nationalités confondues, 17% des jeunes de 16-24 ans ne possédant aucun document d'identité, proportion supérieure à celle de leurs aînés (10,1%). Cela concerne plus particulièrement les jeunes garçons, qui sont 20,3% à ne pas posséder de documents d'identité contre 13% des filles du même âge (p<0,001).

La très grande majorité des jeunes (78,1%) ne dispose d'aucune couverture maladie.

On ne relève pas sur ce point de différence significative avec les patients plus âgés qui sont 76,4% à être dans la même situation. Toutefois, cette homogénéité apparente disparaît lorsque l'on s'intéresse aux patients relevant de la CMU : 67% des jeunes de 16-24 ans relevant potentiellement de la CMU n'ont pas de droits ouverts à la couverture de base (les démarches sont en cours pour près d'un jeune sur cinq), proportion sensiblement plus élevée que celle des autres patients (57% $p < 0,001$).

Nous pouvons avancer quelques explications, mais qui ne sauraient à elles seules justifier cet état de fait. Déjà, les jeunes ne se trouvent pas dans une phase de la vie où l'on se préoccupe prioritairement de sa couverture maladie, et plus généralement de sa santé. Par ailleurs, bon nombre de jeunes, lorsqu'ils sont en rupture familiale, se retrouvent confrontés à des difficultés administratives auxquelles ils n'avaient pas à faire face auparavant. Il faut également relever le fait que le système scolaire en France n'explique à aucun moment pourquoi et comment avoir accès à une couverture maladie.

En revanche, les patients relevant de l'AME et n'ayant pas de droits ouverts sont aussi nombreux chez les jeunes que chez l'ensemble des autres patients (respectivement 95% et 93,1%).

Pour les jeunes comme pour les autres patients, les principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins sont la méconnaissance de leurs droits (44,8%) et les difficultés financières (43%).

Il est à noter toutefois que les jeunes, plus fréquemment que les autres patients (17,7% vs 14,7%), évoquent la barrière linguistique comme obstacle à l'accès aux soins, bien que la proportion d'étrangers soit plus faible parmi eux.

Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait que la présence en France des jeunes étrangers est plus récente que celle des patients plus âgés, rendant ainsi le problème linguistique plus prégnant.

Diagnostiques médicaux et comportements de santé

Statuts sérologiques

Les taux de dépistages du VIH, VHC et VHB chez les jeunes ne sont pas meilleurs que chez les autres patients et se situent autour de 12% pour les hépatites et 16% pour le VIH.

Lorsque le statut sérologique est connu, les séroprévalences VHC et VHB sont plus faibles chez les jeunes (respectivement 1,4% vs 10,7% et 2,6% vs 6,9%) alors que le taux de séropositivité au VIH ne varie pas significativement (jeunes : 2,6%, autres patients : 3,6%), probablement en raison de l'effectif des personnes séropositives très faible.

Les dépendances aux substances psychoactives

Les consommations abusives de substances psychoactives varient assez nettement selon l'âge des patients.

Ainsi l'abus répété d'alcool et de médicaments est moins marqué parmi les jeunes patients que parmi les patients plus âgés, alors que le trio tabac, cannabis et autres produits émerge beaucoup plus chez les jeunes, caractéristiques identiques en tous points à celles que l'on observe en population générale.

Cependant, si l'on s'intéresse aux comportements de consommation des jeunes selon leur nationalité (tableau 56), on s'aperçoit que comme pour l'ensemble des consultants, les consommations abusives concernent essentiellement les patients de nationalité française, les jeunes étrangers se situant à des niveaux relativement proches des patients plus âgés.

Tableau 56 : Consommation abusive de substances psychoactives chez les jeunes de 16-24 ans selon la nationalité

abus répété ou d'addiction à ...	Français		Etrangers		p
	n	%	n	%	
Alcool	65	16,2	69	6,0	***
Tabac (plus de 10 cig/jr)	229	54,8	273	23,5	***
Médicaments (prise abusive, consommation chronique)	15	4,1	22	2,0	*
Cannabis	115	28,8	35	3,2	***
Autres produits (amphétamines, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés, ...)	42	11,1	12	1,1	***
Consommation d'au moins un des produits	254	33,0	306	2,6	***

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

Diagnostiques médicaux

Près de 17% des consultations concernant des jeunes étaient pour **motif gynécologique, 37,1% si l'on ne considère que les jeunes patientes de 16-24 ans.**

Viennent ensuite les diagnostics ORL (11,5% des consultations), dermatologiques (10,8%) et la souffrance psychique (10,4%).

Les différences les plus nettes entre les jeunes et les patients plus âgés concernent la gynécologie qui ne représente que 20% des consultations des femmes de 25 ans et plus ainsi que les pathologies ORL qui représentent moins de 9% des consultations des patients plus âgés.

> Les mineurs

Tableau 57 : Evolution de la proportion de mineurs entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
Mineurs	10,0	10,0	9,2

Caractéristiques socio-démographiques

En 2003, **9,2%** (n=1 721) **des patients de Médecins du Monde sont mineurs.**

La moyenne d'âge au sein de cette population est de **7,7 ans**, sans différence significative selon le sexe.

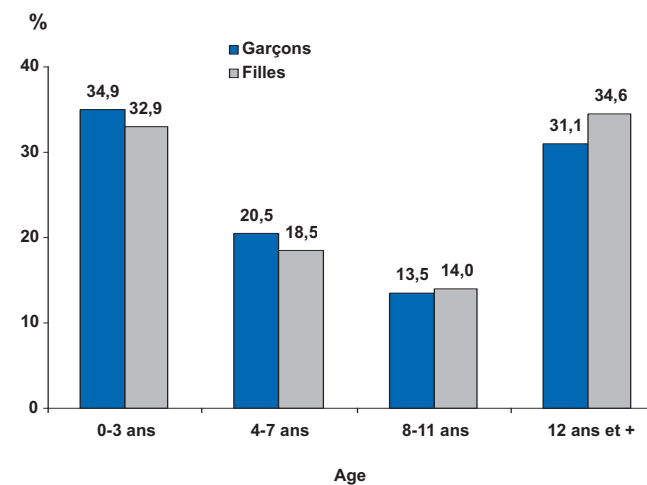
Plus de la moitié des mineurs des deux sexes (53,7%) ont moins de 8 ans (tableau 58, graphique 26).

On relève, dans ce sous-groupe, une proportion plus élevée de patients de sexe féminin que parmi les autres patients de Médecins du Monde (45,8% vs 40,4%).

Tableau 58 : Répartition des mineurs par âge

Age	Effectif	%
0 – 1 an	370	21,5
2 – 3 ans	218	12,7
4 – 5 ans	172	10,0
6 – 7 ans	165	9,6
8 – 9 ans	118	6,9
10 – 11 ans	117	6,7
12 – 13 ans	122	7,1
14 – 15 ans	147	8,5
16 – 17 ans	292	17,0
Total	1 721	100

Graphique 26 : Répartition des patients mineurs selon le sexe et l'âge



Six centres de Médecins du Monde (Lyon, Nice, Marseille, Paris, Gennevilliers, le Havre) reçoivent près de 70% des patients mineurs.

Lorsqu'ils sont reçus aux centres, 7,8% (n=103) des mineurs sont isolés et parmi eux 7 sur 10 sont de sexe masculin.

Ces mineurs isolés se répartissent pour la plupart sur quatre centres : Paris (26,2% n=27)
Lyon (19,4% n=20)
Le Havre (17,5% n=18)
Marseille (11,7% n=12)

Si la part des étrangers est identique chez les patients majeurs et mineurs, on relève toutefois parmi les mineurs de nationalité étrangère une surreprésentation de **personnes originaires d'Europe hors Union Européenne** (42,5% vs 21,9%).

Les mineurs étrangers enfin séjournent en France depuis 6 mois en moyenne contre 2,1 ans pour leurs aînés ($p < 0,001$).

Les conditions de logement des mineurs sont difficiles : 38,5% d'entre eux vivent dans un logement précaire et plus de **17% dans la rue**.

Le logement quand il existe, est considéré comme néfaste pour la santé dans 12% des cas (5,6% des logements fixes et 21,6% des logements précaires) et surpeuplé pour plus d'un mineur sur quatre (19% des logements fixes et 39,7% des logements précaires).

La majeure partie (72,6%) des patients mineurs vit en famille, toutefois 10,7% d'entre eux vivent seuls, 4,9% seuls avec un (ou des) enfant(s), 1,4% en couple sans enfant et 10,4% en couple avec enfant(s).

Plus encore que les adultes (92,1% vs 80,5%), les mineurs s'adressent (ou sont adressés) à Médecins du Monde pour consulter un médecin.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

La quasi-totalité des mineurs étrangers (99%) sont originaires d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne, et parmi eux **39% sont demandeurs d'asile** (adultes 25,3%).

Enfin la part des mineurs étrangers reconnus réfugiés reste très faible (2,3%) mais tout de même plus élevée que pour les adultes (1%).

Au moment de leur première visite à Médecins du Monde, **plus de 87% des mineurs qui, au regard de leur statut, devraient bénéficier d'une couverture maladie, n'en possèdent pas**, proportion encore plus importante que dans la population adulte (78,7%).

Ainsi, plus de 85% des mineurs qui devraient bénéficier de la CMU n'ont pas de droits ouverts (adultes : 58%) **de même que 97% des mineurs qui devraient bénéficier de l'AME** (adultes : 93,3%).

Ces patients mineurs sans couverture maladie sont pour la plupart (87,6%) des étrangers résidant en France depuis environ 3 mois.

Médecins du Monde avec le Conseil National des Politiques de Lutte contre les Exclusions avait demandé au gouvernement en 2000 et 2001 de rattacher les enfants mineurs à la CMU (et non pas à l'AME), quelle que soit la situation administrative de leurs parents, si leurs ressources étaient inférieures au seuil d'attribution de la CMU. Fin 2001, le Parlement a voté une demi-mesure en leur accordant la seule CMU de base. Nous avons alors réclamé un vote complémentaire permettant leur rattachement à la CMU complémentaire. Cette demande est en fait une mise en conformité du droit français avec les dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant.

Au lieu de cela, nous avons assisté fin 2002 à un retour à la case départ : les mineurs ayant droits de parents affiliés à l'AME sont rattachés à l'AME, ce qui rend notoirement plus difficile l'accès à la prévention. Notons que le nouveau délai de 3 mois avant de déposer une demande d'AME instauré par le Gouvernement début 2004 laisse des **bébés et des enfants sans aucune protection maladie pendant au moins 4 mois** (il faut environ 1 mois pour obtenir la réponse).

Les obstacles à l'accès aux soins concernant les mineurs ne sont pas très différents de ceux des autres patients, à l'exception de la barrière linguistique qui est évoquée beaucoup plus fréquemment dans cette population (28,3% vs 15,1%).

Diagnostiques médicaux

Le statut vaccinal des patients mineurs est meilleur que celui des adultes (35,3% sont à jour vs 17,2%). Il n'est toutefois pas satisfaisant, les équipes de Médecins du Monde doivent par conséquent y apporter une attention toute particulière.

Les principales pathologies diagnostiquées chez les patients mineurs sont ORL (31,5% des diagnostics), correspondant vraisemblablement à des pathologies infectieuses aiguës, dermatologiques (10,5%) et gastro-entérologiques (9%). Les patients mineurs sont logiquement plus souvent concernés

que les adultes par les problèmes ORL (adultes : 9,3% des diagnostics), en revanche les pathologies gastro-entérologiques se retrouvent aussi fréquemment dans les consultations concernant des adultes (10,2%).

Enfin, et même s'ils semblent moins souvent concernés que les adultes, **une souffrance psychique a été constatée dans 6,5% des consultations de mineurs** (adultes : 17%).

Les consultations médicales ont mis en évidence le fait que certains patients mineurs ont été victimes de violences psychiques (14 cas), d'agressions physiques (13 cas), de maltraitance ou violences diverses (5 cas) et même de torture ou de viol (5 cas)³⁸.

Ces faits dramatiques font peser sur nos équipes une lourde responsabilité dans le repérage de ces souffrances afin d'accompagner au mieux ces jeunes patients.

Santé bucco-dentaire

Les patients mineurs sont particulièrement concernés par les problèmes dentaires.

En effet, 11,3% des consultations dentaires délivrées en 2003 concernaient des mineurs, alors que ces derniers ne représentent qu'un peu plus de 9% des patients.

Parmi les patients mineurs ayant bénéficié d'un bilan dentaire, le nombre moyen de dents cariées et obturées était respectivement de 4,7 et 0,7.

> Premiers résultats de la mise en place du recueil de données dans quelques actions mobiles de proximité

Toutes les actions de Médecins du Monde en France ont pour objectif, au-delà de l'aide individuelle apportée aux personnes que nous rencontrons, d'améliorer l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Pour cela, chaque équipe témoigne localement des difficultés des patients. Pour arriver à un témoignage documenté qui influence les acteurs politiques et institutionnels, il faut prouver qu'il ne s'agit pas de cas isolés mais de tendances lourdes retrouvées un peu partout sur le territoire.

Pour cela, il faut des données quantitatives fiables, des profils de population et des problèmes de santé documentés.

D'où la mise en place d'un recueil de données y compris pour les actions mobiles, qu'elles s'adressent aux usagers de drogues (pour qui cela existe déjà en partie, notamment pour les programmes bus méthadone), aux personnes sans domicile, aux personnes se prostituant, aux Roms migrants ou autres populations que nous rencontrons dans le cadre de ces programmes.

Le recueil de données a ainsi été construit conjointement par le groupe de santé publique chargé du suivi de l'Observatoire, du Service Technique d'Appui aux Opérations et de la Coordination Mission France, en lien avec les équipes.

Les objectifs sont de :

- connaître le profil à minima de la population ou des groupes populationnels rencontrés à travers les différentes actions mobiles de proximité ;
- connaître leurs problèmes d'ordre général et spécifiquement leurs problèmes de santé ;
- améliorer la visibilité des actions menées par Médecins du Monde structurer et renforcer notre capacité de témoignage concernant :
 - les situations rencontrées (*profil, problèmes, demandes des personnes rencontrées*) ;
 - les dysfonctionnements des dispositifs à différents niveaux ;
 - la pertinence du travail de rue ou de proximité ;
- améliorer notre capacité d'adaptation aux nouveaux contextes / populations.

Après plusieurs mois de travail et d'échanges avec les équipes courant 2002, des sites pilotes ont été identifiés en 2003 pour adapter et tester les outils de recueil de données (tant les supports papier, que l'outil informatique). Il s'agit de ;

- la mission de promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile de France ;
- la mission hors centre de Lyon (missions Roms, squats, Programme d'Echange de Seringues) ;
- la mission Travail de rue de Nice ;
- la mission de promotion de la santé auprès des personnes se prostituant de Nantes ;
- le Programme de Proximité en Milieu Urbain de Paris.

Les outils de recueil de données sont désormais en place et opérationnels pour ces différents programmes.

D'autres missions mobiles (Nantes, Strasbourg, Toulouse...) ont par ailleurs continué à utiliser les fiches initialement proposées afin de pouvoir disposer de données quantitatives.

La mission CAFDA (mission d'accueil et d'appui aux familles demandeuses d'asile à Paris) s'est également dotée d'un dossier médico-social lui permettant de recueillir les données décrivant le profil de l'état de santé des familles demandeuses d'asile concernant les principales pathologies transmissibles (sida, tuberculose, hépatites).

Nous avons également mis en place un recueil de données dans les missions Rave, avec la première enquête spécifique menée à Rennes lors du teknival de décembre 2003, le but étant de poursuivre ce travail d'enquête lors des différentes interventions des missions.

Il s'agit en 2004 de développer et de renforcer la dynamique de recueil de données pour l'ensemble des programmes mobiles de proximité, en s'appuyant sur les expériences concrètes des différents sites pilotes, tout en prenant en compte la diversité des contextes d'intervention, et de fait, la difficulté de recueillir des données dans la rue, la nuit, debout ou accroupi auprès d'une personne...

D'une manière générale, nous pouvons signaler, qu'en 2003, l'ensemble des programmes mobiles de proximité qui ont comptabilisé

leur activité ont rencontré **43 162 contacts de prévention et de soins**, soit des personnes en difficulté d'accès aux soins : il ne s'agit que des personnes avec qui nous avons eu un acte médical et/ou de prévention. Nous ne comptabilisons jamais les personnes avec qui nous échangeons juste quelques mots.

Les 13 programmes de Réduction des Risques ont comptabilisé environ 75 000 contacts de prévention.

Tableau 59 : Nombre de personnes rencontrées dans les actions mobiles de proximité (pour lesquelles nous disposons de données d'activité)

	Nombre de contacts (passages)	File active	Consultations médicales	Soins infirmiers
Angoulême Bus Ecoute Santé	141		94	
Bordeaux (lits médicalisés Leydet)	130	120	130	
Bordeaux (gens du voyage)	1 248			
Bordeaux (Consultations anciens combattants marocains)	905	147	905	
Bordeaux (Accompagnement social)	74			
Bordeaux (Action Squat)	400			
Bordeaux (saturnisme)	54			
Gennevilliers (Roms)	1 628	1 150	1 447	
Grenoble (Accompagnement santé)	157			
Grenoble (Action Squat)	25			
Le Havre (Foyer migrants africains)	40			
Le Havre (Prostitution)	34			
Le Havre (Samu Social)	405			
Lyon (Centre accueil pour sdf - la péniche)	1 270	478	185	1 085
Lyon (CHRS pour Femmes - Armée du salut)	25			
Lyon (Centre d'hébergement d'urgence)	109		109	
Lyon (Bus mobile)	537	411		
Lyon (Roms)	838 3	10		
Metz (Accueil du bd Trêve)	484			
Metz (Centre d'hébergement de demandeurs d'asile)	95			
Metz (Centre Hébergement d'urgence CHRS)	331			
Metz (Prévention maladies contagieuses)	226			
Metz (Prostitution)	1 300			
Metz (Bus fondation Abbé Pierre)	861			
Montpellier (Prostitution)	450	112		
Nancy (Accueil Médical 32 de la rue)	170			
Nancy (Petit déjeuner Armée du Salut)	90			

Nancy (Repas du soir)	90			
Nancy (Soupe des sans abris)	200			
Nancy (Consultations quartier Haut du lièvre)	92	46	92	
Nancy (Consultations dentaires)	150			
Nantes (Restos du cœur)	580			
Nantes (Prostitution)	2 000	90		
Nantes (Roms)	182			
Nice (Ambulance soins de proximité)	1 481	900	1 481	
Nice (Consultations psy)	94			
Paris (sdf)	8 850		604	
Poitiers (travail de rue)	1 381			
Polynésie Française (mission auprès des travailleurs des sites d'expérimentation nucléaire)	218			
Strasbourg (Roms)	55			
Strasbourg (SDF)	520			
Strasbourg (maraude nocturne)	3 900			
Strasbourg (soutien psy)	20			
Toulouse (centres accueil Urgence Hivernaux)	8 320			
Toulouse (action ponctuelle Grévistes)	48			
Toulouse (action ponctuelle Canicule)	700			
Toulouse (Travail de rue)	857	310		
Valenciennes (équipe mobile Rimbaud)		789		
Valenciennes (Consultation Boutique Solidarité)	1 397		506	
TOTAL	43 162	4 863	5 553	1 085

Nous ne disposons pas des données d'activité pour l'ensemble des actions.

Nous présenterons ici les résultats de quelques programmes, issus de leur rapport d'activité 2003 :

- la mission de promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile de France ;
- l'action de rue de Nice ;
- ainsi que les premiers résultats de l'enquête passée lors du tek-nival de décembre 2003 à Rennes.

Nous avons par ailleurs choisi d'intégrer ici un résumé du rapport d'activité du bus méthadone de Paris, qui fait, déjà depuis quelques années, un recueil de données très précis et complet.

1. La mission de promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile-de-France

Extrait du rapport d'activité de la mission banlieue 2003

Les objectifs de la mission de promotion de la santé auprès des Roms migrants d'Ile-de-France sont de :

- **Etablir des liens** avec les personnes parfois craintives en raison de leur statut juridique ;
- Faire un **bilan de l'état sanitaire** ;
- **Identifier les actions prioritaires à mener** ;
- Obtenir/fixer des rendez-vous pour **l'ouverture des droits** ;
- **Orienter** vers les structures socio-sanitaires de droit commun ;
- **Accompagner** les cas les plus difficiles ;
- Détecter des **enfants non scolarisés** et mener des actions en conséquence ;
- **Vacciner les enfants** ou les orienter, si possible, pour vaccination ;
- Lutter pour une mise en œuvre **de mesures d'assainissement de base** ;
- **Sensibiliser les femmes de la communauté Rom** au planning familial et au suivi des grossesses en particulier (cet objectif fait l'objet d'une action spécifique sur la périnatalité) ;
- **Témoigner** des difficultés dans l'accès aux soins et aux droits.

Les résultats du recueil de données :

Le tableau 60 montre l'évolution de l'activité pendant les veilles sanitaires. Le nombre de consultations ainsi que la file active (nombre de personnes différentes) a presque doublé en deux ans alors même que le nombre de veilles sanitaires n'a pas augmenté au même rythme. Cela s'explique par l'augmentation du nombre de veilles sanitaires pendant lesquelles nous avons doublé l'équipe médicale afin de pouvoir répondre à une demande toujours plus importante.

Tableau 60 : Evolution de l'activité entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
Veilles sanitaires	69	81	94
Consultations	783	1 014	1 447
File active	553	808	1 150

Pendant l'année 2003, **94 veilles sanitaires** ont eu lieu sur **27 terrains différents**.

- département de Seine Saint Denis : 48 veilles sanitaires
- département du Val de Marne : 15 veilles sanitaires
- département du Val d'Oise : 23 veilles sanitaires
- département des Hauts de Seine : 1 veille sanitaire
- département des Yvelines : 2 veilles sanitaires
- département de l'Essonne : 5 veilles sanitaires

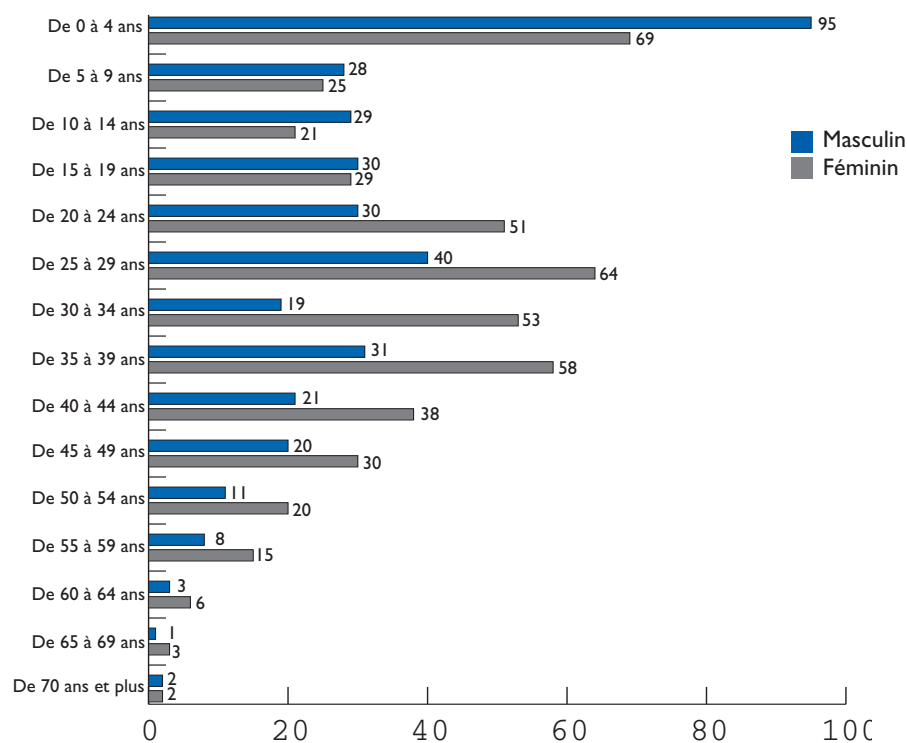
Cette année, 1 447 consultations médicales ont été dispensées, pour 1 150 personnes différentes³⁹.

Médecins du Monde a toujours eu la volonté d'avoir une politique de santé dirigée en priorité pour les femmes et les enfants sur les terrains tsiganes.

Les femmes représentent 57% de la totalité des personnes rencontrées.

La moyenne d'âge des patients est de 25 ans (médiane de 26 ans), ce qui montre qu'au-delà de cette politique de santé dirigée vers les enfants, nous avons un public jeune, à l'image du public résidant sur les terrains visi

Graphique 27 : Nombre de patients hommes / femmes par tranche d'âge



63% des personnes rencontrées n'ont aucune couverture maladie, 35% ont l'AME, et seulement 1% ont la CMU.

L'analyse des problèmes de santé les plus souvent rencontrés lors des veilles sanitaires ne met pas en évidence une pathologie particulière. Le nombre important d'affections ORL (21%) s'explique par le nombre important d'enfants vus en consultations, les problèmes gynéco-obstétriques (10,4%) par le nombre important de femmes et les problèmes gastro-entérologiques (10,4%) par la prévalence de ce type de problèmes dans toutes les populations.

On peut noter le nombre relativement peu important de problèmes dermatologiques (5,7%) et de cas de tuberculose (2 cas) ce qui va à l'encontre des idées reçues.

En revanche, selon les médecins consultants, plus de 25% des problèmes de santé diagnostiqués sont liés aux conditions de vie. Et cela est particulièrement vrai pour les problèmes de souffrance psychique et les problèmes pneumologiques.

Le pourcentage de personnes souffrant de problèmes dentaires est sous évalué et s'explique par la méthodologie de recueil de données qui n'a permis en 2003 de mettre en évidence que deux problèmes de santé prioritaires. Ainsi cet item est peu renseigné parce qu'il n'est que rarement un motif de consultations alors que l'état bucco-dentaire de la population est catastrophique. Une enquête spécifique devrait être menée en 2004 afin que nous puissions avoir une vision précise de la situation. A noter que le recueil de données 2004 permettra de renseigner systématiquement jusqu'à 4 problèmes de santé.

Le dossier socio-médical utilisé en 2004 comprend des items relatifs à la domiciliation, à la situation administrative et précise l'état des droits à la couverture maladie.

2. L'action de rue de Nice : l'ambulance, soins de proximité

Extrait du rapport d'activité de Nice, 2003

Les objectifs de l'action de rue sont de :

- Diminuer le nombre de personnes dans la rue ne recevant aucun soin ;
- Favoriser auprès de ce public vulnérable un contact sanitaire et/ou social en vue d'éventuelles orientations ;
- Témoigner des difficultés qu'il rencontre.

Résultats de l'activité

Comme les autres années, nos actions dans la rue se sont essentiellement articulées autour des distributions alimentaires.

Chaque semaine, des équipes composées de médecins, chauffeurs, infirmières, accueillantes, psychologue et/ou assistante sociale sortent à bord d'une ambulance. Cette année, nos équipes ont tourné en soirée le lundi, le mardi, le mercredi, et le vendredi.

Nous avons connu une forte baisse d'activité en 2002, notamment en raison de problèmes techniques (panne de véhicule).

Nous retrouvons cette année un niveau d'activité presque comparable à l'année 2001 qui avait aussi été marquée par les arrivées massives de demandeurs d'asile qui venaient se nourrir lors de ces distributions alimentaires.

Tableau 61 : Evolution du nombre de consultations entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
Nombre de consultations	1 711	784	481

Nous avons essayé cette année pour la première fois d'estimer la file active de nos tournées de rue, c'est-à-dire le nombre de personnes différentes que nous avons rencontrées.

Nous avons dû trouver une méthode la plus fiable possible et qui respecte l'anonymat des personnes. Nous leur avons donc demandé à chaque passage leur prénom, le mois et l'année de naissance et nous en avons fait la liste.

Lors de l'établissement de la liste de la file active, nous avons donc tenté d'éliminer les « doublons » (bien souvent dus à une orthographe différente du même prénom). Une estimation plus réaliste

pourrait donc se situer **autour de 900 personnes.**

(A noter que l'équipe de Nice utilise une fiche de recueil de données, depuis plusieurs années.)

> Age et sexe :

La population rencontrée est **majoritairement composée d'hommes** : 86% des consultations les concernent.

La moyenne d'âge est de 43 ans.

Nous avons vu dans la rue cette année un public un peu plus âgé que les années précédentes, avec toutefois une stabilité de la tranche des plus de 60 ans.

Les très jeunes ne sont plus ou presque plus représentés (ce qui, en soi, est rassurant).

Tableau 62 : Evolution des tranches d'âge entre 2001 et 2003⁴⁰

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Moins de 16 ans	11,5	3,9	0,4
De 16 à 24 ans	13,5	13,5	11,4
De 25 à 40 ans	39,5	42,8	39,2
De 41 à 60 ans	29,1	28,5	38,0
Plus de 60 ans	6,4	11,3	11,0

> Groupe continental :

C'est dans la rue que nous rencontrons le plus de Français (40,9%) ; ils sont souvent titulaires du RMI ou en attente de l'être, fortement marginalisés, leur parcours est semé d'échecs et d'errance. D'autres se sont fait « prendre au piège » de l'attrait du soleil, pensant pouvoir rapidement trouver du travail, ils quittent rapidement le peu qu'ils avaient dans un autre département et se retrouvent ici à la rue et sans ressource.

La proportion d'Européens hors communauté européenne est importante (31,3%) : ce sont soit des demandeurs d'asile sans famille qui n'ont pu accéder à un hébergement, soit des ressortissants de Roumanie, de Pologne ou d'autres pays bientôt dans l'Union Européenne, souvent jeunes qui essaient de tenter leur chance.

Tableau 63 : Evolution des groupes continentaux entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
France	29,3	42,7	40,9
Union européenne	5,4	6,6	11,9
Europe autre	50,5	32,6	31,3
Afrique sub-saharienne	9,7	15,4	1,8
Maghreb	0,3	0,6	12,2
Proche/Moyen-Orient	0,3	0,3	0,5
Asie	1,7	1,7	0,3
Océanie Amériques	0,2	0,1	1,1

> Conditions de logement

Logiquement **une très grande majorité des personnes que nous rencontrons sont sans logement** ; néanmoins cette proportion a augmenté par rapport à l'année dernière : ils étaient 63% ; cette augmentation traduit la difficulté toujours croissante de se loger, ainsi que la saturation du dispositif d'hébergement.

Les quelques personnes bénéficiant d'un logement fixe sont des personnes ayant de très faibles revenus qui ne peuvent se nourrir ailleurs que lors de ces distributions ; ou encore des personnes qui ressentent leurs conditions de logement comme stables mais qui parfois vivent dans des taudis.

Tableau 64 : Répartition des personnes rencontrées selon le type de logement

Fixe	14 %
Précaire	12 %
Sans logement	74 %

> Couverture maladie

Nous essayons de connaître la situation au regard de la couverture maladie des personnes que nous rencontrons.

62% des personnes déclarent n'avoir aucune couverture maladie et seulement 1% ont une couverture de base et une complémentaire ; 4,5% ont l'AME (pour les 32,5% restants nous n'avons pas d'information).

> Motifs de consultation, pathologies rencontrées

Comme les autres années, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont la dermatologie et les affections ORL (tableau 65). La douleur est un motif fréquent de consultation, les souffrances physiques sont authentiques, souvent sérieuses quant au pronostic court et moyen terme.

Nous avons dû parfois, face à la gravité de l'état d'un patient organiser son transport vers l'hôpital soit en l'accompagnant, soit après avoir fait appel aux pompiers.

Lors de ces tournées, beaucoup de soins infirmiers sont réalisés (nous ne les avons pas comptabilisés).

Quasiment toutes les personnes rencontrées sont en situation de souffrance psychique, les soins et l'écoute que nous avons pour elles les soulagent au moins momentanément.

Toutes ces personnes, dans des logiques de survie ont d'énormes difficultés à prendre en charge leur santé : leur errance, le sentiment d'abandon et de mésestime de soi qu'elles ressentent rendent souvent impossible un suivi médical à long terme, nous intervenons donc souvent dans leur urgence sans avoir comme objectif un suivi et encore moins l'insertion.

Tableau 65 : Evolution des motifs de consultation entre 2001 et 2003

Motifs de consultation	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
Dermatologie	14,8	15,7	19,9
ORL	10,7	12,7	14,3
Pneumologie	6,1	7,7	10,1
Dentaire stomato	9,3	5,8	7,8
Traumatologie	12,1	5,8	7,6
Gastro-entérologie	6,4	4,3	7,3
Autres	16,0	12,7	7,0
Souffrance psychique	4,6	4,3	6,4
Ostéoarticulaire	4,2	5,1	5,9
Cardio-vasculaire	3,9	8,8	4,2
Psychiatrie	1,2	1,7	3,2
Ophthalmologie	1,2	1,2	1,7
Endocrino-métabolisme	3,2	1,3	1,6
Infectieux non classés	1,2	0,6	1,2
Hépatites B et C	0,7	0,0	0,7
Urologie/néphrologie	1,8	0,4	0,4
VIH	0,9	0,1	0,3
Diagnostic en attente	0,1	0,6	0,2
Gynéco-obstétrique	1,1	0,1	0,1
Tuberculose	0,4	0,1	0,1
Non médical (hygiène...)		10,6	

> Prévention et orientation

Au delà du travail médical, nous effectuons un travail d'information et d'orientation auprès des personnes et surtout d'écoute.

Tableau 66 : répartition des actions de prévention et des types d'orientation

Actions de prévention	
Produits d'hygiène	406
Alimentaire	274
Sacs de couchage	193
Vêtements	144
Entretien d'aide	113
Préservatifs	17
Kits d'injection stérile	12
Brochure documentation	5

Orientations	
Centre de soins MDM	321
I 15	8
Prise en charge et accompagnement	7
Samu	1
Centre de vaccination	1
Centre de dépistage	1
Hébergement	0

Les données recueillies semblent sous-estimer les entretiens d'aide (la définition en reste floue : ce sont de véritables entretiens construits et non des discussions à bâtons rompus) ; de même la distribution de préservatifs ne semble pas notée systématiquement.

Concernant la remise des duvets, nous sommes malheureusement limités par notre stock.

Quant aux orientations, elles vont essentiellement vers le centre de soins où un travail sera fait par l'équipe pour une éventuelle orientation vers des structures de droit commun : nous l'avons vu, seules environ 6% des personnes auraient une couverture maladie qui les couvre à 100%.

Cette action dans la rue nous paraît essentielle pour toucher les personnes les plus exclues et leur apporter un premier soutien.

3. Les missions Rave : premiers résultats de l'enquête passée au Teknival de Rennes en décembre 2003

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'analyse des questionnaires passés lors du teknival en marge du festival des Transmusicales de Rennes en décembre 2003. Ils ne sont bien sûr pas transposables à l'ensemble de la population que rencontrent nos missions Rave. Il faut donc poursuivre ce travail sur les différents types d'événements auxquels participent les missions tout au long de l'année, pour en tirer des conclusions généralisables.

Le recueil de données s'est construit en deux volets :

- **un volet quantitatif** permettant de comptabiliser toute l'activité et le nombre de contacts de prévention, à *recueillir systématiquement lors de chaque intervention* ;
- **un volet dit qualitatif** pour mieux connaître la population qui se présente sur le stand MDM, à *mener de manière ponctuelle*. Nous ne disposons en effet d'aucune information concernant la population rencontrée depuis la recherche action de MDM menée en 1998/1999.

Les missions Rave présentes aux Transmusicales de Rennes les 6, 7 et 8 décembre 2003 (*Rennes, Nantes et Paris*) ont ainsi testé :

- la possibilité de gérer le volet quantitatif systématique permettant de documenter l'activité : combien de contacts, combien d'entretiens de prévention...
- la faisabilité d'un recueil de données sur les caractéristiques de la population lors d'un événement festif techno.

1. L'outil utilisé pour le volet quantitatif est une fiche d'accueil sur laquelle on distingue :

- le nombre de contacts pour lesquels il y a échanges durant lesquels on fait passer un message de prévention ;
- le nombre de contacts pour lesquels on ne fait que distribuer du matériel ;
- le tout en 2 colonnes, pour différencier le sexe.

C'est ainsi que **1 019 contacts avec entretiens de prévention** (35% de femmes (353) et 65% d'hommes (666)) et **1 060 contacts avec distribution de matériel de prévention**, (27% de femmes (287) et 73% d'hommes (773)) ont été recensés.

Il a été constaté qu'il était difficile pour chaque intervenant de noter en continu sur un support chaque entretien et de repérer en même temps les personnes qui prennent seulement du matériel notamment lorsque l'afflux est important.

De plus, le recueil n'a pas été fait en continu, les plages horaires n'ont pas forcément été notées, **ce qui rend une pondération de l'activité difficile**. On ne peut donc pas se reporter aux chiffres cités ci-dessus pour rendre compte de l'activité réelle du stand accueil lors des transmuscules de Rennes.

Le choix a donc été pour les prochaines interventions de recourir à ce procédé 15 minutes toutes les deux heures par une personne qui reste en retrait et qui peut ainsi noter les informations, celles-ci pouvant être pondérées, ce qui donnera une estimation assez fiable du total des contacts.

2. Un questionnaire a par ailleurs été élaboré pour avoir une meilleure connaissance de la population

95 questionnaires ont été réalisés, 23 bénévoles des missions ont participé à la passation du questionnaire, avec l'appui de la Coordination Mission France et du Service Technique d'Appui aux Opérations de Médecins du Monde.

Résultats⁴¹

Les free-parties et les teknivals sont les fêtes les plus recherchées. Deux personnes sur trois fréquentent les fêtes au moins une fois par mois. La majorité des personnes ont participé à leur première fête techno quand elles étaient mineures, l'âge moyen de la première fête étant de 17,8 ans, l'âge minimum étant 14 ans.

45% des personnes rencontrées viennent au stand Médecins du Monde pour la première fois.

> Qui sont les personnes rencontrées ?

La population rencontrée est majoritairement de sexe masculin

(71,6%). La moyenne d'âge est de 22 ans. 20% des jeunes ont moins de 20 ans et largement plus d'un sur deux (58,9%) a entre 20 et 24 ans. 3 mineurs ont été rencontrés.

Plus d'un enquêté sur trois vit encore chez ses parents et près d'un sur deux a un logement personnel. Ils sont 11% à vivre dans un logement mobile, 2% en foyer ou en hôtel et plus de 4% vivent en squat ou n'ont pas de domicile.

Un jeune sur quatre vit en couple, et plus d'un tiers vit seul. 30% d'entre eux vivent avec leurs parents et 11% avec des amis ou autre famille.

Une personne sur deux exerce une activité professionnelle (dont une moitié en CDI et l'autre moitié en CDD ou intérim), un quart est étudiant et un quart sans emploi.

44% des personnes interrogées ont des ressources mensuelles inférieures à 700 euros, la plupart d'entre elles est sans emploi (42,1%) ou étudiant (36,8%).

9 personnes sur 10 ont une couverture médicale de base et 70% ont une couverture complémentaire. 7% ne savent pas s'ils sont couverts et comment. A noter que 3% n'ont pas de couverture.

> Les consommations de produits

La comparaison des données obtenues lors des enquêtes de 1998 /1999 et celles de Rennes en 2003 montre une forte augmentation de la consommation (expérimentation ou usage) de l'ensemble des produits répertoriés.

Le tabac est consommé par 75,8% des personnes rencontrées. Les filles sont plus nombreuses à fumer (81,5% vs 73,5%). La comparaison des catégories de fumeurs avec les données de 1998/1999 et une population générale (Baromètre Santé Jeunes ...) montre qu'ils sont plus nombreux à fumer que dans la population générale, mais aussi moins nombreux à fumer qu'il y a 5 ans, ce qui suit aussi une tendance nationale.

Quant à **l'alcool**, 94% des personnes interrogées en consomment et 60% de ces dernières en consomment plus de deux fois par semaine.

Afin de mesurer le risque lié à la consommation d'alcool, nous avons utilisé le test de repérage des buveurs à risque, le test FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) – mis en place et validé par

l'ANPA - programme « boire moins, c'est mieux ».⁴²

Les résultats de ce test de repérage montrent que 6 personnes sur 10 ont un risque « alcool » très élevé avec possible dépendance, que 1 personne sur 4 a un risque élevé, et que seule une personne sur 6 a un risque faible ou nul. Le score est plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Des comparaisons de ces résultats avec plusieurs populations⁴³ montrent **un très fort risque lié à l'alcool avec probable dépendance pour 59% de notre échantillon**, contre 17% dans une population de jeunes ayant un contact régulier avec l'alcool, 4% dans une population générale de jeunes de 18-25 ans et 3% dans une population générale.

La grande majorité des personnes interrogées consomme du **cannabis** (92%). Il n'y a pas de différence selon le sexe, l'âge, les conditions de vie, ou la situation professionnelle. L'âge moyen du début de consommation est de 14 ans 1/2, avec un âge minimum de 11 ans et un âge maximum de 20 ans. Les 3/4 des personnes interrogées ont commencé entre 13 et 16 ans.

98% des consommateurs de notre échantillon ont fumé du cannabis durant les 30 derniers jours. Les 3/4 ont fumé plus de 20 fois du cannabis dans les 30 derniers jours.

(Selon l'étude Escapad 2002 de l'OFDT, les jeunes (de 17-19 ans) sont 6,3% à avoir consommé quotidiennement du cannabis durant les 30 derniers jours.)

L'ecstasy est la première substance psychoactive illicite consommée après le cannabis : 87% des personnes enquêtées en ont déjà consommé : 10% d'entre elles dans le cadre d'une expérimentation. Parmi les personnes qui en consomment de manière plus régulière, 78% en ont consommé durant les 30 derniers jours (dont plus de la moitié plus de 3 fois).

L'âge moyen de début de consommation est de 17 ans 3/4 : près de la moitié des consommateurs ont pris leur premier ecstasy avant 18 ans.

> **Autres produits stimulants :**

La cocaïne est le produit stimulant le plus utilisé, avec 81% de consommateurs, dont seulement 1/4 n'ont été qu'expérimentateurs. Parmi les consommateurs plus réguliers, 30% en ont consommé 3 fois ou plus durant les 30 derniers jours.

L'expérimentation et la consommation de cocaïne ne sont pas corrélées à l'âge, la situation professionnelle, les ressources ou le logement.

La cocaïne est principalement sniffée (72,5%) et fumée ou inhalée (23%). A noter que 4,4% des consommations se font par injection.

On observe une augmentation de la consommation de **crack – free base** : 10% en 1998/1999 à 17% en 2003.

L'âge moyen du début de consommation de crack est de 17,9 ans, un peu plus jeune que pour la cocaïne (19,1 ans). Dans ce groupe de 16 personnes, la proportion d'expérimentateurs est plus élevée qu'avec la cocaïne : 53,3%. Quatre personnes en ont consommé dans les 30 derniers jours et « seulement » une ou deux fois.

94% des consommateurs de crack sont consommateurs de cocaïne.

La comparaison des données avec celles des enquêtes de l'OFDT (rapport Trend 2002) montre qu'ils sont plus nombreux à consommer de la cocaïne dans les 30 derniers jours à Rennes (50% vs 42% pour Trend) et moins nombreux à consommer du crack – free base (4% contre 26% pour Trend)

Les amphétamines ont déjà été consommées par 70% des enquêtés. On observe une forte augmentation de la consommation : 47% en 1998/1999 à 70% en 2003. Pour 30% des consommateurs, il s'agissait d'expérimentation. Parmi les consommateurs réguliers, plus de la moitié en ont consommé une à deux fois durant les 30 derniers jours, et 45% d'entre eux plus de 3 fois. Elles sont principalement avalées (52%) puis sniffées (40%). A noter qu'une personne a déclaré s'être déjà injectée des amphétamines.

Les métamphétamines, quant à elles, ont déjà été consommées pour un enquêté sur quatre, lors d'une fête le plus souvent. Il s'agissait d'une expérimentation pour près de la moitié d'entre eux. Elles sont principalement avalées (58%) puis sniffées (42%).

> **Les produits sédatifs :**

L'héroïne a été déjà consommée par 42% des enquêtés, lors d'une fête pour la moitié d'entre eux et hors fête pour l'autre moitié. Il s'agissait d'une expérimentation pour 70% d'entre eux.

Parmi les 8 consommateurs plus réguliers enquêtés, 7 en ont consommé une à deux fois dans les 30 derniers jours, et une personne en a consommé plus de 10 fois.

Le mode de consommation principal reste le sniff pour 60% des consommateurs. 17% en ont fumé, 5% avalé et 5% injecté.

L'expérimentation et la consommation d'héroïne ne sont pas corrélées.

liées à l'âge, les conditions de vie, la situation professionnelle, les ressources ou le logement.

A noter qu'il existe une corrélation forte entre l'âge du début de consommation d'héroïne et celui de la cocaïne, et également avec l'âge de début de consommation d'ecstasy. En effet, si l'on observe les âges moyens de début de consommation, la majorité des personnes rencontrées qui consomment de l'héroïne (expérimentation ou usage) ont consommé de l'ecstasy un an 1/2 auparavant.

L'opium ou le rachacha ont été consommés par 54% des enquêtés, le plus souvent lors d'une fête (2 sur 3), et de manière expérimentale pour près de la moitié d'entre eux (46%).

Le subutex a déjà été consommé par 22% des enquêtés, hors fête pour les trois quarts d'entre eux. Il s'agissait d'une expérimentation pour 70% d'entre eux.

Les médicaments et tranquillisants (hors prescription) ont été consommés par 19% des enquêtés, 6 fois sur 10 lors d'une expérimentation et deux fois plus souvent hors fête qu'en fête. Les filles semblent en consommer légèrement plus souvent que les garçons (22% vs 17%).

> Les produits hallucinogènes :

Les plantes hallucinogènes et champignons sont les substances hallucinogènes les plus consommées : 84 %, le plus souvent de manière régulière (74%) et le plus souvent lors de fêtes (77%).

Le LSD a été consommé par 70% des enquêtés, et plus souvent de manière régulière qu'expérimentale (67% vs 33%) et lors d'une fête pour la grande majorité (77%). Plus d'un tiers (36%) en ont consommé plus de 3 fois, au cours des 30 derniers jours.

La kétamine a déjà été consommée par 22% des personnes rencontrées, lors d'une fête pour les trois quarts d'entre elles. Il s'agissait d'une expérimentation pour la moitié d'entre elles, soit 11 personnes.

Le mode de consommation principal reste le sniff pour 90% des consommateurs, ayant répondu à cette question (1 personne déclare l'avaler).

> Les Polyconsommations

Les personnes interrogées sont consommatrices d'un grand nombre de produits. En effet, seule une personne rencontrée n'a pas consommé d'autres produits que de l'alcool ou du cannabis. En excluant le tabac, l'alcool et le cannabis, on note que 30% des personnes rencontrées ont consommé ou expérimenté de 1 à 5 produits, 50% de 6 à 10 produits, et 20% plus de 10 produits. Les personnes rencontrées consomment en moyenne 7 produits.

Interrogés sur le menu type d'une soirée en teknival « *sur une fête comme aujourd'hui, qu'as-tu l'habitude de consommer ?* », ils sont 63% à citer l'ecstasy, 59% le cannabis, 56% l'alcool et 36% la cocaïne. Viennent ensuite les amphétamines (27%), le LSD (24%) et les plantes hallucinogènes (12%). L'héroïne est citée par 6% des personnes rencontrées.

> Les comportements à risque :

Le niveau d'information de la population rencontrée s'est notamment mesurée avec un quizz de 10 questions sur l'ecstasy, l'alcool, la dépendance au cannabis, les dépendances et overdoses possibles avec l'héroïne, la kétamine et la cocaïne.

La moyenne obtenue au questionnaire est de 6,8 bonnes réponses.

A noter que les personnes déjà venues sur le stand MDM obtiennent bien plus souvent un score supérieur à 8 que les personnes qui viennent pour la première fois (46,2% vs 25,6% - p < 0,05)

Plus de la moitié des consommateurs (57%) se procurent leurs produits auprès de gens qu'ils ne connaissent pas. 73% disent ne pas être sûrs de ce qu'ils consomment.

35% des consommateurs utilisant du matériel (pailles ou seringues) ont été amenés à partager leur matériel.

29% ont déjà fait un test de dépistage VIH, 26% ont fait un dépistage VHB (77% sont vaccinés contre l'hépatite B), et 25% un dépistage VHC.

Plus d'un jeune sur trois dit avoir des rapports sexuels non protégés.

62% des personnes interrogées conduisent après avoir consommé des produits.

61% des personnes interrogées sont porteuses de piercings ou de tatouages. 21% d'entre elles les ont fait en dehors de boutiques spécialisées.

Malgré tout, 87,3% des personnes interrogées ont une vision positive de leur santé.

4. Le Bus méthadone bas seuil de Paris

Ce programme consiste à aller, à bord d'une unité mobile au-devant d'usagers de drogues très marginalisés ayant peu ou pas de contacts avec des structures de soins spécialisées. Le programme propose un traitement de substitution par la méthadone sans pour autant leur imposer un cadre aussi rigide que celui existant dans la majorité des structures de soins spécialisées. Il fonctionne 7 jours sur 7 et est constitué d'une équipe pluridisciplinaire. La vocation de ce bus est de se concevoir comme une passerelle, et non de maintenir les usagers dans le programme.

Les principes de notre bus méthadone sont :

- une réponse immédiate à la demande d'usagers souhaitant bénéficier d'une substitution : accès à la méthadone dans les heures qui suivent la 1^{ère} rencontre ;
- une présence 7 jours sur 7 sur les mêmes sites et aux mêmes heures : cela représente pour l'équipe de grandes difficultés d'organisation mais une grande simplicité d'accès pour les usagers qui peuvent compter sur une présence médico-sociale tous les jours ;
- le respect des besoins des usagers : ce sont eux qui déterminent leurs attentes vis-à-vis du programme sans ingérence de la part de l'équipe mais avec un soutien toujours présent.

> Le Bus méthadone Paris

En 6 ans, 1 559 patients ont été inclus dans le programme.

Les chiffres cités ci-dessous sont recueillis à partir du questionnaire d'inclusion, renseigné pour chaque nouveau patient, une fois prise la décision de l'inclure dans le programme. En cours d'année, une fiche de suivie est également remplie. Elle prend en compte toutes les modifications intervenues depuis l'inclusion tant sur le plan médical que familial ou juridique. Au moment de l'orientation des patients, une fiche de sortie est également renseignée.

Les consultations médicales (hors actes de délivrance de méthadone) et les entretiens psychologiques ont représenté 1 821 actes, soit 30% de plus qu'en 2002. 519 consultations sociales ont été réalisées.

Au 31 décembre 2003, **la file active du programme était de 505 patients** (pour 529 personnes accueillies) dont 233 nouveaux. 61% des patients sont venus sur le programme par leur propre réseau (amis, famille, usagers). Même si 75% des usagers sont domiciliés sur Paris, 22% des patients viennent de banlieue. Cela pose la question du nombre limité et de l'accessibilité des centres métha-

done en Région Parisienne, même si une amélioration a pu être constatée.

86% des patients sont des hommes (contre 82% en 2001). 45% des patients (35% en 2001) sont de nationalité étrangère. Parmi les patients étrangers, 11% viennent d'ex-URSS et 7% de Chine.

La tranche d'âge la plus représentée sur l'ensemble de la file active est celle de 30 à 39 ans (49% versus 52% en 2002).

Avant de se présenter au programme, **plus de la moitié des patients (52%) n'avaient jamais été suivis par rapport à leur toxicomanie et 64% n'avaient eu aucun contact avec une structure spécialisée de soins pour toxicomanes.**

Lorsque les usagers déclarent un suivi antérieur, c'est dans 33% un suivi par un médecin de ville. Ce taux est en nette diminution (43% en 2001 et 35% en 2002). Il est certainement à corréliser avec la part importante d'usagers étrangers qui outre leur situation au regard de la couverture maladie et de réelles difficultés d'accès aux soins, ont pour certains, de vraies réticences à se dévoiler comme usagers de drogues et sont peu familiarisés avec la notion d'anonymat. **59% des usagers étrangers n'ont jamais été suivis. Chez les usagers français ce taux est de 39%.**

175 personnes (34% de la file active) ont été orientées majoritairement vers des centres de soins spécialisés pour toxicomanes et des médecins de ville.

En moyenne, **87 patients sont passés sur le bus quotidiennement en 2003.** Au lieu fixe, on estime à 133 le nombre de passages mensuels. Ces chiffres mettent en évidence l'immense besoin d'un tel programme à Paris et soumet l'équipe à une tension permanente.

Beaucoup d'usagers doivent faire face à des difficultés administratives (couverture maladie, titre de séjour, hébergement). 28% des *nouveaux patients inclus* dans le programme sont sans aucune couverture maladie, souvent par méconnaissance de leurs droits.

Le nombre total d'usagers sans couverture maladie a diminué (27% versus 37% en 2002). Cela peut s'expliquer notamment par une légère augmentation des usagers bénéficiant de la CMU (23% contre 17% en 2002).

Le taux d'usagers en hébergement précaire (41%) ou sans domicile reste inquiétant (16%) et augmente régulièrement. En 2002, les patients en hébergement précaire représentaient 35,6% et ceux sans domicile fixe 13,5%.

39% des patients vivent sans source de revenus et sont obligés de se débrouiller pour survivre.

En termes de consommations, il ressort que parmi les produits consommés *au moins une fois pendant le dernier mois avant l'inclusion*, 69% des patients déclarent avoir consommé de l'héroïne, 40% de la méthadone, 38% de l'alcool, 34% des benzodiazépines, 27% de la cocaïne, 25% du skenan, 24% du subutex, 20% du crack, 9% du rohypnol et 6% de l'ecstasy.

Le pourcentage d'usagers du programme déclarant injecter quotidiennement a diminué ces dernières années (41% contre 47% en 2001, 51% en 2000 malgré une légère augmentation entre 2002 et 2003 : 39% vs 41%).

La réutilisation du matériel de consommation reste toujours trop élevée (53% contre 57% en 2002) malgré la large diffusion des messages d'information et de prévention sur les risques liés à cette pratique.

L'un des problèmes majeurs rencontrés par notre programme est la difficulté à orienter les patients vers les structures de prise en charge adaptées à leur situation, en raison du peu de places disponibles.

L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées est l'objectif principal de la Mission France de Médecins du Monde. Partout où nous agissons, nous tentons de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins par des propositions concrètes offertes aux populations mais aussi aux acteurs socio-sanitaires tant au niveau des pratiques qu'au niveau législatif.

Nous nous attachons à ne parler que de ce que nous voyons concrètement sur le terrain et nous le documentons grâce à notre observatoire de l'accès aux soins avec une méthodologie rigoureuse.

C'est ce qui fait la « valeur » de notre témoignage auprès des acteurs politiques et des institutions.

Enfin, il est important d'insister sur le fait que la couverture maladie est un instrument de lutte contre les inégalités sociales car elle a un rôle protecteur fort sur la santé des plus pauvres. Cela pose l'engagement de Médecins du Monde pour une couverture maladie véritablement universelle.

Nous avons encore de grands chantiers devant nous :

- Témoigner des conséquences des restrictions de l'Aide Médicale Etat sur l'accès aux soins ;
- Consolider le recueil de données dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation ;
- Développer et renforcer la dynamique de recueil de données pour l'ensemble des programmes mobiles de proximité, en s'appuyant sur les expériences concrètes des différents sites pilotes ;
- Mettre en place des enquêtes spécifiques sur des problématiques ou populations rencontrées ;
- Continuer à aider les missions de Médecins du Monde à l'étranger qui veulent développer leur recueil de données ;
- S'ouvrir à l'Europe, concevoir et construire **l'Observatoire européen de l'accès aux soins des missions Médecins du Monde**.

En effet, présent, à travers des missions, des bureaux ou des délégations sur de nombreux pays de l'union européenne, Médecins du Monde se doit d'assumer cette dimension dans le cadre de ses actions dites « locales », et de lutter pour la prise en compte par l'Union Européenne de la santé des plus vulnérables.

Pour témoigner en faveur des publics restant hors du système de soins, malgré les avancées législatives, Médecins du Monde a mis en place, en 2000, un Observatoire de l'accès aux soins. C'est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France, permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leur état de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs et d'en témoigner. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire.

Il permet l'élaboration et l'argumentation de propositions auprès des acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations vivant dans la précarité.

En effet, fort de son expertise de terrain, Médecins du Monde mobilise les décideurs des politiques publiques et les acteurs de santé afin que tous ensemble nous modifions nos pratiques pour un accès aux soins non discriminant et de qualité.

Ce quatrième rapport annuel est réalisé à partir :

- des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ;
- des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ;
- des données qui commencent à être recueillies dans les actions mobiles de proximité ;
- du résultat d'une enquête spécifique menée lors du teknival de décembre 2003 en Bretagne ;
- du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins.

En 2003, l'analyse statistique, réalisée avec l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées, porte sur 19 863 patients et 43 526 consultations médicales effectuées dans les CASO.

Le profil démographique montre que les consultants des CASO sont majoritairement des hommes (59%), jeunes (âge moyen de 34 ans, 57% ont moins de 35 ans, un patient sur 10 est mineur), et étrangers (86%). Les 5 nationalités les plus représentées sont l'Algérie, la France, le Maroc, la Roumanie et le Cameroun.

63% des patients étrangers sont en France depuis moins d'un an, 17% depuis plus de 3 ans.

Le profil socio-économique est marqué par la précarité : 36% des patients déclarent vivre dans un logement précaire et 20% sont sans domicile. Lorsque le logement existe, celui-ci est décrit par les patients comme insalubre (14%) ou surpeuplé (16%) et cela d'autant plus que le logement est précaire. 96% vivent avec moins de 566,5 euros par mois (seuil CMU/AME). Près d'un étranger sur deux n'a pas de titre de séjour (47%) et plus d'un quart est demandeur d'asile (27%).

79% des personnes rencontrées n'ont aucune couverture maladie lors de leur première visite à Médecins du Monde. A droit équivalent, les étrangers ont deux fois moins souvent leurs droits ouverts à la CMU que les Français (29% vs 59%).

La logique voudrait que la proportion d'étrangers ayant des droits ouverts à une couverture maladie soit d'autant plus élevée que le nombre d'années passées en France est grand. Toutefois, les personnes relevant de l'AME qui sont en France depuis plus de 10 ans sont encore 74% à ne pas avoir de droits ouverts, et 11% ont une demande en cours.

Une des difficultés d'accès aux soins réside dans l'obligation de domiciliation : 57% des patients qui ont besoin d'une domiciliation n'en ont pas. Rappelons que Médecins du Monde réclame depuis 4 ans la suppression de l'obligation de domiciliation.

Parmi les obstacles pour l'accès et la continuité des soins tels qu'ils sont exprimés par les patients eux-mêmes, notons :

- les difficultés financières (43%), à cause par exemple des importants « restes à charge » empêchant l'accès aux soins en dentaire et en optique principalement ;
- la méconnaissance des droits et des structures (42%) par manque d'information ciblée auprès des étrangers en difficulté ; si les personnes ignorent souvent leurs droits, elles ignorent aussi les lieux où elles pourraient se faire soigner ;
- les difficultés administratives (24%), par la complexité des démarches, avec notamment des demandes de justificatifs de plus en plus compliqués à obtenir ;
- et la barrière linguistique (17%).

Les motifs de consultations médicales sont multiples. Les patients que nous rencontrons ne présentent pas de pathologies spécifiques, mais ces dernières sont aggravées par les conditions de vie. Les principales pathologies sont dermatologiques, ORL et ostéo-articulaires. Des signes évocateurs de souffrance psychique ont été repérés dans 16% des consultations.

Le défi à relever pour les équipes de MDM et pour l'ensemble des acteurs sociaux et sanitaires est celui des vaccinations et de l'accom-

pagnement vers le dépistage et le traitement VIH, VHB, VHC des populations précaires.

Dans près de 9% des consultations, un recours tardif aux soins a été constaté (12% lorsqu'il s'agit d'une première consultation) et pour 13% des soins urgents se sont imposés.

Lorsque les droits à la couverture maladie ne sont pas ouverts, la fréquence du retard aux soins est significativement plus élevée que lorsque les droits sont effectifs, de même que la nécessité de soins urgents.

Enfin, parmi les patients qui relèvent de l'Aide Médicale Etat, 18% nécessitent des soins urgents. Et pourtant, à partir du 1er janvier 2004, l'ouverture immédiate des droits a été supprimée par la loi.

Afin de mieux cerner les problématiques par type de population, un focus particulier a été réalisé sur les femmes, les adolescentes de 13 à 17 ans, les sans papiers, les demandeurs d'asile, les sans domicile, les Français, les jeunes de 16 à 24 ans ou encore les mineurs.

L'analyse de la première enquête lors du teknival de Rennes en décembre 2003 apporte une connaissance des jeunes rencontrés et de leur polyconsommation de produits psychoactifs.

Les données du bus méthadone de Paris donnent un éclairage sur un programme innovant de prévention et de substitution des opiacés.

La mission auprès des Roms en Ile-de-France donne ici quelques résultats des 94 veilles sanitaires réalisées sur 27 terrains différents auprès d'une population victime de discriminations dans leur pays comme ici. La mission auprès de 900 SDF à Nice décrit les personnes rencontrées au cours des 4 sorties de rue hebdomadaires.

En 2004, les chantiers de l'Observatoire seront de :

- témoigner des conséquences des restrictions de l'Aide Médicale Etat sur l'accès aux soins ;
- consolider le recueil de données dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation ;
- développer et renforcer la dynamique de recueil de données pour l'ensemble des programmes mobiles de proximité, en s'appuyant sur les expériences concrètes des différents sites pilotes ;
- mettre en place des enquêtes spécifiques sur des problématiques ou populations rencontrées ;
- continuer à aider les missions de Médecins du Monde à l'étranger qui veulent développer leur recueil de données ;
- s'ouvrir à l'Europe, concevoir et construire l'Observatoire européen de l'accès aux soins des missions Médecins du Monde.

> Notes

1 A noter que les équipes n'ont pas systématiquement réactualisé les dossiers lorsque la situation s'est présentée (manque de temps, afflux à l'accueil). Nous espérons qu'elles pourront le faire en 2004.

2 Il s'agit du groupe de santé publique qui est chargé de suivre le projet de l'Observatoire, tant dans la validation des outils de recueil de données, que de l'analyse qui en est faite.

3 Aix-en-Provence, Ajaccio, Angers, Besançon, Bordeaux, Gennevilliers, Grenoble, Lyon, Le Havre, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris, Pau, Poitiers, Rouen, Strasbourg, Toulouse et Valenciennes.

4 Un élément technique est également à prendre en compte. La mission Roms d'Ile-de-France, qui saisissait jusqu'alors ces données avec celles du CASO de Gennevilliers, a mis en place début 2003 un recueil de données qui lui est propre.

5 L'équipe d'accueil s'est dotée de supports-papiers pré-imprimés pour répondre aux demandes les plus fréquentes d'orientation et d'information des patients. Ces documents sont donc ainsi comptabilisés. Le décompte qui en est fait permet de connaître le nombre et le type d'orientations effectuées à l'accueil.

6 Taux de réponse de la variable sexe : 99,8%

7 Nous considérons :

- logement fixe : les personnes qui déclarent avoir un domicile personnel ou partagé, ou déclarent habiter de manière fixe chez de la famille ou des amis ;

- logement précaire : les personnes qui déclarent habiter de façon précaire chez de la famille ou des amis, dans un squat aménagé avec eau et électricité, dans une caravane, dans un CHRS... ;

- sans logement : les personnes qui déclarent être sans domicile, vivre dans la rue, dans des abris, en squats « nus », en hébergement d'urgence...

8 cf la fiche population « les demandeurs d'asile ».

9 « 12 propositions de Médecins du Monde, pour un accès aux soins pour tous en France », Médecins du Monde, mars 2002, disponible à la Coordination Mission France.

10 « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU », DREES, Etudes et Résultats n°294, mars 2004.

11 « Santé, soins et protection sociale en 2002 », CREDES, Question d'économie de la santé n°78, décembre 2003.

12 Compte-rendu de la réunion de travail CNAM / FONDS CMU / Associations sur le fonctionnement de la prestation, du 25 février 2004.

13 « Les opinions sur la CMU et ses bénéficiaires au 1er trimestre 2000 », DREES, Etudes et Résultats n°123, juillet 2001.

14 Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Ecole de santé publique de Nancy, Médecins du Monde, Juin 2003

15 Article complet disponible à la Coordination Mission France

16 « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999 », DRESS, série statistiques n° 19, février 2001.

17 La question sur les médicaments est un peu imprécise dans la mesure où elle ne permet pas de distinguer les médicaments psychotropes des autres classes pharmaceutiques.

18 CFES, Baromètre Santé 2000.

19 « Enquête alcool auprès des usagers du système de soins, novembre 2000 », DRESS, Etudes et résultats n°192, septembre 2002.

20 Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H, « Précarité, risque et santé », enquête

menée auprès des consultants de centres de soins gratuits, CREDES, Questions d'économie de la santé n° 63, janvier 2003.

21 Le groupe santé mentale de Médecins du Monde travaille activement sur le sujet avec les acteurs des différentes missions.

22 Bordeaux n'enregistre en informatique que les premières consultations dentaires.

23 Beynet A, Menahem G, « Problèmes dentaires et précarité », enquête ESSM et enquête Préalogue 1999-2000, CREDES, février 2002.

24 *Idem.*

25 Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, juin 2003.

26 Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H, « Précarité, risque et santé », enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits, CREDES, Questions d'économie de la santé n° 63, janvier 2003.

27 Les taux de dépistage selon le sexe sont déjà présentés en première partie du rapport.

28 Il s'agit d'étrangers majeurs en provenance d'un pays extérieur à l'Union Européenne.

29 Ce statut a été supprimé par la loi sur l'asile en vigueur depuis le 1er janvier 2004 et remplacé dans une certaine mesure par l'asile subsidiaire. Loi n° 2003 – 1176 du 10 décembre 2003, modifiant la loi n° 52 – 893 du 25 juillet 1952, relative au droit d'asile (JO n° 286 du 11 décembre 2003).

30 Rapport rendu public mi-avril et rédigé par André Lebon, Le Monde, 29 avril 2004.

31 « La France, première destination des demandeurs d'asile en Europe », Sylvia Zappi, Le Monde du 29 avril 2004.

32 Bilan du dispositif national d'accueil en 2003, France Terre d'Asile, 14 avril 2004.

33 « Enquête jour donné CADA et CPH », Office des Migrations internationales, Service de santé publique et d'assistance médicale, Paris, novembre 2003.

34 La CAFDA est gérée par notre partenaire le Centre d'Accueil Social Protestant (CASP).

35 Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H, « Précarité, risque et santé », enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits, CREDES, Questions d'économie de la santé n° 63, janvier 2003.

36 Rochère B, « La santé des sans domicile usagers des services d'aide », INSEE, division conditions de vie des ménages, INSEE première n° 893, avril 2003.

37 Les personnes mineures n'ont pas besoin de titre de séjour.

38 Ces chiffres ne portent que sur les patients ayant consulté au second semestre 2003.

39 La saisie des données s'est effectuée à partir des dossiers de 854 personnes différentes.

40 Rappelons qu'en 2001 et 2002 les statistiques ont été faites sur le nombre de consultations, en 2003 sur les données recueillies sur la file active.

41 Le rapport complet sera disponible courant mai 2004.

42 Ce test en 5 questions nous permet de mesurer la fréquence de consommation et les quantités absorbées, ainsi que l'existence d'événements fortement corrélés à une consommation à risque : l'existence de remarques faites par l'entourage, le besoin d'alcool le matin et surtout l'existence de « block out » (absence de souvenirs après avoir consommé de l'alcool).

43 Population générale – étude INSEE / « Boire moins c'est mieux » sur 4 agglomérations de l'Ile-de-France, 2002.

Population générale des jeunes de 18-25 ans, consultant en médecine générale, étude INSEE / « Boire moins c'est mieux » sur 4 agglomérations de l'Ile-de-France, 2002.

Population de jeunes lycéens du Lycée Hôtelier de Saint Quentin en Yvelines – étude Institut de Promotion de la santé / Boire moins c'est mieux, 2003.

Bulletin d'abonnement

Tarifs d'abonnement (4 numéros) - *Subscription rates*
à retourner à *Médecins du Monde* 62, rue Marcadet 75018 Paris
Téléphone : 01 44 92 13 87 - Télécopie : 01 44 92 14 40
email : revue.humanitaire@medecinsdumonde.net

France

- Particuliers 27,44 €
- Institutions 32,01 €
- Etudiants* 24,39 €

Etranger

- Particuliers 33,54 €
- Institutions 38,11 €
- Etudiants* 30,49 €

* joindre la photocopie de la carte d'étudiant

Prix de vente du numéro hors abonnement 9,15 €

Nom.....
Adresse.....
.....
Institution (facultatif).....
Email.....

- S'abonne à la revue *Humanitaire* (quatre numéros) à partir du N°.....
- Adresse ci-joint un chèque de..... € à l'ordre de *Médecins du Monde*
- Souhaite recevoir une facture / *Please bill me*

Date et signature

Je désire recevoir :

- n°1 Faut-il normaliser l'aide humanitaire ? • Hiver 2000
- n°2 La protection des populations civiles • Printemps 2001
- n°3 Violence et Humanitaire • Automne 2001
- n°4 27 décembre 1979 11 septembre 2001 Afghanistan • Hiver 2001/2002
- n°5 Pauvreté(s) en France • Printemps/été 2002
- n°6 Le SIDA saisi par les ONG • Automne/Hiver 2002
- n°7 Le Quai d'Orsay et l'humanitaire • Printemps/été 2003
- n°8 Guerre en Irak : au péril de l'ingérence humanitaire ? • Automne 2003
- n°9 Derrière les crises oubliées, un monde fragmenté • Hiver 2004
- n°10 Le génocide des Tutsis du Rwanda : une abjection pour l'Humanité, un échec pour les humanitaires • Printemps/été 2004

- Hors série n°1 L'Observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France de Médecins du Monde - Rapport 2003 • été 2004

Prix de vente au numéro : 9,15 €

Nom.....
Adresse.....
.....
Institution (facultatif).....
Email.....

- Adresse ci-joint un chèque de € à l'ordre de *Médecins du Monde*
- Souhaite recevoir une facture / *Please bill me*

Date et signature