

Focus sur différents publics reçus dans les Caso



Nous souhaitons faire des focus sur des groupes de population afin de mettre en évidence certaines spécificités sociales ou sur des problématiques de santé.

Les populations concernées sont les suivantes :

- **les femmes** parce que leur proportion augmente annuellement dans nos centres et que, contrairement à la population générale en France, celles qui viennent à *Médecins du Monde* sont moins bien couvertes par l'assurance maladie que les hommes ;
- **les mineurs** parce qu'ils sont en situation de vulnérabilité particulière et qu'ils doivent normalement, selon la convention de l'Onu du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant⁹¹, bénéficier du meilleur accès à la santé possible ;
- **les jeunes de 16-24 ans** car ils sont pour beaucoup sortis du système scolaire, sans emploi, mais sans droit au RMI ;
- **les personnes âgées de 60 ans et plus**, population que l'on voit émerger dans quelques centres, sachant que les bénéficiaires du minimum vieillesse sont de fait exclus de la CMU (ils se situent au-dessus du seuil) ;
- **les personnes sans domicile** parce qu'elles cumulent toutes les précarités et que l'influence négative du mal logement ou du non logement sur la santé doit être répétée ;
- **les Français** parce qu'ils devraient tous, sans aucune difficulté, bénéficier de la sécurité sociale et de la couverture maladie complémentaire ;
- **les demandeurs d'asile** parce que le droit d'asile est toujours bien mal respecté dans notre pays des droits de l'Homme ;
- **les personnes en situation administrative précaire**, parce qu'elles cumulent elles aussi toutes les précarités ;
- **Les étrangers originaires d'Union Européenne** parce qu'avant l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE, il fallait avoir une base de comparaison pour 2007 ;
- **Les anciens patients** parce que nous devons être attentifs aux raisons qui font qu'ils ne trouvent pas le chemin des structures de droit commun.

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

A partir des données recueillies avec la CISP, nous avons choisi de mettre en évidence **des problématiques de santé**⁹² que nous avons analysées pour chaque groupe de population. Comme déjà dit précédemment, les problématiques de santé que nous avons choisies cette année ne recouvrent pas tous les problèmes de santé de façon exhaustive.

Les problématiques visées sont :

- les affections probablement favorisées par l'exposition à un environnement insalubre et/ou des difficultés d'accès aux moyens d'hygiène ;
- les traumatismes ;
- la souffrance psychique identifiée explicitement comme telle, en dehors des psychoses ;
- l'usage de substances psycho-actives, traduisant une probable dépendance ;
- les psychoses ;
- les pathologies organiques, qui sont fréquemment majorées voire déclenchées par une souffrance psychique concomitante ;
- les consultations motivées en partie ou exclusivement par la mise en œuvre d'une logique de « gestion du capital santé » de la part du patient ;
- les pathologies dont la durée prévisible de prise en charge est supérieure à 6 mois ;
- les pathologies nécessitant, pour être convenablement prises en charge, le recours à un plateau technique de haut niveau (probablement inaccessible dans les pays en développement) ;
- les consultations liées à une difficulté d'accès à la lunetterie ;
- les problèmes dentaires ;
- le contrôle des naissances et les questions de grossesse ;
- l'identification, lors de la consultation, d'un ou plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaires ;
- les pathologies respiratoires hautes bénignes saisonnières, motif de recours habituellement le plus fréquent en médecine de soins primaires.

Pour chaque groupe de population sur laquelle un focus est réalisé, nous donnons le tableau comparant cette population avec les autres patients des Caso, pour chacune des problématiques de santé choisies cette année.

Pour permettre une lecture globale rapide, le tableau est séparé en trois parties :

- **Haut du tableau (sur fond blanc/bleu clair)** : problématiques de santé plus fréquentes dans le groupe étudié que chez les autres patients. Le chiffre en gras au centre du tableau, arrondi à une décimale pour plus de lisibilité, indique l'importance de la différence (par exemple, un rapport des fréquences égal à 2 signifie que la problématique considérée est rencontrée deux fois plus souvent dans le groupe que dans le reste de la population des Caso).

- **Milieu du tableau (sur fond grisé)** : problématiques de santé pour lesquelles on ne trouve aucune différence significative de fréquence entre le groupe étudié et les autres patients des Caso. Les chiffres sont donnés à titre indicatif, mais cela n'aurait pas de sens de chercher à les interpréter : dans tous les cas, on ne peut pas exclure que le rapport des fréquences soit égal à 1.

- **Bas du tableau (sur fond blanc/bleu clair)** : problématiques de santé plus rares dans le groupe étudié que chez les autres patients. Le chiffre en gras au centre du tableau, indique à quel point cette problématique est plus rare (par exemple un rapport des fréquences égal à 0,25 signifie que la problématique considérée est quatre fois plus rare dans le groupe que dans le reste de la population des Caso).

Afin d'améliorer la lisibilité, les tableaux ont été triés de sorte que les problématiques de santé qui distinguent le plus le groupe étudié du reste des patients, sont toujours celles se trouvant tout en haut et tout en bas du tableau. Chaque tableau est accompagné d'une proposition d'interprétation, à considérer sous réserve bien évidemment compte tenu du caractère innovant de la présente approche.

92. Se référer à l'annexe I pour la méthodologie utilisée pour la construction des problématiques de santé.

Les femmes

Les points essentiels

- La féminisation des consultants à MDM se poursuit : les femmes sont près de 10 000 en 2006 (45 %).
- La moyenne d'âge des femmes (34 ans) est proche de celle des hommes (34.4 ans) mais :
 - parmi les Français, les femmes sont plus jeunes que les hommes (plus de la moitié est âgée de moins de 30 ans) ;
 - chez les étrangers, les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes (parmi les moins de 30 ans).
- 4 femmes sur 10 proviennent d'Europe hors UE (très forte augmentation des Roumaines en 2006), 3 sur 10 d'Afrique subsaharienne
- 13 % des femmes sont sans logement (2 fois plus souvent les Françaises que les étrangères), parmi elles, le quart ont un ou plusieurs enfants.
- L'absence de ressources touche les femmes de façon encore plus aiguë : 94 % n'ont aucune ressource vs 91 % des hommes.
- Les femmes, plus fréquemment encore que les hommes, sont dépourvues de couverture maladie (84 % vs 80 %).
- Le zoom sur les jeunes femmes de 18-24 ans révèle chez ces dernières une situation sociale globalement encore plus dégradée.

En 2006, plus de 45 % des patients de MDM sont des femmes. Amorcée en 2004, la féminisation croissante et progressive des consultants s'est poursuivie cette année encore (*tableau 68*).

Tableau 68 : Evolution du nombre et de la proportion de femmes parmi les patients de Médecins du Monde de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	41.2	39.2	39.8	40.9	43.5	44.0	45.4
Effectif	11 184	9 355	8 743	7 664	8 782	9 699	9 931

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des femmes et des hommes comme nous l'avons vu au début de ce rapport est très proche (respectivement 34.0 ans et 34.4 ans), mais cette proximité apparente cache d'importantes disparités lorsque l'on s'intéresse également à la nationalité (*tableau 69*).

Parmi les patients français, l'âge moyen des femmes est nettement plus faible que chez les hommes : 13 % environ sont mineures (vs 7.3 % des hommes), plus de la moitié (53.5 %) ont moins de 30 ans (vs 37.1 % des hommes).

Chez les patients étrangers au contraire, la répartition par âge des patients est beaucoup plus homogène entre les hommes et les femmes si ce n'est une proportion plus élevée des 18-29 ans parmi les femmes.

Tableau 69 : Répartition par âge des patients de Médecins du Monde selon la nationalité et le sexe (% en colonne)

	FRANÇAIS		ETRANGERS	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
	%	%	%	%
Moins de 18 ans	7.3	12.9	7.4	7.7
18-29 ans	29.8	40.6	30.2	34.9
30-44 ans	36.4	23.9	42.0	34.3
45-59 ans	21.8	16.7	14.8	16.2
60 ans et plus	4.7	6.0	5.6	6.8
Age moyen (années)	35.2	31.4	34.4	34.3

L'analyse des patients de MDM selon la nationalité et le sexe a déjà été présentée au début de ce travail, nous ne rappellerons que les points essentiels.

La part des consultants de nationalité française est nettement plus faible chez les femmes que chez les hommes (7.6 % vs 12.4 %).

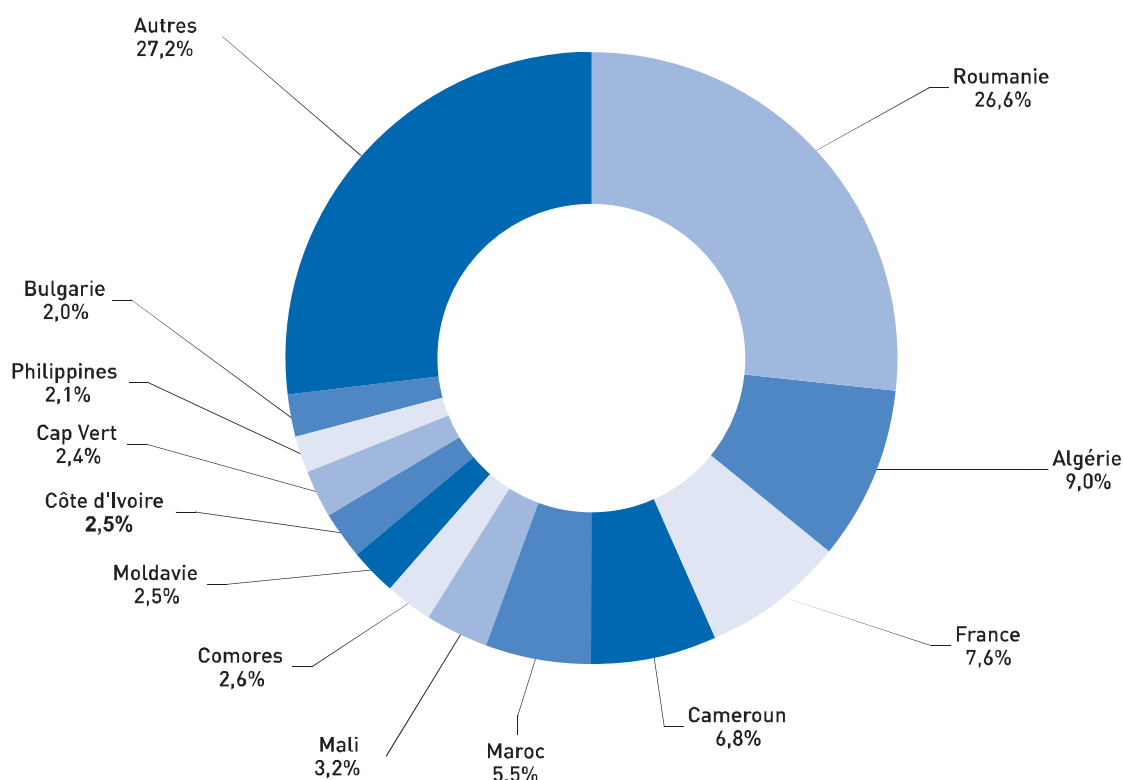
Plus de 38 % des femmes sont originaires d'un pays européen hors Union Européenne (hommes : 29 %), 28 % proviennent d'Afrique subsaharienne (hommes : 19 %) et 16 % du Maghreb (hommes : 28 %).

La répartition des consultantes par nationalité (figure 17) met en évidence la part très importante des Roumaines qui représentent plus du quart des patientes (les Roumaines représentaient environ 16 % des consultantes en 2005 et 9 % en 2004). Notons que 8 patientes roumaines sur 10 ont consulté au centre de Saint-Denis.

Les autres nationalités les plus représentées parmi les patientes sont l'Algérie (9 %), la France (7.6 %) et le Cameroun (6.8 %).

Les femmes étrangères résident en France depuis moins longtemps que les hommes (1.7 ans en moyenne vs 3.1 ans). Ce sont les ressortissantes de pays européens hors UE qui sont arrivées le plus récemment.

Figure 17 : Répartition des patientes de Médecins du Monde selon la nationalité



Logement et lien social

Plus de la moitié des femmes ayant eu recours à MDM sont en difficulté de logement : 41.6 % vivent dans un logement précaire, 13.3 % sont sans logement (tableau 70).

Les patientes françaises se distinguent des étrangères par une proportion deux fois plus élevée de personnes vivant à la rue, les étrangères au contraire vivent beaucoup plus fréquemment dans un logement précaire.

Tableau 70 : Situation des femmes vis-à-vis du logement selon la nationalité

LOGEMENT	FIXE		PRÉCAIRE		SANS LOGEMENT	
	%	n	%	n	%	n
Ensemble des patientes	45.1	4 026	41.6	3 713	13.3	1 191
Françaises	48.8	352	24.9	180	26.3	190
Etrangères	44.8	3 658	43.1	3 515	12.1	989

Sur le plan de l'environnement social, 28 % environ des femmes vivent seules (plus fréquemment les françaises que les étrangères : 44 % vs 27 %), 7 % vivent seules avec un ou plusieurs enfants.

Notons que parmi le millier de patientes vivant à la rue, le quart environ (280 personnes) a un ou plusieurs enfants.

Modes de contacts et motifs de recours

L'analyse des modes de contact avec MDM selon le sexe ne révèle que peu de différences entre les femmes et les hommes. Des différences assez sensibles en revanche existent parmi les femmes selon la nationalité.

Les Françaises sont plus fréquemment orientées vers MDM par une structure de soins (8 % vs 4 % des patientes étrangères), une institution administrative (14 % vs 4 %) ou une autre association (21 % vs 10 %), les étrangères au contraire s'adressent majoritairement à MDM sans orientation préalable (76 % vs 48 %).

Comme pour les modalités d'orientation à MDM, on n'observe que peu de différences entre les femmes et les hommes sur le plan des motifs de recours.

Plus que le sexe, c'est bien la nationalité qui apparaît avoir une influence dans ce domaine.

Les femmes françaises sont beaucoup plus nombreuses à recourir à MDM pour bénéficier d'une consultation médicale (83 % vs 59 % des étrangères), les patientes étrangères en revanche se présentent plus souvent pour un « autre motif » qui correspond fréquemment à une demande d'instruction de dossier AME.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Contrairement à ce que l'on observait les années précédentes, la proportion des femmes étrangères en situation administrative précaire est aujourd'hui quasiment identique à celle des hommes (respectivement 76.4 % et 77.2 %).

Les femmes de nationalité étrangère sont cependant moins nombreuses que les hommes à être concernées par une demande d'asile (15.8 % vs 23.3 %).

Par conséquent, l'analyse des droits théoriques à la couverture maladie ([tableau 71](#)) révèle que les femmes relèvent moins fréquemment que les hommes de l'assurance maladie et au contraire plus souvent de l'AME. Elles sont d'autre part beaucoup plus nombreuses à ne pouvoir prétendre à aucune couverture maladie, soit parce qu'elles ne remplissent pas le critère de résidence pour l'obtention des droits (elles sont 12 % dans ce cas contre 9 % des hommes), soit parce qu'elles sont étrangères de passage en France (11.6 % vs 8.6 % des hommes).

Le fait qu'elles relèvent moins souvent de l'assurance maladie s'explique par la part moins importante de patients de nationalité française chez les femmes, ainsi que la part moins importante des demandeuses d'asile.

Tableau 71 : Droits potentiels des patients de Médecins du Monde à une couverture maladie selon le sexe (% en colonne)

	FEMMES		HOMMES	
	%	n	%	n
Assurance maladie : SS/CMU	19.5	1 678	28.0	2 916
AME	56.8	4 886	54.0	5 624
Aucun droit	23.7	2 042	17.9	1 866

Le croisement des droits potentiels et des droits effectifs ([tableau 72](#)) indique enfin que les femmes sont encore moins nombreuses que les hommes à disposer de droits ouverts alors que leur situation pourrait le leur permettre.

Cette difficulté plus grande à faire valoir leurs droits par rapport aux hommes semble concerner aussi bien les femmes françaises que les femmes de nationalité étrangère.

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

	DROITS EFFECTIFS			
	OUVERTS		NON OUVERTS	
	%	n	%	n
PATIENTS POUVANT PRÉTENDRE À UNE COUVERTURE MALADIE				
Hommes	19.7***	1 670	80.3	6 822
Femmes	16.2	1 050	83.8	5 449
PATIENTS FRANÇAIS				
Hommes	54.3 ^{ns}	681	45.7	572
Femmes	52.1	322	47.9	296
PATIENTS ÉTRANGERS				
Hommes	13.5*	970	86.5	6 223
Femmes	12.3	721	87.7	5 138

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

Comme pour l'ensemble des patients de MDM, l'obstacle principal à l'accès aux droits auquel se heurtent les femmes est la nécessité d'une domiciliation pour obtenir la CMU ou l'AME : près de la moitié d'entre elles sont concernées et parmi elles, plus de 84 % en sont dépourvues lorsqu'elles s'adressent à MDM.

La particularité des femmes par rapport aux hommes sur ce plan là réside dans le fait qu'elles sont moins souvent concernées par une domiciliation (49.5 % vs 53.9 %) mais qu'en revanche lorsqu'elles en ont besoin, elles sont plus nombreuses à ne pas en avoir, ceci quelle que soit la nationalité (49 % des femmes françaises ayant besoin d'une domiciliation n'en ont pas vs 38 % des hommes français ; elles sont 86 % chez les femmes étrangères vs 80 % des hommes étrangers).

Interrogées par ailleurs sur les principaux freins à l'accès aux soins, les femmes comme l'ensemble des patients citent l'obstacle financier (36 %), l'absence de droits ouverts (25 %), la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (19 %).

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 14 399 consultations médicales auprès des femmes, dont 74 % codées avec la CISP (n=10 619).

Le [tableau 73](#) résume les différences liées au sexe, pour ce qui concerne les problématiques de santé qui ont été retenues (hors question de grossesse).

Les facteurs de risque cardio-vasculaire et les maladies à prise en charge longue sont plus fréquents chez les femmes.

Par ailleurs, les autres caractéristiques des femmes sont la plus grande rareté, par rapport aux hommes, de certaines problématiques :

- toxicodépendances, trois fois plus rares chez les femmes que chez les hommes ;
- traumatismes, psychoses et problèmes liés à l'environnement et à l'hygiène, environ deux fois plus rares chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 73 : Problématiques de santé des femmes

	FEMMES / HOMMES		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Facteur de risque cardio-vasculaire	1,55	1,7	1,85
Prise en charge moyen ou long terme	1,20	1,3	1,33
Gestion du capital santé	1,05	1,2	1,32
Traitement lourd	1,03	1,2	1,29
Optique	0,84	1,32	2,08
Infections respiratoires hautes bénignes	0,84	0,94	1,04
Souffrance psychique	0,78	0,9	0,96
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,77	0,8	0,92
Dents	0,55	0,7	0,81
Environnement / Hygiène	0,55	0,6	0,68
Psychose	0,43	0,6	0,72
Traumatismes	0,41	0,5	0,56
Toxicodépendance	0,23	0,3	0,46

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Zoom sur les jeunes femmes rencontrées à Médecins du Monde

Comme nous l'avons vu au début de cette partie consacrée aux femmes, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes parmi la classe d'âge des 18-29 ans, tout particulièrement chez les patients de nationalité française mais aussi parmi les patients étrangers.

Ce focus est destiné à apporter un éclairage plus précis sur ces jeunes femmes en ciblant en particulier les 18-24 ans.

Ce groupe de patientes représente, en 2006, 8,5 % de l'ensemble des consultants soit 1 858 personnes.

Un peu plus de 12 % de ces jeunes femmes sont françaises, proportion plus élevée que celle observée chez les autres patients (10 %), 46 % sont originaires d'un pays européen hors UE (vs 32 % des autres patients), seulement 8 % en revanche proviennent du Maghreb (vs 24 %).

Deux nationalités regroupent près de la moitié des femmes de 18-24 ans : la Roumanie (35,2 %) et la France (12,4 %).

C'est parmi les jeunes femmes étrangères que l'on compte le plus de personnes en situation administrative précaire : elles sont plus de 81 % dans cette situation contre environ 76 % chez les autres étrangers.

Leur situation concernant le logement est à peu près aussi dégradée que celle des autres patients de MDM : seules 41 % d'entre elles disposent d'un logement fixe, les autres vivent soit dans un logement précaire (44 %), soit sont à la rue (15 %).

Comme l'ensemble des patients de MDM, les femmes de 18-24 ans sont pour la plupart sans emploi (69 %), 22 % environ exercent un travail non déclaré.

Elles sont près de 96 % à ne disposer d'aucune ressource déclarable, proportion encore plus élevée que parmi les autres consultants (92 %).

Si l'on examine les niveaux de ressources selon la nationalité, les femmes françaises de 18-24 ans sont 84 % à ne disposer d'aucune ressource, proportion voisine de celle des hommes du même âge (85 %) mais nettement plus élevée que chez les patients plus âgés (environ 53 %). Cela est probablement dû au fait que les jeunes de moins de 25 ans ne peuvent prétendre au RMI. Les patients étrangers en revanche sont aussi nombreux à ne disposer de rien, quel que soit l'âge ou le sexe.

Sur le plan de la couverture maladie, 82 % environ des jeunes femmes vues à MDM relèvent soit de l'AME soit de l'assurance maladie, mais seules 14 % d'entre elles bénéficient de droits effectifs, proportion encore plus faible que celle relevée chez les autres patients (18 %).

Les obstacles à l'accès aux soins cités par les jeunes patientes ne diffèrent pas sensiblement de ceux avancés par l'ensemble des consultants. Le problème de la domiciliation reste cependant le premier frein à l'accès aux droits tout particulièrement chez les jeunes étrangères de 18-24 ans qui sont les plus concernées par cette obligation (61 % ont besoin d'une domiciliation) et en même temps les plus nombreuses à en être dépourvues lorsqu'elles se présentent à MDM (87 % n'ont pas de domiciliation).

Les médecins ont effectué 2 122 consultations médicales auprès des jeunes femmes de 18 à 24 ans, 72 % ont été codées avec la CISP (n=1 532).

Si on les compare à leurs aînées, les jeunes femmes consultent davantage pour des motifs liés aux questions de grossesse, mais aussi pour traumatismes ou consommation de substances psychoactives ([tableau 74](#)).

Les motifs de consultation liés à la grossesse sont le plus souvent des questions de suivi de grossesse, (motif présent dans 16 % des consultations concernant les femmes de 18-24 ans), des motifs liés à la contraception (2.2 %) ou encore des peurs ou des préoccupations liées à la grossesse (2.4 %).

Tableau 74 : Problématiques de santé des jeunes femmes de 18 à 24 ans

	JEUNES FEMMES 18 - 24 ANS / AUTRES FEMMES		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Grossesse	2.02	2.3	2.65
Gestion du capital santé	1.01	1.3	1.55
Toxicodépendance	0.51	1.2	2.57
Traumatismes	0.86	1.2	1.74
Environnement / Hygiène	0.99	1.2	1.55
Dents	0.75	1.14	1.73
Infections respiratoires hautes bénignes	0.83	1.04	1.31
Souffrance psychique	0.64	0.82	1.04
Prise en charge moyen ou long terme	0.61	0.7	0.78
Traitement lourd	0.47	0.6	0.82
Pathologies organiques et souffrance psychique	0.41	0.5	0.68
Psychose	0.12	0.3	0.90
Facteur de risque cardio-vasculaire	0.08	0.1	0.19
Optique	Aucun diagnostic sur ce thème dans ce groupe		

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Caso.

Les mineurs

Les points essentiels

- 1 756 mineurs ont été reçus en 2006 (8 % des patients) ; leur proportion est en légère baisse par rapport aux années précédentes.
- 6 mineurs sur 10 sont âgés de moins de 10 ans (particulièrement les mineurs français), le tiers des mineurs ont moins de 5 ans.
- Les trois quarts des jeunes patients étrangers sont arrivés en France récemment (depuis moins d'un an), comme chez les adultes, les patients roumains sont les plus représentés.
- 18 % des mineurs vivent à la rue (particulièrement les étrangers), parmi eux, 6 sur 10 ont moins de 10 ans.
- Très peu de mineurs peuvent accéder aux soins : plus de 90 % n'ont aucune couverture maladie.
- Un tiers des moins de 7 ans est suivi en PMI.

En 2006, 1 756 patients mineurs représentant 8 % des consultants ont été vus dans les Caso de MDM.

Voisine de 10 % depuis 2001, la part des mineurs dans la file active de MDM semble légèrement en baisse cette année ([tableau 75](#)).

Tableau 75 : Evolution du nombre et de la proportion de mineurs parmi les patients de Médecins du Monde de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	10.0	9.2	9.2	9.8	9.6	8.1
Effectif	2 423	2 025	1 721	1 974	2 101	1 756

Caractéristiques socio-démographiques

La part des patients mineurs est légèrement plus élevée chez les Français (9.3 %) que chez les étrangers (7.6 %), en revanche elle ne varie pas significativement selon le sexe.

Si l'on s'intéresse cependant uniquement aux patients français, on observe que 7 % des garçons sont âgés de moins de 18 ans et environ 13 % des filles.

Les étrangers mineurs ont plus souvent de 15 à 17 ans.

Près de 6 mineurs sur 10 sont âgés de moins de 10 ans, le tiers environ a moins de 5 ans (tableau 76).

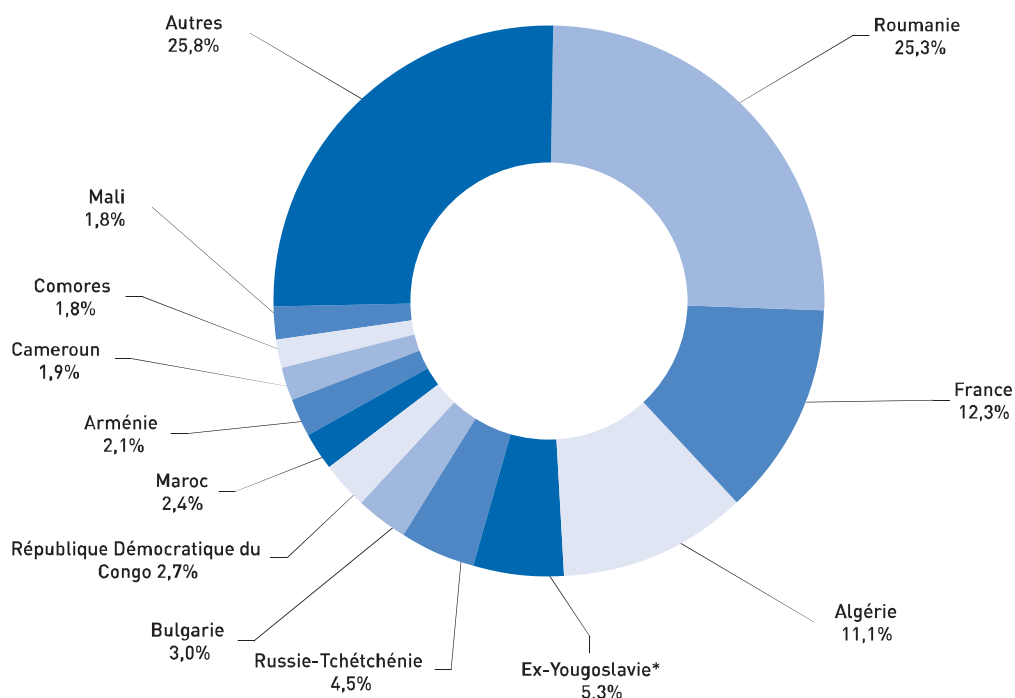
Tableau 76 : Répartition des patients mineurs selon l'âge et la nationalité (% en colonne)

	ENSEMBLE DES MINEURS		FRANÇAIS		ÉTRANGERS	
	%	n	%	n	%	n
< 5 ans	35.3	620	41.4	84	34.1	494
5-9 ans	22.4	394	23.6	48	21.9	318
10-14 ans	18.2	319	17.7	36	17.9	260
15-17 ans	24.1	423	17.2	35	26.1	378

L'origine géographique des mineurs étrangers varie assez nettement par rapport aux patients adultes : ils sont massivement originaires d'un pays européen hors UE (44 % vs 32.5 % des adultes) et assez peu d'Afrique subsaharienne (17.6 % vs 23.5 %) ou du Maghreb (15.7 % vs 23.4 %).

Comme pour l'ensemble des patients, la Roumanie est la nationalité la plus représentée parmi les mineurs, devant la France et l'Algérie. Notons l'importance relative des jeunes patients originaires d'ex-Yougoslavie et de Russie-Tchéchénie (figure 18). Les mineurs de nationalité étrangère résident en France pour la plupart de façon très récente : 53 % depuis moins de 3 mois, 77 % depuis moins d'un an.

Figure 18 : Répartition des patients mineurs par nationalité



* Slovénie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Serbie, Monténégro

Logement et lien social

Les conditions de logement des mineurs ressemblent à celles des adultes, 41 % vivent dans un logement précaire et **18 % environ vivent à la rue** (tableau 77).

Les mineurs de nationalité étrangère se distinguent très nettement des jeunes français, ils sont beaucoup plus nombreux à se trouver en difficulté concernant le logement.

On note également que près de 2 jeunes mineurs sur 10 (âgés de moins de 10 ans) sont sans logement.

Tableau 77 : Situation des patients mineurs vis-à-vis du logement selon la nationalité

LOGEMENT...	FIXE		PRÉCAIRE		SANS LOGEMENT	
	%	n	%	n	%	n
Ensemble des mineurs	41.5	644	40.7	632	17.8	277
Français	60.2	115	27.7	53	12.0	23
Etrangers	38.9	519	42.5	568	18.6	248
Age des mineurs						
Moins de 10 ans	39.8	350	41.0	360	19.2	169
10-17 ans	43.6	294	40.4	272	16.0	108

Les consultants mineurs vivent pour la majorité d'entre eux (80 %) avec de la famille ou des amis, 9 % d'entre eux cependant (n=112) sont isolés.

Enfin, environ 700 patients mineurs sont âgés de moins de 7 ans, parmi eux, seul le tiers est suivi par les services de PMI ceci plus fréquemment lorsqu'il s'agit de patients français.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Sur le plan des droits à la couverture maladie, les patients mineurs se distinguent des adultes sur deux points : ils relèvent plus fréquemment du régime commun de l'assurance maladie (39 % vs 23 %) et moins souvent de l'AME (29 % vs 57 %), ils sont d'autre part près du tiers (vs 20 % des adultes) à ne pouvoir accéder à aucun droit soit parce qu'ils résident en France depuis moins de 3 mois et ne remplissent donc pas le critère de résidence (16 % des mineurs), soit parce qu'ils sont considérés comme des étrangers de passage (16 %).

Concernant le critère de résidence de 3 mois ininterrompus, 2 décrets du 28 juillet 2005 (n° 2005-859 et n°2005-860) viennent préciser les moyens de vérifier ce critère de résidence. Toutefois, un arrêté du conseil d'Etat (1^{ère} et 2^{ème} sous sections réunies 2006-06-07, 285576) en date du 7 juin 2006 ne les rend pas applicables aux mineurs. Le Conseil d'Etat a annulé les 2 décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'AME au motif que la condition de résidence ininterrompue de plus de 3 mois en France ne pouvait être opposée aux mineurs étrangers. Ainsi, **les enfants mineurs d'étrangers en situation irrégulière doivent bénéficier d'un accès à l'AME dès le 1^{er} jour de leur arrivée sur le territoire. Les enfants mineurs doivent être identifiés en leur nom propre au titre de l'AME**, qui prend effet au jour de la demande⁹³.

Mais même lorsque des droits potentiels existent, **82 % des mineurs rencontrés à MDM ne disposent pas de droits effectifs**, proportion identique à celle des adultes.

Au total, ce sont à peine un peu plus de 9 % des mineurs qui disposaient d'une couverture maladie lorsqu'ils ont été reçus à MDM.

Les freins à l'accès aux droits et aux soins sont les mêmes chez les mineurs et les adultes.

L'absence de domiciliation reste de loin l'obstacle le plus fréquent, précédant les difficultés financières et l'absence de droits ouverts.

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 2 661 consultations médicales auprès des mineurs, 78 % ont été codées avec la CISP (n=2 083). Aucun diagnostic de dépendance n'a été codé chez les mineurs. Les psychoses ne se retrouvent quasiment jamais dans ce groupe.

93. Point réglementaire n° 69 de la Cnam du 15/11/06.

En dehors de cela, « l'effet âge », indépendant des spécificités liées à la précarité, se manifeste très nettement ici : plus grande rareté chez les mineurs des facteurs de risque cardiovasculaire, des affections nécessitant une prise en charge à long terme, ou nécessitant un plateau technique important, des grossesses, de la souffrance psychique quel que soit son mode d'expression. A contrario, il est normal de retrouver chez les enfants un excès de fréquence de la problématique « infections respiratoires hautes bénignes », dont on rappelle qu'elle recouvre en fait les rhinites, coryzas et autres toux sans pathologie pulmonaire. De même, les consultations motivées par une logique de gestion du capital santé sont plus fréquentes chez les mineurs (conseils, vaccinations). Il est toutefois important de signaler que nous parlons ici de conseils et des vaccinations réalisés à la demande et sur l'initiative du patient (ou le plus souvent ici, des parents).⁹⁴

Tableau 78 : Problématiques de santé des mineurs

	PATIENTS MINEURS / PATIENTS MAJEURS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Infections respiratoires hautes bénignes	3,08	3,5	3,99
Gestion du capital santé	1,23	1,5	1,74
Environnement / Hygiène	1,20	1,4	1,64
Dents	0,57	0,82	1,16
Optique	0,31	0,76	1,89
Traumatismes	0,54	0,7	0,97
Grossesse	0,26	0,4	0,51
Traitement lourd	0,28	0,4	0,50
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,36	0,4	0,56
Prise en charge moyen ou long terme	0,29	0,3	0,38
Psychose	0,01	0,3	0,27
Souffrance psychique	0,10	0,2	0,23
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,04	0,1	0,12
Toxicodépendance	aucun diagnostic sur ce thème dans ce groupe		

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Famille à la rue, avec un mineur, atteint de tuberculose ...

L'équipe de Nice témoigne :



Le 1^{er} août 2006, nous sommes alertés par la Plate Forme d'accueil des demandeurs d'asile sur la situation d'un mineur atteint de tuberculose, qui est à la rue.

Mme D, âgée de 44 ans, a quitté la Tchétchénie avec ses deux enfants mineurs : un garçon âgé de 15 ans et une fille âgée de 17 ans.

Leur périple migratoire les a, dans un premier temps, amenés vers la Pologne où ils ont été hébergés durant 3 mois dans un centre pour demandeurs d'asile. Mme D remarqua alors que l'état de santé de son fils se dégradait, elle a consulté une équipe médicale sur place et rien n'a été fait.

Elle décide donc de venir en France, destination qu'elle souhaitait d'ailleurs atteindre lorsqu'elle a quitté son pays.

La famille arrive à Nice le 27 juin 2006. Ayant séjourné en Pologne, la famille ne peut alors déposer sa demande d'asile en France (Cf. accord de Dublin 2) et obtient de la Préfecture des Alpes-Maritimes une convocation à la Préfecture pour le mois suivant.

La famille n'est donc pas considérée comme demandeuse d'asile (puisque une réadmission en Pologne est possible) et les services de la DDASS refusent l'hébergement.

L'état de santé du jeune garçon est quant à lui très mauvais (« 40° de fièvre, altération de l'état général, asthénie »⁹⁵) : il est admis à l'hôpital de Nice le jour même de son arrivée. .../...

94. L'excès de fréquence de pathologies attribuables à l'environnement est lié à un biais de construction de l'indicateur, qui a peut-être comptabilisé ici les dermites du siège.

95. Extrait du compte rendu d'hospitalisation.

Une tuberculose miliaire est diagnostiquée. L'hospitalisation durera un mois. Une quadrithérapie antibiotique est prescrite à sa sortie d'hôpital, traitement que le jeune homme devra suivre durant au moins 6 mois avec un suivi biologique tous les 10 jours. Durant l'hospitalisation, Mme D et sa fille se débrouillent tant bien que mal pour se faire héberger par des compatriotes. La jeune fille qui a fait une réaction très positive au test tuberculinique est, elle aussi, sous thérapie antibiotique à titre préventif.

Dès la sortie du jeune homme de l'hôpital, il n'est plus question pour la famille de se débrouiller : la tuberculose est source de rejet de la part de la communauté qui craint la contagion. Mme D se tourne donc vers les services sociaux : la plate forme d'accueil des demandeurs d'asile qui expose la situation au service de la DDASS qui refuse l'hébergement, la famille étant sous le coup éventuel d'une réadmission en Pologne.

Un hébergement d'urgence est trouvé pour 3 jours via le 115.

La plate forme fait alors un signalement d'enfant en danger au Procureur de la République, pratique systématique (et la plupart du temps non suivie d'effet) lorsqu'un hébergement est refusé à une famille avec enfant.

Parallèlement ce service nous alerte et nous transmet le compte rendu d'hospitalisation. Nous téléphonons immédiatement à la DDASS pour demander un hébergement ; un refus nous est opposé : cette famille devrait être théoriquement réadmise en Pologne d'ici quelques temps, si elle en est d'accord, la procédure de réadmission sera accélérée...

Face à l'urgence et à la gravité de la situation, nous décidons de financer nous mêmes un hébergement, le temps d'obtenir une solution pérenne de la part des pouvoirs publics. Dans le même temps nous adressons un fax à la directrice de la DDASS et au sous directeur en insistant sur la gravité de la situation, les risques de non observance du traitement pour toute personne à la rue et les conséquences de cette non observance, la nécessité face à une telle pathologie d'avoir une hygiène de vie saine, le risque majeur de contagiosité si le jeune homme rechute. Quant à la procédure de réadmission, nous rappelons, qu'à ce jour, l'immense majorité des familles dans une telle situation a finalement été admise au titre de la demande d'asile en France.

Le lendemain (le 2 août), nous recevons un fax du sous directeur de la DDASS dont nous citons quelques extraits :

- « il me paraît de bon conseil de rappeler à cette famille les droits qui lui sont ouverts dans un autre pays de l'Union Européenne... plutôt que de les inciter à rester dans des pays dans lesquels elles ne disposent pas des mêmes droits à la prise en charge. »

- « Vous invoquez cependant la situation du jeune M, âgé de 15 ans, considérant que son état de santé justifie « une proposition d'hébergement durable pour lui et sa famille ». Ce n'est pourtant pas ce qui ressort du diagnostic établi par le médecin inspecteur de la DDASS qui ne peut conclure que, si, comme pour tout mineur, l'absence d'un domicile stable est contraire à ses intérêts, cette situation ne semble s'opposer au suivi de son traitement... »

- « Je ne saurais trop vous inviter à inciter les parents (qui ont trouvé des solutions d'hébergement pendant la durée de l'hospitalisation de leur fils) à faire preuve de responsabilité. Aussi ne voulant pas croire qu'ils puissent utiliser leur enfant aux seules fins de s'assurer une prise en charge pour eux-mêmes, je ne doute pas que mus par le seul intérêt de leur enfant mineur, ils opteront, soit pour faire valoir leur droit dans le pays compétent de l'Union Européenne, soit accepter une mesure de protection pour leur fils au titre de l'aide à l'enfance. »

Une conversation téléphonique s'ensuit : nous rappelons que la famille est restée trois mois en Pologne et que le jeune homme n'a bénéficié d'aucun dépistage ni d'aucun soin. Nous insistons encore sur les risques de non observance. Rien n'y fait : le sous directeur de la DDASS évoque à nouveau l'avis du médecin inspecteur : rien ne s'oppose à une vie à la rue. Il attend de nouveaux et éventuels éléments médicaux qui pourraient nous être donnés par le praticien hospitalier (en congés à ce moment là).

Concernant la dernière solution envisagée (le placement), outre le fait qu'elle est humainement très difficile, nous apprenons quelques jours plus tard, par la plate forme que le signalement a pour une fois abouti mais que les services de l'Aide Sociale à l'Enfance sont dans l'incapacité de placer les enfants en collectivité du fait justement de la pathologie. Nous prolongeons donc l'hébergement de la famille.

Enfin le 7 août, nous adressons un dernier fax à la DDASS reprenant des extraits du rapport : « Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène et de Santé Publique en France ». Ce rapport bien évidemment rappelle que la vie à la rue est un facteur de non observance et insiste sur les très graves conséquences de la non observance. Nous informons également la DDASS que le médecin hospitalier craint le développement d'une forme multi-résistante si le traitement n'est pas pris régulièrement.

Enfin, le 7 août au soir, la famille est prise en charge !

Il aura donc fallu une semaine pour que des évidences de santé publique, que des données épidémiologiques connues de tous concernant la non observance à la rue soient enfin prises en compte à la fois par les administratifs mais aussi par les services médicaux de la DDASS.



Zoom sur les adolescentes de 13-17 ans

Cette partie vise à apporter un éclairage spécifique aux adolescentes de 13-17 ans ayant eu recours à MDM.

En 2006, 252 adolescentes sont venues consulter à MDM, soit 1.2 % de l'ensemble des patients et 2.5 % des femmes. Cette proportion reste stable depuis 2001.

Ce groupe de patientes compte une part légèrement plus élevée de consultantes de nationalité française que parmi l'ensemble des autres patients (12.7 % vs 10.2 %).

La moitié d'entre elles sont originaires d'un pays européen hors UE (vs 33 % parmi les autres patients).

Les trois quarts des jeunes étrangères séjournent en France depuis moins d'un an, proportion proche de celle des garçons du même âge (78 %) mais beaucoup plus élevée que parmi les autres patients (55 % environ).

La situation des adolescentes concernant le logement est tout aussi dégradée que celle des autres patients : 39 % vivent dans un logement précaire et 19 % sont à la rue.

Elles s'adressent le plus souvent à MDM sans orientation préalable (63 % vs 73 % des autres patients) mais aussi parfois par l'intermédiaire d'une autre association (17 % vs 12 %).

Les adolescentes de 13-17 ans, comme de façon plus générale, l'ensemble des jeunes, ont recours à MDM principalement pour bénéficier d'une consultation médicale : 70 % souhaitent rencontrer un médecin généraliste (vs 55 % des autres patients), 12 % un spécialiste (vs 6 %).

Elles sont également 7 % à se présenter pour des soins dentaires (vs 5 %).

Sur le plan des droits sociaux, les adolescentes relèvent à peu près à part égale soit de l'assurance maladie (37 %), soit de l'AME (34 %), mais comme l'ensemble des patients mineurs, elles sont près de 30 % à ne pouvoir accéder à une couverture maladie, le plus souvent en raison de leur arrivée trop récente en France (17 %).

Parmi les adolescentes disposant de droits potentiels à une couverture maladie, seules 20 % environ ont effectivement des droits ouverts, proportion à peu près similaire à celle relevée parmi les autres patients.

Les obstacles à l'accès aux soins rencontrés par les patientes de 13-17 ans se confondent globalement avec ceux des autres consultants, citons cependant deux éléments qui les distinguent : elles sont encore plus souvent concernées par l'absence de domiciliation (80 % vs 75 %) et se heurtent plus fréquemment à l'obstacle linguistique (18 % vs 13 %).

12% des consultations des adolescentes sont motivées par des questions liées à la grossesse.

Les jeunes de 16-24 ans

Les points essentiels

- 17.5 % des consultants (soit 3 800 personnes) sont âgés de 16 à 24 ans en 2006, leur proportion reste stable depuis 7 ans.
- Les 16-24 ans sont plus souvent de sexe féminin et de nationalité française.
- Les jeunes étrangers proviennent pour la plupart d'Europe hors UE (43 % des 16-24 ans) et d'Afrique subsaharienne (22 %). A noter le poids très important des Roumains : 31 % des 16-24 ans contre 20 % des autres patients.
- Les jeunes connaissent autant de difficultés de logement que l'ensemble des patients : 41 % ont un logement précaire, 19 % vivent à la rue.
- 96 % des jeunes sont sans ressources, d'autant qu'ils sont exclus du RMI.
- Les 16-24 ans disposent encore moins souvent que les autres patients de droits ouverts à la couverture maladie.

En 2006, 3 800 patients reçus à MDM, soit 17.5 % des consultants, étaient âgés de 16 à 24 ans. La part des jeunes patients, comme on peut le noter dans le [tableau 79](#), est restée stable depuis 2000.

Tableau 79 : Evolution du nombre et de la proportion des jeunes de 16-24 ans parmi les patients de Médecins du Monde de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	19.0	18.9	18.0	17.3	16.1	17.4	17.5
Effectif	5 126	4 503	3 508	3 244	3 228	3 828	3 808

Caractéristiques socio-démographiques

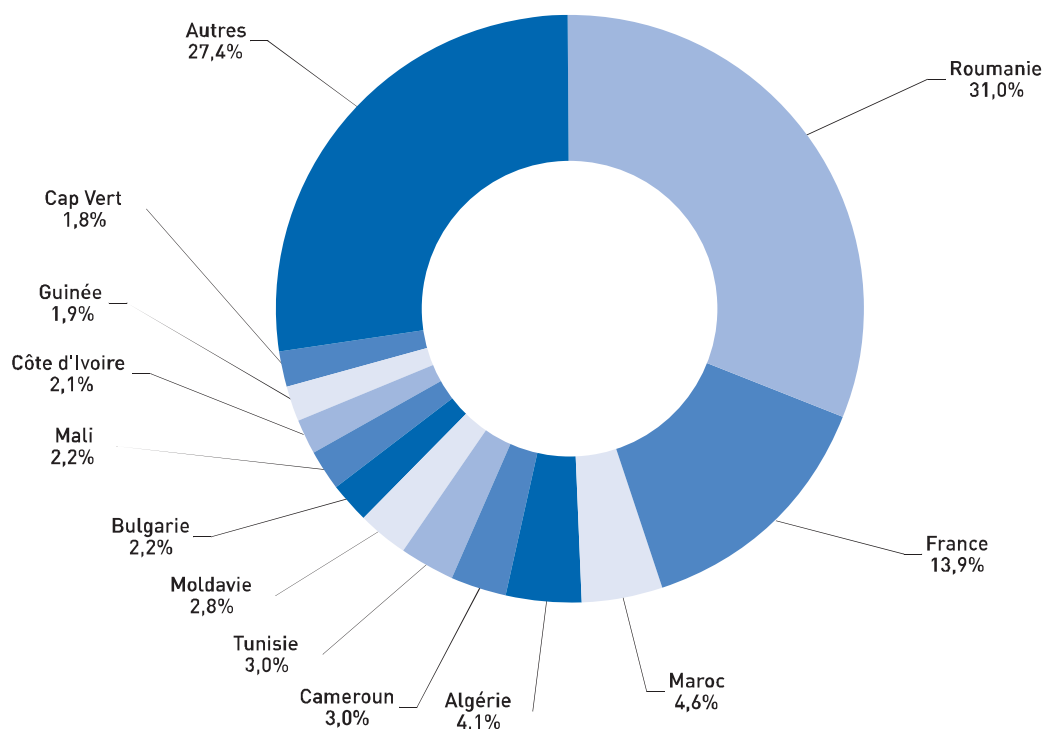
Près de 14 % des jeunes de 16-24 ans sont de nationalité française, proportion qui est plus importante que parmi les autres patients (9.4 %), les jeunes consultants sont également plus fréquemment de sexe féminin (53 % vs 44 %).

43 % des jeunes sont originaires d'un pays d'Europe hors UE (vs 31 % des autres patients), 22 % d'Afrique subsaharienne (vs 23 %) et 12 % du Maghreb (vs 25 %).

La répartition des jeunes patients par nationalité (figure 19) recouvre celle que l'on a décrit chez l'ensemble des consultants avec cependant une part encore plus élevée de ressortissants roumains (31 % vs 20 %) et au contraire beaucoup moins d'algériens (4 % vs 14 %).

Les jeunes patients étrangers pour l'essentiel résident en France depuis peu de temps : 65 % sont en France depuis moins d'un an, le quart depuis moins de 3 mois.

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



Logement et lien social

La situation des jeunes de 16-24 ans concernant le logement ne diffère pas sensiblement de celle des autres patients : seuls 4 sur 10 disposent d'un logement fixe, les autres vivent soit dans un logement précaire (41 %) soit à la rue (19 %).

Les variations selon la nationalité observées pour l'ensemble des patients se retrouvent également chez les jeunes. Ainsi 35 % des jeunes français de 16-24 ans sont sans logement contre environ 17 % des étrangers du même âge.

Comme leurs aînés, les jeunes patients en majorité (43 %) vivent seuls, parfois avec un ou plusieurs enfants (2 %).

Emploi et ressources

La situation professionnelle des jeunes consultants ne s'écarte pas sensiblement de celle des autres patients : 10 % d'entre eux exercent un emploi le plus souvent précaire, 22 % un travail non déclaré et 59 % sont sans emploi.

Comme pour l'ensemble des patients, le travail non déclaré chez les jeunes concerne presque exclusivement les étrangers. Comme nous l'avons vu précédemment, près de 93 % des patients de MDM ne disposent d'aucune ressource déclarable ; les jeunes patients sont particulièrement concernés, 96 % d'entre eux en effet sont sans aucune ressource. Signalons la situation particulière des jeunes patients français qui sont beaucoup plus nombreux que les autres consultants français à ne disposer d'aucune ressource (86 % vs 54 %). L'impossibilité pour les jeunes de moins de 25 ans de percevoir le RMI (à l'exception des jeunes ayant un ou plusieurs enfants à charge) explique très certainement cette disparité.

Situation d'un jeune homme de 24 ans, à la rue

La mission de rue de Toulouse témoigne :



Moi je ne suis pas un SDF, enfin pas vraiment. J'ai été licencié et j'ai passé mon concours de gendarme cet été. Je l'ai réussi. Je dois être incorporé en février 2007. Alors j'ai cherché un appartement mais rien. Quand t'es chômeur... Alors en attendant, j'ai décidé de dormir dans ma voiture sur ce parking. Je ne suis pas le seul. Là-bas, y'a un couple qui dort aussi dans une voiture. Ils viennent de Tarbes car ils ont trouvé un boulot tous les deux mais toujours pas de logement. Ici, on est nombreux à travailler et à ne pas avoir d'appartement.



Situation administrative, accès aux droits et aux soins

L'analyse de la situation administrative des jeunes consultants révèle que les jeunes étrangers devant justifier d'un titre de séjour⁹⁶ sont plus nombreux que les adultes à en être dépourvus (81 % vs 76 %), ils sont en revanche aussi nombreux (19 %) à être concernés par une demande d'asile.

Sur le plan des droits à la couverture maladie, 28 % des jeunes de 16-24 ans relèvent de l'assurance maladie (vs 23 % des autres patients), 54 % environ de l'AME (vs 56 %).

La proportion plus élevée de consultants français parmi les jeunes explique la part plus importante de jeunes patients relevant de l'assurance maladie.

La confrontation des droits théoriques et des droits effectivement ouverts à la couverture maladie ([tableau 80](#)) indique que les jeunes de 16-24 ans sont globalement encore moins bien couverts que les autres patients de MDM : seuls 14 % des jeunes pouvant potentiellement bénéficier d'une couverture maladie ont des droits ouverts contre environ 19 % des autres patients.

L'analyse par nationalité souligne en outre que cette carence de couverture maladie concerne aussi bien les jeunes français que les jeunes étrangers.

Tableau 80 : Croisement des droits théoriques et des droits effectifs à la couverture maladie des patients de Médecins du Monde selon l'âge et la nationalité

	DROITS EFFECTIVEMENT OUVERTS	
	%	n
PATIENTS DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES		
Jeunes de 16-24 ans	14.2	387
Autres patients	18.9	2 315
FRANÇAIS DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES		
Jeunes de 16-24 ans	43.3	187
Autres patients	56.5	810
ETRANGERS DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES		
Jeunes de 16-24 ans	8.7	198
Autres patients	13.8	1 483

96. Analyse limitée aux jeunes de 18-24 ans.

Plus encore pour les jeunes de 16-24 ans que pour l'ensemble des patients, le premier frein à l'accès aux soins reste la nécessité d'une domiciliation pour obtenir des droits : 58 % d'entre eux ont besoin d'une domiciliation (vs 50 % des autres patients) et parmi eux 81 % n'en possèdent pas (vs 79 %) lorsqu'ils sont vus à MDM.

Les autres obstacles cités par les jeunes recouvrent globalement ce qui est dit par les autres patients.

Si l'on s'intéresse aux réponses des jeunes selon leur nationalité, on constate que les jeunes français citent plus fréquemment l'obstacle financier (53 % vs 33 %) ou administratif (34 % vs 19 %), les jeunes étrangers se heurtent plus souvent à l'absence de droits ouverts⁹⁷. (23 % vs 5 %) et à leur méconnaissance des droits auxquels ils peuvent accéder et des structures délivrant des soins (22 % vs 14 %).

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 4 491 consultations médicales auprès des jeunes de 16 à 24 ans, dont 74 % codées avec la CISP (n= 3 321).

Beaucoup d'observations faites dans ce groupe sont voisines de celles faites chez les mineurs, traduisant un effet de l'âge : rareté des facteurs de risque cardio-vasculaire, des psychoses, maladies nécessitant une prise en charge à long ou moyen terme ou nécessitant un traitement lourd. Comme chez les mineurs, les maladies attribuables à l'environnement paraissent ici plus nombreuses⁹⁸. En revanche, ce groupe se distingue en premier lieu par la fréquence des grossesses : 3,5 fois plus fréquentes que dans le reste de la population. De même, on note un excès de fréquence des problèmes dentaires.

Par ailleurs, à la différence des mineurs, les traumatismes ne sont pas plus rares ici que dans la population globale des Casos, et les consultations motivées par une logique de gestion du capital santé ne sont pas plus fréquentes.

En résumé, on observe un effet attendu de l'âge pour ce qui concerne les problématiques qui en sont habituellement fortement dépendantes (facteurs de risque cardio-vasculaire, maladies nécessitant une prise en charge à long ou moyen terme, etc.), et par ailleurs le fait saillant que les grossesses et problèmes dentaires sont plus fréquents dans ce groupe.

Tableau 81 : Problématiques de santé des jeunes de 16-24 ans

	PATIENTS 16-24 ANS / AUTRES PATIENTS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Grossesse	3,05	3,5	3,97
Dents	1,26	1,6	1,99
Environnement / Hygiène	1,26	1,4	1,63
Traumatismes	0,97	1,18	1,44
Gestion du capital santé	0,96	1,13	1,32
Infections respiratoires hautes bénignes	0,96	1,11	1,29
Souffrance psychique	0,65	0,8	0,89
Toxicodépendance	0,37	0,6	0,98
Prise en charge moyen ou long terme	0,55	0,6	0,66
Traitement lourd	0,48	0,6	0,72
Psychose	0,37	0,6	0,87
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,50	0,6	0,69
Optique	0,04	0,2	0,71
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,10	0,1	0,17

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Une étude menée dans les centres d'examen de santé (publiée en 2005) fait un état des lieux de l'état de santé, des comportements, de la fragilité sociale et de la souffrance psychique des jeunes en difficulté⁹⁹. Les jeunes en situation précaire se perçoivent plus souvent en mauvaise santé que les jeunes sans difficulté. Les prévalences de non suivi médical sont deux fois plus élevées chez

97. Pas de renouvellement des droits ; pas de preuve de résidence de 3 mois en France ; aucun droit possible.

98. Mais il s'agit probablement d'un biais lié à la construction de l'indicateur (dont le volume est sans doute artificiellement grossi par les problèmes d'acné).

99. Etat de santé, comportements et fragilité sociale de 105 901 jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, CETAF, rapport d'étude, décembre 2005.

les jeunes en insertion que chez les non-précaires. Plus d'un tiers des hommes en insertion et un quart des filles en insertion n'ont pas consulté de dentiste ces 2 dernières années. Chez les jeunes non précaires, les prévalences sont moins élevées, variant selon l'âge de 20 % à 30% chez les hommes, et de 15 % à 22 % chez les femmes. Les jeunes femmes en situation de précarité ont moins de suivi gynécologique et prennent moins de contraception orale que les jeunes femmes non précaires. Les couvertures vaccinales des jeunes précaires sont moins souvent à jour.

Les données suggèrent que les jeunes en difficulté d'insertion adoptent des comportements à risque à un âge précoce : en effet, la consommation de tabac et d'alcool est plus élevée dès l'âge de 16 ans par rapport aux jeunes non précaires du même âge. Les jeunes de 16-25 ans en situation précaire consomment davantage de médicaments psychotropes que les autres jeunes.

Cette étude souligne par ailleurs les effets des déterminants sociaux sur l'état de santé psychique : difficultés financières, problème d'hébergement, chômage, recours à un travailleur social, perte de liens sociaux, pouvant être à l'origine de comportements à risque : consommation de psychotropes, consommation excessive d'alcool ou de tabac, troubles alimentaires ...

Les personnes âgées de 60 ans et plus

Les points essentiels

- 6 % des patients en 2006 (1 318 personnes) ont 60 ans ou plus, leur proportion reste relativement stable.
- La part des femmes dans ce groupe de patients est plus élevée.
- 91 % des 60 ans et plus sont étrangers, principalement originaires du Maghreb (45 %) et en particulier d'Algérie.
- La durée moyenne de résidence en France des étrangers de plus de 60 ans est plus élevée, tout particulièrement chez les hommes du Maghreb.
- Moins dégradées que celles des plus jeunes, les conditions de logement des 60 ans et plus n'en restent pas moins préoccupantes : 27 % vivent dans un logement précaire, 10 % sont sans logement.
- Les niveaux de ressources sont globalement aussi critiques que chez les moins de 60 ans.
- 43 % des 60 ans et plus sont exclus de tout dispositif de couverture maladie (deux fois plus que les autres patients), les autres ne sont qu'un tiers à disposer de droits ouverts.

Plus de 1 300 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 6 % des patients, ont été reçues dans les *Caso de Médecins du Monde* en 2006.

L'augmentation régulière de la proportion de ces patients entre 2000 et 2004 avait justifié en 2005 une observation particulière pour ce groupe de consultants (*tableau 82*).

Tableau 82 : Evolution du nombre et de la proportion de patients âgés de 60 ans et plus, de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	6.5	6.7	7.9	7.2	8.0	5.9	6.0
Effectif	1 753	1 604	1 547	1 351	1 606	1 300	1 318

Caractéristiques socio-démographiques

Les patients âgés d'au moins 60 ans sont à 91 % de nationalité étrangère, proportion voisine de celle des patients plus jeunes (90 %). On compte en revanche une part plus élevée de femmes parmi ce groupe de patients (51 % vs 45 %), différence que l'on retrouve aussi bien chez les Français que chez les étrangers.

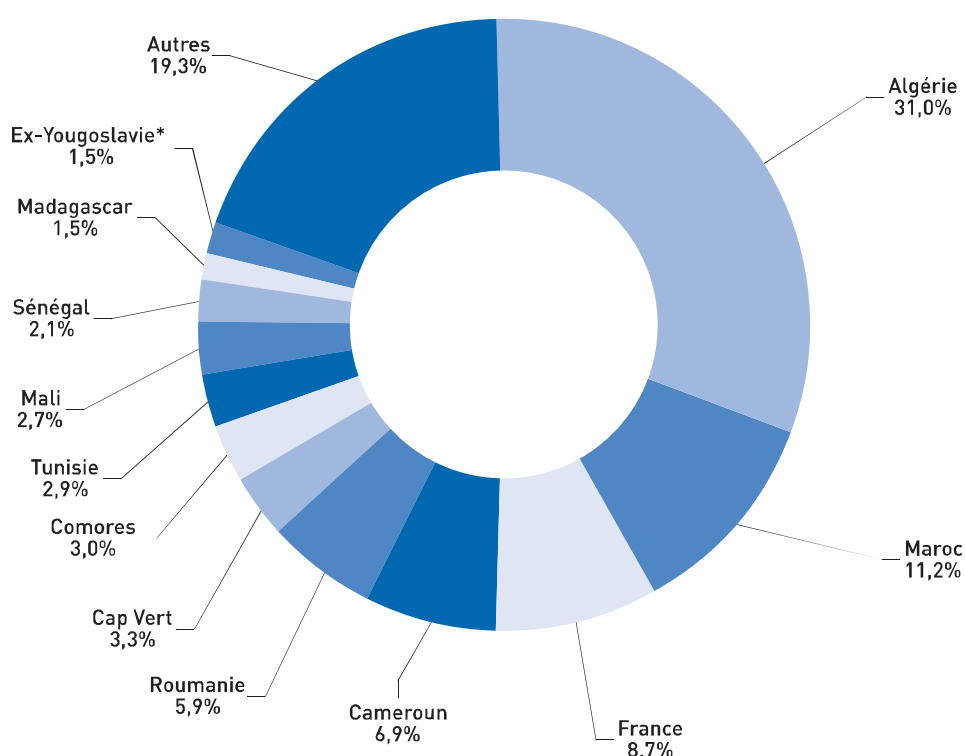
L'âge moyen des 60 ans et plus est de 67 ans, sans grandes variations selon la nationalité ou le sexe. 40 % d'entre eux sont âgés de moins de 65 ans, 30 % ont entre 65 et 69 ans, 30 % ont 70 ans et plus (*tableau 83*).

Tableau 83 : Répartition par âge des patients de 60 ans et plus

	%	n
AGE		
60-64 ans	40.7	536
65-69 ans	29.4	387
70-74 ans	16.8	221
75 ans et plus	13.2	174

Sur le plan des nationalités, 45 % des 60 ans et plus sont originaires d'un pays du Maghreb, proportion deux fois plus importante que chez les patients plus jeunes (21 %), on compte en revanche beaucoup moins de ressortissants de pays européens hors UE (11 % vs 35 %). Enfin, environ 27 % proviennent d'Afrique subsaharienne (vs 23 % chez les patients plus jeunes). L'analyse détaillée des plus de 60 ans par nationalité (figure 20) illustre bien cette prépondérance des ressortissants du Maghreb et notamment des algériens qui représentent 1 patient sur 3 dans cette tranche d'âge.

Figure 20 : Répartition des patients de 60 ans et plus par nationalité



* Slovénie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Serbie, Monténégro

La durée moyenne de résidence en France des étrangers de 60 ans ou plus est deux fois plus élevée que celle des étrangers plus jeunes (tableau 84). Si l'on réalise le même calcul en tenant compte du sexe on observe que la différence la plus importante se situe parmi les hommes : les plus âgés se trouvent en France depuis 8 ans en moyenne contre 3 ans environ chez les moins de 60 ans. Ce contraste important n'est pas observé en revanche chez les femmes.

Observons également que l'ancienneté du séjour en France des 60 ans et plus est 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

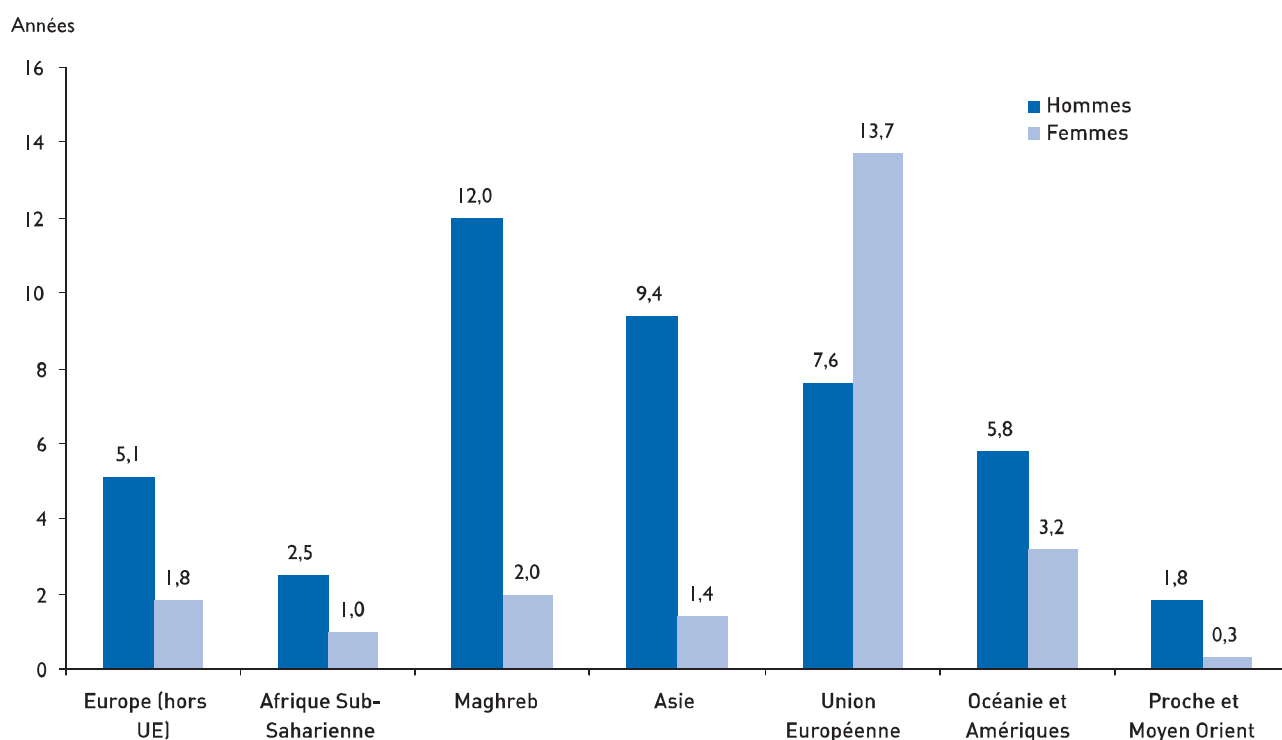
L'importance de l'écart-type affecté à la durée moyenne de résidence des hommes de 60 ans et plus témoigne d'une grande hétérogénéité des durées de séjour parmi ces patients.

Tableau 84 : Durée moyenne de résidence en France des patients étrangers selon l'âge et le sexe

	DURÉE MOYENNE DE RÉSIDENCE EN FRANCE (ANNÉES)	ECART-TYPE
Patients de 60 ans et plus	5.0	12.2
Patients de moins de 60 ans	2.3	4.5
HOMMES		
60 ans et plus	8.4	15.7
moins de 60 ans	2.8	5.2
FEMMES		
60 ans et plus	1.9	6.1
moins de 60 ans	1.7	3.3

La [figure 21](#) détaille les durées de séjour des plus de 60 ans selon le sexe et le groupe continental. On observe en effet des différences très marquées parmi les patients masculins avec des patients du Maghreb présents depuis longtemps (on pressent qu'il s'agit d'expatriés présents de longue date en France et qui ont maintenant atteint l'âge de la retraite) et au contraire des personnes originaires d'Afrique ou d'Europe (hors UE) arrivées plus récemment. Chez les femmes en revanche l'ancienneté du séjour est plus homogène à l'exception de celles originaires d'Union Européenne (mais ce groupe est très peu nombreux et ne représente que 15 patientes).

Figure 21 : Durée moyenne de présence en France des patients étrangers de 60 ans et plus selon le groupe continental d'origine et le sexe



Logement et lien social

Près de 4 patients sur 10 âgés d'au moins 60 ans sont en difficulté sur le plan du logement, proportion qui est moins élevée que celle que l'on relève chez les patients moins âgés mais qui n'en demeure pas moins préoccupante si l'on se réfère à l'âge de ces personnes ([tableau 85](#)).

Les mêmes variations selon la nationalité sont relevées chez les patients plus âgés que chez l'ensemble des consultants avec une part beaucoup plus élevée de patients français sans logement.

Tableau 85 : Situation des patients au regard du logement selon l'âge et la nationalité (% en ligne)

	FIXE		PRÉCAIRE		SANS LOGEMENT	
	%	n	%	n	%	n
Patients de 60 ans et plus	63.0	778	26.9	332	10.0	124
Patients de moins de 60 ans	38.5	7 148	42.0	7 788	19.5	3 610
Patients de 60 ans et plus						
- français	47.7	51	19.6	21	32.7	35
- étrangers	64.5	724	27.6	310	7.9	89

Pas de solution d'hébergement suite à une hospitalisation pour un homme âgé de 64 ans

L'équipe de Bordeaux témoigne :



Carcinome épidermoïde pharyngé.

Traitement par radiothérapie et chimio.

Démence avancée d'origine carencielle : Korsakoff.

Pris en charge dans un hôpital de proximité, pendant 4 mois.

Il est mis dehors de l'hôpital qui n'a pas trouvé de solution à son problème de logement : pas de place en maison de retraite ou en RPA, pas de possibilité de retrouver son logement insalubre.

Le foyer Leydet¹⁰⁰ accepte d'accueillir ce monsieur qui risque de se retrouver à la rue et l'équipe médicale de MDM prend le relais du suivi médical hospitalier.

La situation médicale de ce monsieur est complexe et nous le mettons en sécurité dans les lits infirmiers gérés depuis 15 ans par MDM, en partenariat depuis 2 ans avec l'infirmière salariée de l'établissement.

Aucune structure ne veut accueillir ce monsieur âgé de 64 ans. Il a du mal à déglutir du fait de sa maladie ORL. Un jour, il est tombé au self du foyer. Monsieur L. est hospitalisé en urgence mais il est réadressé au foyer le lendemain.

L'équipe de MDM obtient, après négociations, l'hospitalisation de ce monsieur qui va mourir une semaine après son entrée au CHU.

Comment comprendre qu'en France, aucune structure ne puisse accueillir pour l'accompagner jusqu'à la fin de sa vie, un SDF âgé ?



Sur le plan de l'entourage, le tiers des plus de 60 ans vit seul (particulièrement les hommes et les Français), la moitié vit avec de la famille ou des amis.

Ressources

Les patients de plus de 60 ans, de la même façon que l'ensemble des consultants sont pour la plupart (82 %) sans aucune ressource déclarable, 98 % se situent en dessous du seuil de pauvreté monétaire.

Ils sont ainsi environ 15 % (particulièrement les étrangers) à recourir à des petits boulots ou à la solidarité.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

38 % des 60 ans et plus devant justifier d'un titre de séjour (n=416) se trouvent en situation administrative précaire. Les étrangers plus jeunes sont en proportion deux fois plus nombreux (73 %) à se trouver dans cette situation.

La demande d'asile est également moins fréquente parmi les étrangers de 60 ans et plus qui sont un peu moins de 9 % à être concernés par une telle demande contre 20 % des étrangers de moins de 60 ans.

L'analyse des droits théoriques à la couverture maladie indique que les plus de 60 ans dépendent à parts égales soit de l'assurance maladie soit de l'AME, contrairement aux patients plus jeunes qui relèvent beaucoup plus de l'AME (tableau 86).

100. Le foyer Leydet est un foyer d'hébergement d'urgence qui comporte aussi une unité de lits Halte Soins de Santé.

Ils sont par ailleurs deux fois plus nombreux en proportion à être dépourvus de droits à la couverture maladie soit parce qu'ils ne remplissent pas le critère de résidence pour leur obtention, soit parce qu'ils sont considérés comme des étrangers de passage. L'année 2006 aura été marquée grâce au cinéma par une large information sur les droits et dénis de droits des anciens combattants étrangers.

Parmi les plus de 60 ans qui peuvent théoriquement bénéficier de la couverture maladie, le tiers a des droits effectivement ouverts, proportion qui est faible mais cependant plus élevée que chez les patients plus jeunes (17 %).

Tableau 86 : Droits potentiels des patients de 60 ans et plus et des patients plus jeunes à la couverture maladie (% en colonne)

	PATIENTS DE 60 ANS ET PLUS		PATIENTS DE MOINS DE 60 ANS	
	%	n	%	n
Assurance maladie/CMU	28.5	340	23.8	4 226
AME	28.5	340	57.2	10 169
Pas de droit à la couverture maladie (visa touriste/critère de résidence)	43.0	512	19.0	3 385

Plus du quart d'entre eux sont concernés par les problèmes de domiciliation (27 % vs 54 % des moins de 60 ans), ils sont, comme les autres consultants, près de 80 % à en être dépourvus lorsqu'ils se présentent à MDM.

Par ailleurs, les obstacles à l'accès aux soins cités par les plus de 60 ans sont dominés comme pour l'ensemble des patients par les freins financiers (39 %) mais aussi par les difficultés liées à l'absence ou l'impossibilité d'accéder à une couverture maladie (32 % vs 22 % des patients plus jeunes).

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 3 403 consultations médicales auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, dont 75 % codées avec la CISP (n= 2 560).

Les thématiques cliniques en excès de fréquence peuvent toutes s'expliquer uniquement par l'effet âge, indépendamment des questions d'accès aux soins : facteurs de risque cardio-vasculaire, optique, maladies dont la prise en charge dure plus de 6 mois et maladies nécessitant un plateau technique relativement lourd.

Les dépendances, tous facteurs confondus (y compris médicaments, alcool et tabac) sont dix fois moins fréquentes chez les seniors comparativement à leurs cadets. En population générale française, la dépendance aux médicaments notamment est très fréquente chez les personnes de plus de 60 ans¹⁰¹. Le résultat observé ici pourrait éventuellement s'expliquer par un dépistage non systématique des dépendances dans cette tranche d'âge, ou encore par une attention plus particulière portée en général aux dépendances aux substances illicites par rapport à l'alcool, au tabac et surtout aux médicaments (tranquillisants et somnifères notamment). Cependant, nous rappelons que la population des 60 ans et plus, est très majoritairement étrangère (91 %) et arrivée en France depuis peu. Comme nous l'avons vu précédemment, ces deux facteurs ont une influence dans la consommation moindre de substances psychoactives.

Nous constatons que la souffrance psychique exprimée comme telle est un diagnostic deux fois moins fréquent chez les seniors.

En résumé, un certain nombre des différences observées est la conséquence logique d'un effet de l'âge. En revanche, la relative rareté des dépendances et de la souffrance psychique dans les diagnostics posés chez les seniors doit conduire à s'interroger : recouvre-t-elle une réalité, un biais d'observation, qui devrait, dans ce cas, conduire à une plus grande vigilance sur ces questions chez les seniors ?

101. Beck F., Legleye S. Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes, OFDT, Tendances n°30, juin 2003.

Tableau 87 : Problématiques de santé des patients de 60 ans et plus

	PATIENTS DE 60 ANS ET PLUS / PATIENTS DE MOINS DE 60 ANS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Facteur de risque cardio-vasculaire	3,95	4,4	4,81
Optique	2,14	3,5	5,81
Prise en charge moyen ou long terme	1,72	1,9	2,03
Traitement lourd	1,49	1,8	2,01
Gestion du capital santé	0,86	1,04	1,24
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,79	0,91	1,06
Psychose	0,42	0,66	1,04
Traumatismes	0,42	0,6	0,75
Environnement / Hygiène	0,38	0,5	0,59
Infections respiratoires hautes bénignes	0,39	0,5	0,62
Dents	0,34	0,5	0,75
Souffrance psychique	0,36	0,4	0,56
Toxicodépendance	0,04	0,1	0,39
Grossesse	Aucun diagnostic sur ce thème dans ce groupe		

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Nous ne disposons pas, en France, de lieu d'accueil spécifique pour les personnes vieillissantes en situation de marginalité. Cette question est régulièrement abordée en ce qui concerne la nécessaire adaptation des foyers de travailleurs migrants avec leur vieillissement.

Les personnes sans domicile

Les points essentiels

- En 2006, près de 3 800 patients (19 % des consultants) étaient sans logement. La part des patients à la rue est orientée à la hausse ces dernières années.
- Les sans domicile sont plus souvent français et de sexe masculin. Ils sont plus jeunes chez les étrangers et au contraire plus âgés parmi les français.
- La plupart (67 %) vivent seuls, 12 % d'entre eux cependant vivent à la rue avec des enfants.
- Très peu de sans domicile ont un emploi (5 % vs 11 % des autres patients), 9 sur 10 n'ont aucune ressource déclarable.
- Comptant une proportion plus élevée de français, les patients sans logement disposent plus souvent d'une couverture maladie.

Près de 2 patients sur 10 reçus à MDM en 2006 étaient sans domicile¹⁰². La proportion de personnes à la rue a connu ces dernières années une tendance à la hausse, passant de 16 % en 2000 à 19 % en 2006 (tableau 88).

¹⁰². La situation du logement est celle décrite par la personne. Sont considérées sans logement les personnes qui vivent à la rue, dans des abris, en squat « nu » (sans eau ni électricité), en hébergement d'urgence.

Tableau 88 : Evolution du nombre et de la proportion de personnes sans domicile parmi les patients de Médecins du Monde de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	16.1	17.6	18.5	19.9	18.0	17.8	19.0
Effectif	3 725	3 867	3 454	3 553	3 451	3 630	3 761

Caractéristiques socio-démographiques

La proportion de patients vivant à la rue varie de façon très importante à la fois selon le sexe et la nationalité (tableau 89). Cette situation concerne la moitié des hommes de nationalité française et environ le quart des femmes françaises ; parmi les patients étrangers, 20 % des hommes sont sans logement et 12 % des femmes.

Tableau 89 : Part des patients de Médecins du Monde sans logement selon le sexe et la nationalité

	%	n
Ensemble des patients	19.0	3 761
Hommes français	50.3	702
Femmes françaises	26.3	190
Hommes étrangers	19.5	1 840
Femmes étrangères	12.1	989

L'âge des patients d'autre part varie très nettement selon la situation du logement mais de façon différenciée selon la nationalité :

- parmi les étrangers, les sans domicile sont en moyenne plus jeunes que les personnes disposant d'un logement fixe ou précaire (33 ans vs 35 ans) ;
- chez les Français au contraire les sans domicile sont en moyenne plus âgés (36 ans vs 33 ans).

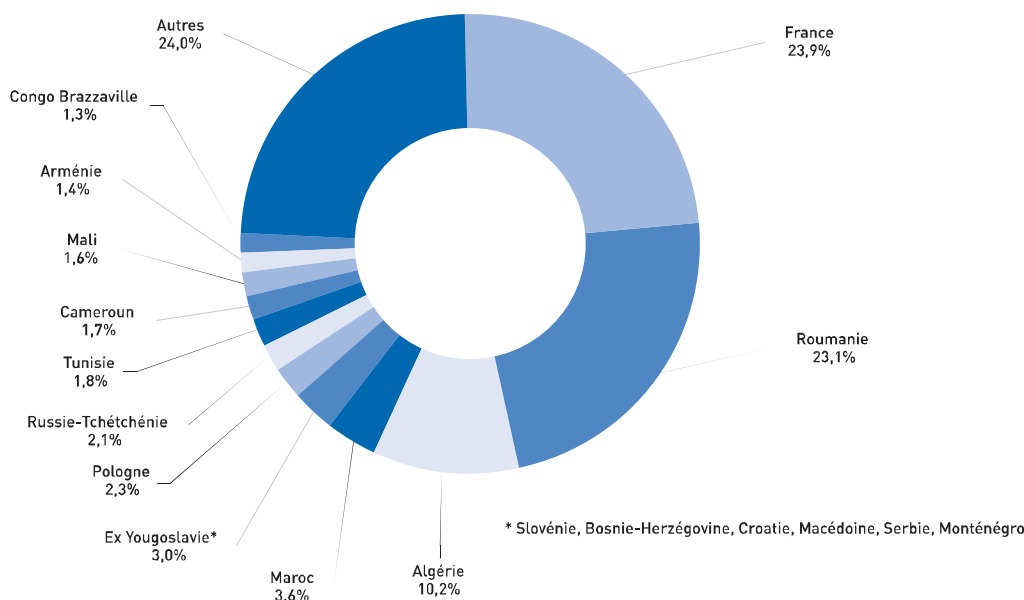
Notons enfin que les mineurs ne sont pas épargnés par les difficultés de logement : **environ 18 % (n=277) d'entre eux vivent à la rue** (vs 19 % des adultes), tout particulièrement les mineurs de nationalité étrangère (19 % n'ont pas de logement vs 12 % des mineurs français).

60 % de ces jeunes patients sans logement sont âgés de moins de 10 ans, la moitié a 6 ans au plus.

Les patients sans domicile de nationalité étrangère proviennent pour beaucoup d'un pays européen hors UE (35 % vs 30 % des autres patients), ils sont en proportion moins nombreux que les autres consultants à être originaires d'Afrique subsaharienne (14 % vs 26 %) ou du Maghreb (16 % vs 25 %).

Concernant enfin les nationalités (figure 22), la moitié des patients sans domicile sont soit français soit roumains.

Figure 22 : Répartition des patients sans logement par nationalité



Lien social

L'absence de logement est étroitement associée à la solitude et réciproquement : 67 % des patients sans logement sont seuls (vs 36 % des autres patients), tout particulièrement les Français (87 % des Français sans logement vivent seuls vs 61 % des étrangers sans logement).

Notons cependant que 12 % des patients sans logement, soit près de 450 personnes, ont un ou plusieurs enfants.

Emploi et ressources

Très peu de patients de MDM comme nous l'avons vu disposent d'un emploi, les sans logement encore moins : seuls 5 % d'entre eux ont un emploi, précaire 9 fois sur 10 (vs 11 % des autres patients).

Travailler apparaît en effet bien peu compatible avec la situation des sans logement pour lesquels les priorités quotidiennes sont de trouver où dormir et manger, ainsi que de maintenir un minimum d'hygiène.

Sur le plan des ressources enfin, les personnes sans domicile ne se distinguent pas de l'ensemble des patients de MDM : 9 sur 10 ne disposent d'aucune ressource déclarable, la quasi-totalité (99.2 %) sont en dessous du seuil de pauvreté.

Modes de contacts et motifs de recours

Les patients sans logement se sont adressés le plus souvent directement à MDM (61 % vs 75 % des autres patients), ils sont cependant deux fois plus nombreux à avoir été orientés par l'intermédiaire d'une autre association (24 % vs 10 %).

Leurs motifs de recours recouvrent globalement ceux décrits pour l'ensemble des patients avec toutefois une proportion plus élevée de recours pour motifs médicaux (70 % vs 61 %).

Notons également que les patients français sans logement, beaucoup plus souvent que les autres consultants français, souhaitent rencontrer un travailleur social (27 % vs 16 %).

On constate enfin que 2.2 % des sans logement veulent bénéficier de soins infirmiers contre seulement 0.6 % des autres patients, la première fois où nous les rencontrons, particularité qui n'est probablement pas étrangère à leurs conditions de vie. Les gens reviennent dans les Casos pour des soins infirmiers : pansements, injection, ...

Comment faire lorsque, non seulement il n'y a pas de lit ou même de fauteuil pour se reposer la journée mais qu'en plus il faut se déplacer sans cesse d'un lieu à l'autre pour assurer les besoins quotidiens ?

L'équipe de Toulouse témoigne :



Un homme de 44 ans se présente à la consultation pour des douleurs du genou. Il a été victime d'un accident du travail qui lui a fait perdre une jambe. Une prothèse a été prescrite et adaptée dans un hôpital en dehors de Toulouse. Il perçoit depuis une pension d'invalidité, vit à la rue depuis plusieurs années et est actuellement abrité la nuit par une structure voisine. Aujourd'hui, il a besoin d'être soulagé de ses douleurs qui semblent en rapport avec une irritation, elle-même favorisée par une macération et une mauvaise adaptation de la prothèse. Des bains et pansements sont effectués avec précaution par l'équipe infirmière et le lien avec l'hôpital est fait pour étudier la nécessité d'un nouvel appareillage. En attendant, une mesure indispensable serait d'éviter l'appui sur cette jambe et de pouvoir enlever souvent la prothèse afin de permettre une cicatrisation rapide. Comment faire lorsque, non seulement il n'y a pas de lit ou même de fauteuil pour se reposer la journée mais qu'en plus il faut se déplacer sans cesse d'un lieu à l'autre pour assurer les besoins quotidiens ? Peu de temps après, ce patient est vu aux urgences pour une augmentation des douleurs et une surinfection de la peau. Un médicament est prescrit et des soins locaux sont à nouveau effectués par les infirmières du centre de soins de Médecins du Monde ou en lien avec le Point Santé où il peut aussi aller se laver.



Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Les patients étrangers sans logement sont plus des trois quarts (76 %) à se trouver en situation administrative précaire, proportion qui est comparable à celle des autres étrangers (77 %), ils sont en revanche plus souvent concernés par une demande d'asile (29 % vs 18 %).

Les trois quarts des sans domiciles ayant déposé une demande d'asile (n=291) sont en attente d'une première convocation à l'Ofpra ou ont déposé un recours et devraient à ce titre être hébergés en Cada.

Notons enfin qu'une part relativement importante des patients sans domicile est dépourvue de documents d'identité (16 % vs 7 % des autres patients).

Les patients sans logement relèvent à part égale soit de l'AME (38 %) soit de l'assurance maladie (40 %), ce qui n'est pas le cas des autres consultants qui relèvent principalement de l'AME. Ceci est dû à la part plus élevée de Français parmi les sans domiciles.

La confrontation des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie indique que le quart environ des patients sans logement disposant de droits théoriques a effectivement des droits ouverts, proportion nettement plus élevée que celle des autres consultants (16 % ont des droits ouverts) : cela s'explique par la proportion importante de Français dans ce groupe de patients.

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 6 400 consultations médicales auprès des personnes sans domicile, dont 75 % codées avec la CISP (n= 4 789).

Nous constatons dans la population des sans-domiciles :

- l'importance des psychoses et des toxico-dépendances, et une rareté des grossesses qui s'explique par une prédominance masculine chez les personnes à la rue ;
- ensuite, une plus grande fréquence des traumatismes qui s'explique probablement par la fréquence des épisodes d'alcoolisation et par l'exposition aux violences liées à la vie dans la rue ;
- par ailleurs, une relative rareté des problématiques renvoyant à une pathologie organique relativement lourde, ou encore à une logique de gestion du capital santé. Les personnes sont confrontées à des problèmes de survie quotidienne, la santé n'étant peut-être pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. De même, devant la complexité des situations, les médecins ne peuvent pas nécessairement explorer l'état de santé global de cette population.

Tableau 90 : Problématiques de santé des patients sans domicile

	PATIENTS SANS DOMICILE / AUTRES PATIENTS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Toxicodépendance	1,82	2,4	3,21
Psychose	1,46	1,9	2,42
Traumatismes	1,51	1,8	2,07
Environnement / Hygiène	1,12	1,3	1,42
Souffrance psychique	1,16	1,3	1,47
Optique	0,70	1,19	2,05
Dents	0,93	1,16	1,45
Infections respiratoires hautes bénignes	0,94	1,08	1,23
Prise en charge moyen ou long terme	0,73	0,8	0,85
Traitement lourd	0,68	0,8	0,91
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,63	0,7	0,80
Gestion du capital santé	0,64	0,7	0,87
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,41	0,5	0,54
Grossesse	0,45	0,5	0,65

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Les Français

Les points essentiels

- 10 % des patients (2 200 personnes environ) sont français en 2006. La part des consultants français, en baisse depuis 2000, s'est stabilisée entre 10 et 11 % depuis 2004.
- La proportion de Français est plus élevée chez les hommes (12 %) ; les femmes françaises sont en moyenne plus jeunes que les autres patients.
- Les patients français sont beaucoup plus fréquemment sans domicile que les étrangers, tout particulièrement les hommes (50 % vivent à la rue), ils vivent également plus souvent seuls.
- 9 Français sur 10 sont sans emploi et en dessous du seuil de pauvreté.
- Près d'un Français sur deux n'a pas de couverture maladie et plus spécifiquement les plus jeunes.

En 2006, 1 patient sur 10 reçu à MDM était de nationalité française. De près de 22 % en 2000, la part des patients français dans la file active a fortement diminué pour se stabiliser autour de 11 % et rester à ce niveau depuis 2004 (*tableau 91*).

Tableau 91 : Evolution du nombre et de la proportion de Français parmi les patients de Médecins du Monde de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	21.7	14.4	13.1	14.4	11.2	10.9	10.3
Effectif	5 762	3 306	2 856	2 640	2 209	2 315	2 195

Caractéristiques socio-démographiques

Les patients français qui représentent 10 % des consultants sont proportionnellement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (12.4 % vs 7.6 %).

Si l'âge moyen des Français et des étrangers est relativement proche (respectivement 33.9 ans et 34.4 ans), les femmes françaises comme nous l'avons vu précédemment sont en moyenne plus jeunes (31 ans vs 34 à 35 ans chez les autres patients).

La situation des patients au regard du logement est très contrastée selon la nationalité (*tableau 92*). Les Français que nous recevons sont en effet proportionnellement deux fois plus nombreux que les étrangers à être dépourvus de domicile et à vivre à la rue.

Parmi les Français, l'absence de domicile concerne la moitié des hommes et environ le quart des femmes.

Tableau 92 : Situation des patients de Médecins du Monde au regard du logement selon la nationalité et le sexe (% en ligne)

	FIXE		PRÉCAIRE		SANS LOGEMENT	
	%	n	%	n	%	n
Ensemble des patients	40.0	7 939	41.0	8 145	19.0	3 761
Français	36.1	766	21.9	466	42.0	892
Etrangers	40.5	7 129	43.4	7 631	16.1	2 835
Patients français						
Hommes	29.2	408	20.4	285	50.3	702
Femmes	48.8	352	24.9	180	26.3	190

Sur le plan de l'environnement social, les patients français se distinguent par une proportion très importante de personnes vivant seules (66 % vs 39 % des patients étrangers). Là encore, cela concerne tout particulièrement les hommes de nationalité française (77 % vivent seuls vs 44 % des femmes françaises).

Emploi et ressources

La quasi-totalité (91 %) des patients de nationalité française sont sans travail. Seuls 3 % exercent un emploi fixe et 5 % un emploi précaire.

Les hommes et les femmes sont sur ce plan là dans la même situation.

Les niveaux de ressources de ces patients sont à l'image de leur situation sociale : les deux tiers ne disposent d'aucune ressource déclarable, 95 % se situent en dessous du seuil de pauvreté.

Les consultants étrangers se trouvent dans une situation financière encore plus dégradée dans la mesure où 96 % d'entre eux n'ont aucune ressource déclarable.

Modes de contacts

Les patients français près d'une fois sur deux (47 %) se sont adressés directement à MDM, alors que le quart d'entre eux a été orienté par une association et 10 % environ par une institution administrative ou sociale.

Il est à noter que 6 % des Français (130 personnes) ont été adressés par une structure de soins censée assurer elle-même la prise en charge...

La différence la plus marquée entre les Français et les étrangers est le fait que les Français sont beaucoup moins nombreux à s'adresser à MDM directement, sans orientation préalable.

Situation administrative, accès aux droits et aux soins

Les patients français relèvent tous de l'assurance maladie.

Lorsqu'ils sont vus pour la première fois à MDM, 53 % des patients de nationalité française ont des droits effectivement ouverts à l'assurance maladie. Parmi eux, seuls 46 % disposent de droits ouverts au titre de la CMU complémentaire alors que leur niveau de ressources pourrait le permettre à 100 %.

La proportion de patients français ayant des droits ouverts ne varie pas significativement entre les hommes et les femmes (respectivement 54 % et 52 %), l'âge des patients en revanche est fortement associé à l'état des droits à la couverture maladie ([tableau 93](#)).

Ainsi ce sont les patients les plus jeunes qui sont le plus souvent dépourvus de couverture maladie (n'ayant pas droit au RMI avant 25 ans, ils n'ont pour la plupart pas fait les démarches nécessaires à l'ouverture de leurs droits). La part des patients disposant de droits ouverts augmente progressivement avec l'âge pour atteindre les deux tiers chez les 60 ans et plus.

Il n'en reste pas moins que si l'on considère la question dans l'autre sens, ce sont plus de 4 personnes sur 10 âgées de 45 ans ou plus qui n'ont pas de couverture maladie, à des moments de la vie où précisément les besoins en soins vont croissant.

Tableau 93 : Proportion de patients français ayant des droits ouverts à la couverture maladie selon l'âge

	DROITS EFFECTIVEMENT OUVERTS	
	%	n
Ensemble des patients français	53.5	1 004
Age des patients		
< 18 ans	34.6	55
18-29 ans	47.6	294
30-44 ans	61.0	365
45-59 ans	54.6	218
60 ans et plus	65.0	65

L'obligation d'une domiciliation pour obtenir une couverture maladie est un problème partagé par l'ensemble des patients qui en ont besoin, mais à des degrés divers : 43 % des consultants français y sont confrontés et 53 % des étrangers.

Les patients français sont sans doute mieux armés pour surmonter cette difficulté : 40 % des Français concernés par une domiciliation n'en possèdent pas contre plus de 82 % des étrangers.

Nous avons vu précédemment que les femmes étaient, moins souvent que les hommes, concernées par ce problème de domiciliation ; cela est également vrai chez les patients français (49 % des hommes français sont concernés vs 29 % des femmes françaises).

Interrogés d'autre part sur les principaux obstacles qui selon eux rendent difficile l'accès aux soins, les français citent

massivement l'obstacle financier (56 % vs 35 % des patients étrangers) suivi des difficultés administratives (30 % vs 18 %). On ne relève pas sur ce plan là de différence sensible parmi les patients français selon le sexe ou l'âge. Notons cependant que les consultants français sans couverture maladie sont deux fois plus nombreux à évoquer des freins administratifs que ceux disposant de droits ouverts (41 % vs 21 %).

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 3 781 consultations médicales auprès des français, dont 76 % codées avec la CISP (n= 2 893).

Deux problématiques se distinguent par un excès de fréquence très important chez les Français comparativement aux étrangers :

- les psychoses, deux fois et demie plus fréquentes chez les Français que chez les étrangers,
- les toxicodépendances, cinq fois plus fréquentes chez les Français que chez les étrangers.

Concernant ces deux problématiques, l'on peut rejoindre une hypothèse selon laquelle le processus de précarisation est très différent entre Français et étrangers : si ces derniers sont le plus souvent en situation de précarité pour des raisons extérieures à eux-mêmes (au premier rang desquelles les difficultés de séjour), le processus de précarisation chez les Français répond souvent à l'existence d'une fragilité psychique, donc endogène, allant souvent jusqu'à apparaître comme une réelle psychose, fragilité que vient aggraver la consommation de toxiques, au premier rang desquels l'alcool. Malgré cela, les difficultés de prise en charge au niveau psychiatrique perdurent.

En résumé, les Français se distinguent des étrangers avant tout par le fait qu'ils sont très nettement plus concernés par les dépendances et les psychoses, alors qu'ils sont nettement moins concernés d'une part par la grossesse et d'autre part par les problématiques renvoyant à des problèmes organiques complexes (facteurs de risque cardiovasculaire, pathologies nécessitant un plateau technique lourd, pathologies nécessitant une prise en charge à long ou moyen terme).

Comme nous l'avons déjà développé, quatre problématiques sont schématiquement deux fois moins fréquentes chez les Français que chez les étrangers :

- les pathologies organiques majorées ou déclenchées par une souffrance psychique¹⁰³ ;
- les pathologies nécessitant un plateau technique lourd ;
- les facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- grossesse et contrôle des naissances.

Tableau 94 : Problématiques de santé des patients français

	PATIENTS FRANÇAIS / PATIENTS ÉTRANGERS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Toxicodépendance	3,82	5,1	6,69
Psychose	1,89	2,5	3,26
Dents	1,30	1,7	2,10
Traumatismes	1,42	1,7	2,05
Environnement / Hygiène	1,12	1,3	1,48
Infections respiratoires hautes bénignes	1,11	1,3	1,50
Souffrance psychique	1,27	1,5	1,66
Optique	0,67	1,27	2,42
Gestion du capital santé	0,87	1,04	1,23
Prise en charge moyen ou long terme	0,72	0,8	0,86
Traitement lourd	0,45	0,6	0,69
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,48	0,6	0,67
Grossesse	0,49	0,6	0,77
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,42	0,5	0,60

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

103. Une des hypothèses formulées dans un précédent travail était que le mode d'expression de la souffrance psychique en consultation était différent entre patients étrangers et français, les derniers ayant plus fréquemment une souffrance identifiée explicitement comme telle (angoisse, dépression) alors que les premiers auraient plus fréquemment une expression indirecte de la souffrance psychique, sous forme de douleurs abdominales par exemple (Collet, Menahem, Paris, Picard – rapport IRDES)

« Je suis venu juste pour dire bonjour parce que maintenant, moi, j'ai MON médecin ».

L'équipe de Marseille témoigne au sujet d'un homme d'une quarantaine d'années qui fréquente régulièrement le centre :



A., français, sans-domicile et habitué des Foyers d'urgence, est depuis 6 ans un « régulier » de la mission France de Médecins du Monde : il fréquente quotidiennement le centre. Ses plaintes sont d'ordre psychosomatique, généralement liées à une demande de soins comme des pansements, des petits soins infirmiers, des bandages. Il soutient généralement qu'il a mal à la cheville, et il n'apparaît jamais de plaies, luxations ou autres (radiographies à l'appui). Parfois il est arrivé que A. soit très agressif vis-à-vis de bénévoles et d'autres personnes présents dans la salle d'attente.

Sur le plan social, il bénéficie d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH), attribuée pour son handicap psychique, et de ce fait n'a pas de mutuelle, puisque l'AAH le place juste au-dessus du seuil de ressources permettant d'obtenir une CMU complémentaire. C'est son père qui est son tuteur. Sa mère est décédée en 1994. Malgré des différends, il garde un contact familial, en particulier pour récupérer son argent.

Par la fréquentation d'associations telles que Médecins du Monde, la Boutique solidarité, etc. A. trouve le lien social et la prise en considération humaine dont il a besoin pour avancer dans sa vie et qui est la seule alternative qui lui soit offerte. Sans compter les obstacles financiers qui empêchent A. d'avoir accès aux soins dans le système de droit commun, le reste à charge étant pour lui considérable étant donné le montant de ses ressources.

Lorsqu'on l'interroge sur les raisons qui l'amènent à fréquenter assidument Médecins du Monde, sa réponse est la suivante : « Je trouve ici une réponse globale à ma demande de prise en charge, l'infirmière, le médecin et le podologue. La fois où je suis allé à l'hôpital, ils m'ont renvoyé après m'avoir mis un pansement mais sans m'avoir donné de soins. Ils m'ont même dit qu'ils allaient me couper le pied. Ici à Médecins du Monde, on ne m'a jamais dit qu'on allait me couper le pied. On me soigne, c'est tout ». Il termine : « Ici l'infirmier prend du temps pour me changer les pansements, tous les jours, et comme je suis SDF il m'a même donné de la pommade et tout ce qu'il faut pour me soigner. Je suis content de venir ici, parce que je sais qu'on va bien s'occuper de moi. J'en ai besoin. »

Pourtant, par sa fréquentation récurrente du Centre de soins, A. génère chez les équipes un effet de « saturation ». En effet, il est estimé que ces nombreux passages et demandes sont excessifs, et que A. doit rejoindre le système de santé de droit commun. D'où l'importance cruciale du travail psycho-social de fond qui doit être conduit, au-delà de la demande médicale. Cela passe par un accompagnement progressif qui amène A. à réguler ses demandes multiples. Par ailleurs, pour faciliter son accès aux soins, nous lui proposons de prendre une mutuelle. Pour ce faire, nous nous sommes rapprochés de son père et l'avons convaincu de l'importance d'une telle démarche, bien qu'elle soit onéreuse, à fortiori pour son fils handicapé.

Parallèlement, nous amenons A. à accepter la nécessaire prise en charge extérieure à Médecins du Monde. Sans le rejeter pour autant, nous essayons de le convaincre du bien fondé de la distance à prendre avec notre centre de soins. Sans oublier, pour autant, de lui faire comprendre que notre porte demeure ouverte pour continuer, de temps en temps, à maintenir un lien social.

Notre réussite s'articule ainsi autour de :

1. l'obtention d'une mutuelle

2. la réorientation vers un médecin libéral

3. la satisfaction pour A. tout d'abord d'avoir un médecin traitant attiré pouvant assurer un suivi et par là, retrouver un début de socialisation et de considération.

Pour l'anecdote, revenant au centre de soins dernièrement, face à l'étonnement de l'accueillant, A. a répondu :

« Je suis venu juste pour dire bonjour parce que maintenant, moi, j'ai MON médecin ».



Les personnes concernées par une demande d'asile

Les points essentiels

- L'année 2006 a vu une régression très nette du nombre de demandeurs d'asile : 19 % des patients, soit environ 2 700 personnes, sont concernés par une demande d'asile. La plupart d'entre eux ont déjà déposé leur demande.
- Très peu des demandeurs d'asile qui ont déposé leur demande (4 %) sont reconnus réfugiés, pour les plus nombreux (61 %) la demande est encore en cours, les autres (35 %) sont déboutés.
- Ils sont plus jeunes et plus souvent de sexe masculin que les autres étrangers.
- Leur arrivée en France est récente (60 % depuis moins d'un an), ils sont ressortissants d'Algérie (15 %), de Russie-Tchéchénie (9 %), d'Ex-Yougoslavie (7 %).
- Près de 70 % connaissent des difficultés de logement, 80 % n'ont pas de couverture maladie et la quasi-totalité n'ont pas de ressources.
- Les demandeurs d'asile ont été plus souvent exposés à des situations violentes.

En 2006, 19 % des patients étrangers reçus à MDM étaient concernés par une demande d'asile¹⁰⁴. Autour de 30 % depuis 2001, le nombre de demandeurs d'asile a fortement diminué au cours de cette dernière année (*tableau 95*).

Tableau 95 : Evolution du nombre et de la proportion de personnes concernées par une demande d'asile parmi les patients étrangers de Médecins du Monde de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	30.0	28.5	27.0	31.2	27.7	19.3
Effectif	5 810	5 137	3 480	4 514	4 059	2 677

Le *tableau 96* présente les différentes situations des patients concernés par une demande d'asile.

Les étrangers concernés par une demande d'asile avaient pour la plupart (72 %) déjà déposé leur demande lorsqu'ils se sont adressés à MDM. Parmi eux, seuls un peu plus de 4 % ont été reconnus réfugiés, pour les autres, soit la demande était en cours (61 %), soit ils étaient déboutés (35 %).

28 % des étrangers concernés par une demande d'asile n'ont pas pu déposer leur dossier. La raison principale (61 % des cas) est une arrivée trop récente sur le territoire français, mais aussi souvent (23 %) des difficultés pour mener à bien les démarches. Parfois la demande est bloquée lorsque les autorités lancent une recherche (via le fichier Eurodac) dans le cas où ils pensent que la procédure peut relever d'un autre pays européen (15 % des dossiers en instance), enfin dans 1 % des cas, la demande d'asile incombait effectivement à un autre pays.

¹⁰⁴. On entend par « concernée par une demande d'asile » toute personne qui a déposé ou souhaite déposer une demande d'asile quelle que soit l'issue de la démarche.

Tableau 96 : Demandes d'asile des patients étrangers⁽¹⁾ (% en ligne)

	%	n
Etrangers concernés par une demande d'asile	19.8	2 677
Dont...		
demandes déposées	72.2	1 932
demandes non déposées	27.8	745
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
débouté(e)	34.9	643
attente d'une 1ère convocation à l'Ofpra	46.8	861
recours en cours	13.9	256
reconnu(e) réfugié(e)	4.4	81
Type d'asile des étrangers reconnus réfugiés		
asile conventionnel	94.6	35
asile subsidiaire	5.4	2
Motif(s) de non dépôt de la demande d'asile		
arrivée trop récente	61.0	324
en cours de procédure EURODAC	15.4	82
la demande incombe à un autre pays européen	1.1	6
difficultés pour les démarches	22.8	121

(1) Ne concerne que les étrangers originaires d'un pays hors Union Européenne

Caractéristiques socio-démographiques

Les personnes concernées par une demande d'asile se distinguent des autres patients étrangers en particulier sur deux points : la part des hommes y est plus importante (63 % vs 52 %) et ils sont en moyenne plus jeunes (31.6 ans vs 34.7 ans). La proportion de mineurs est en effet deux fois plus importante parmi les demandeurs d'asile (12 % vs 6 %) et au contraire celle des plus de 60 ans deux fois plus faible (3 % vs 6.6 %).

Au niveau national, selon l'Ofpra, la part des femmes poursuit sa progression passant de 29.6 % en 2001 à 35.8 % en 2006. Elles sont nettement majoritaires au sein de certaines nationalités : Ethiopie, Chine, Azerbaïdjan¹⁰⁵

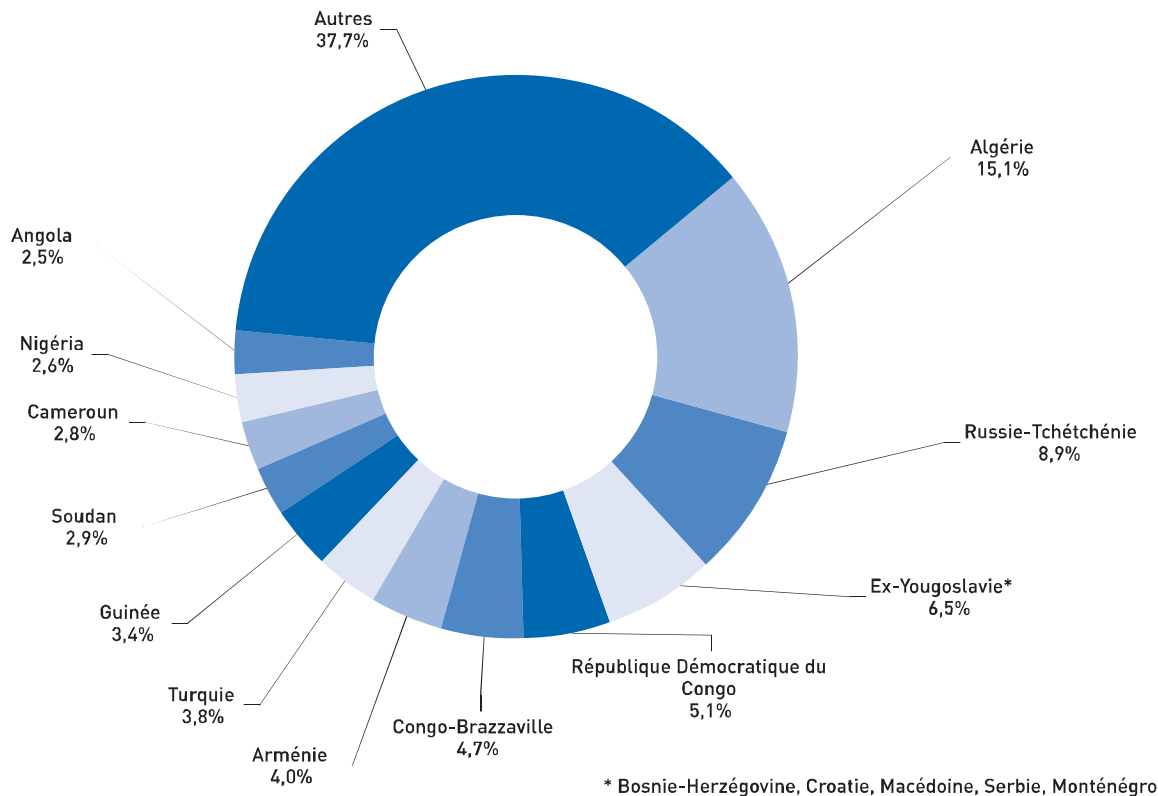
A Médecins du Monde, les demandeurs d'asile sont originaires pour l'essentiel d'Europe hors UE (36 %) ou d'Afrique subsaharienne (37 %), nettement moins souvent du Maghreb (18 %).

L'Algérie reste cependant la nationalité la plus représentée (figure 23), devant les étrangers originaires de Russie-Tchéquie et des pays de l'ex-Yougoslavie (à l'exception de la Slovénie qui est entrée dans l'UE).

On constate par ailleurs l'émergence de nouvelles populations parmi les demandeurs d'asile reçus dans les Casos par rapport aux années précédentes. C'est le cas notamment des Turcs, des Soudanais, des Arméniens ou des Guinéens.

Ils se trouvent en France pour beaucoup de façon très récente : 40 % depuis moins de 3 mois (vs 23 % des autres étrangers), 60 % depuis moins d'un an (vs 56 %).

Figure 23 : Répartition des personnes concernées par une demande d'asile selon la nationalité



A l'Ofpra 106, les principaux pays de provenance des demandeurs d'asile 107 en 2006 sont :

- la Turquie, avec 11.4 % de demandes : il s'agit en grande majorité de kurdes ;
- le Sri-Lanka, avec 10 % des demandes : la demande sri-lankaise, très massivement représentée par la communauté tamoule, connaît une augmentation de 22 % par rapport à 2005 ;
- la République Démocratique du Congo, avec 8.1 % des demandes (-27 % par rapport à 2005) ;
- Ex Serbie et Monténégro, avec 7.2 % des demandes. Ils sont majoritairement originaires du Kosovo ;
- Haïti, avec 6.3 % des demandes. Ce pays occupe désormais la 5ème place alors qu'il était le premier pays en 2005.

Quelle est la situation des pays dont sont originaires les personnes concernées par une demande d'asile, rencontrées dans les Casos 108 ?

Concernant l'Algérie, l'Ofpra constate une réduction importante des demandes depuis juillet 2005 (baisse de 44.3 % en 2006 par rapport à 2005). La demande représente toujours une problématique d'abord sécuritaire et secondairement politique.

Pour l'Ofpra, la demande russe est composée aux trois quarts de Tchétchènes. La majorité évoque les souffrances liées aux conséquences de la guerre en Tchétchénie depuis 1999 : victimes de persécutions, ou craignant de l'être du fait des soupçons qui pèsent sur les proches, victimes de règlements de compte, d'arrestations arbitraires...

La part de l'Ex-Yougoslavie est essentiellement composée des ressortissants de l'ex-Serbie-et-Monténégro. A l'Ofpra, les demandeurs d'asile sont, pour 90 % d'entre eux, originaires du Kosovo et se répartissent entre deux tiers d'albanophones et un tiers de Roms. Les albanophones évoquent des craintes de persécution. Les Roms évoquent des conditions de vie indigentes, les discriminations et les agressions dont ils sont victimes.

Les demandes des Guinéens sont majoritairement d'ordre politique, du fait d'appartenir aux partis d'opposition. Les femmes guinéennes évoquent, en grande majorité, un mariage forcé et/ou une excision pour elles-mêmes ou leurs filles.

L'Ofpra souligne également l'augmentation sensible au niveau national de la demande soudanaise par rapport à 2005 (458 dossiers). Pour l'essentiel, les dossiers émanent de personnes originaires du Darfour, principalement d'ethnie africaine qui ont fui les massacres et/ou ont été accusés de soutenir la rébellion, et plus exceptionnellement se réclamant de tribus arabes fuyant l'enrôlement forcé dans les milices Jenjawids.

Les dossiers des Arméniens continuent à s'inscrire dans une problématique ethnique : les personnes d'origine mixte (azéro-arménienne) ou de couples mixtes évoquent l'impossibilité de vivre tant en Arménie qu'en Azerbaïdjan. Il y a aussi des opposants politiques actifs.

106. Rapport 2006 de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

107. Premières demandes et réexamens inclus - hors mineurs accompagnants.

108. Rapport 2006 de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

Logement et lien social

Les demandeurs d'asile bénéficient théoriquement de droits spécifiques dès lors que leur demande est déposée, et notamment d'un logement en Cada (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile).

Dans les faits, la situation des demandeurs d'asile (dont la procédure est en cours) concernant le logement est encore plus dégradée que celle que connaissent les autres étrangers ([tableau 97](#)). Ils ne sont qu'un peu moins de 30 % à disposer d'un logement fixe alors que plus du quart sont sans logement et 44 % dans un logement précaire.

Le manque de places en Cada explique probablement cette situation difficile que connaissent les demandeurs d'asile (se référer au [tableau 18](#) pour le nombre de places en Cada)

Tableau 97 : Situation au regard du logement des demandeurs d'asile et des autres patients étrangers (% en ligne)

	FIXE		PRÉCAIRE		SANS LOGEMENT	
	%	n	%	n	%	n
Etrangers demandeurs d'asile	31.9	842	44.3	1 169	23.7	626
Autres patients étrangers	43.2	4 753	42.0	4 618	14.9	1 635
Etrangers demandeurs d'asile						
demande non déposée	23.3	171	47.7	350	29.0	213
procédure en cours ⁽¹⁾	29.4	323	44.0	483	26.5	291
débouté(e)	44.4	284	42.3	270	13.3	85
reconnu(e) réfugié(e)	45.0	36	40.0	32	15.0	12

(1) en attente d'une première convocation à l'Ofpra ou recours en cours

Emploi et ressources

Les demandeurs d'asile, comme la plupart des étrangers reçus à MDM, se trouvent dans l'impossibilité de travailler de façon légale. La quasi-totalité d'entre eux ne dispose donc d'aucune ressource au jour de leur arrivée à MDM. Les demandeurs d'asile pour lesquels la procédure est en cours doivent en principe percevoir une allocation versée par les ASSEDIC. Ils sont pourtant près de 93 % à déclarer ne disposer d'aucune ressource : nous les voyons souvent lorsque ces démarches sont en cours, par ailleurs nous considérons comme demandeur d'asile les personnes qui n'ont pas encore pu déposer leur demande.

C'est ainsi que le quart environ des demandeurs d'asile ont recours à des petits boulots, à la solidarité de l'entourage ou à la mendicité.

Modes de contact et motifs de recours

Les étrangers concernés par une demande d'asile, beaucoup plus souvent que les autres patients étrangers, ont été orientés vers MDM par une autre association (30 % vs 7 %), ils sont par ailleurs plus de la moitié à s'être adressés directement à MDM (51 % vs 83 %).

Mais plus que le statut de demandeur d'asile, c'est l'ancienneté du séjour en France des étrangers qui semble déterminer leur mode de contact avec MDM : les « primo-arrivants » sont très souvent orientés par l'intermédiaire d'une autre association alors que les résidents plus anciens ont fréquemment recours sans orientation préalable.

Les patients demandeurs d'asile souhaitent avant tout bénéficier d'une consultation médicale (76 % vs 54 % des autres étrangers), ou parfois rencontrer un travailleur social (19 % vs 18 %).

Accès aux droits et aux soins

Le statut de demandeur d'asile, outre un logement en Cada et le versement d'une allocation par les Assedic, permet un accès à la sécurité sociale sans durée préalable de séjour et à la CMU complémentaire sous conditions de ressources.

Dans les faits, les demandeurs d'asile reçus à MDM et dont la procédure est en cours sont moins de 20 % à bénéficier effectivement de la CMU alors que plus des trois quarts n'ont aucun droit ouvert ([tableau 98](#)).

Les patients n'ayant pas encore déposé leur demande sont (logiquement mais malheureusement) plus de 90 % à n'avoir aucun droit ouvert.

Tableau 98 : Droits à la couverture maladie des étrangers concernés par une demande d'asile (% en ligne)

	DROITS OUVERTS CMU (COMPLÉMENTAIRE)		DROITS OUVERTS AME		AUCUN DROIT OUVERT	
	%	n	%	n	%	n
Etrangers demandeurs d'asile	14.9	322	6.5	140	78.6	1 696
Etrangers demandeurs d'asile						
- demande non déposée	3.4	15	5.0	22	91.6	406
- procédure en cours ⁽¹⁾	18.6	178	3.0	29	78.3	748
- débouté(e)	11.1	68	13.7	84	75.2	460
- reconnu(e) réfugié(e)	54.5	42	----	0	45.5	35

(1) en attente d'une première convocation à l'Ofpra ou recours en cours

Les freins à l'accès aux soins cités par les demandeurs d'asile sont comme pour l'ensemble des étrangers avant tout d'ordre financier (36 % vs 30 % des autres patients étrangers), ils sont également plus du quart à se trouver en difficulté face à la complexité de notre système médico-social (26 % vs 23 %). Plus de 2 demandeurs d'asile sur 10 enfin sont en bute à l'obstacle linguistique.

La nécessité d'une domiciliation pour l'ouverture de droits à la couverture maladie s'impose à la moitié des demandeurs d'asile, proportion comparable à celle des autres patients étrangers.

Les deux tiers des demandeurs d'asile ayant besoin d'une domiciliation en ont obtenu une auprès d'une association agréée, il reste cependant le tiers d'entre eux qui n'en possède pas. A noter que toutes les associations agréées pour effectuer des domiciliations pour la procédure de demande d'asile ne le sont pas systématiquement pour effectuer des domiciliations pour la couverture maladie.

Les violences subies par les demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile qui fuient leur pays ont souvent été exposés à des situations violentes dans leur pays d'origine mais aussi parfois au cours de leur parcours migratoire.

Ces questions sensibles ne sont pas toujours abordées en première intention dans les consultations de *Médecins du Monde*, on constate cependant que les étrangers qui demandent l'asile sont particulièrement concernés : ils sont en effet le quart à avoir été victimes de violences (vs 7 % des autres patients étrangers). Il s'agit le plus souvent d'agressions physiques, de torture ou de violences psychiques, parfois de viols.

10 années de cris, d'horreurs résonnent encore à ses oreilles.

L'équipe de Bordeaux témoigne au sujet d'un jeune homme, témoin du génocide au Rwanda.



Monsieur B. nous est adressé par l'équipe de Médecine Interculturelle du CHR pour un dossier de demande de régularisation pour raisons médicales.

35 ans, d'origine Rwandaise " Hutu Modéré ", il a vécu depuis l'âge de cinq ans dans les orphelinats ; à dix huit ans il s'est trouvé confronté à la barbarie et à la haine, a refusé d'y céder...

10 années de cris, d'horreurs résonnent encore à ses oreilles.

Lorsqu'il parviendra à fuir les " Interahamwe " (ceux qui frappent ensemble) en kinyarwanda (Milice Hutu qui pourchassent les Hutus qui n'ont pas pris part aux massacres). La France ne reconnaîtra pas sa demande de réfugié.

Il a basculé dans le délire, la révolte, la violence, les nuits d'errance dans les centres d'accueil.

La nécessité d'hospitalisation d'urgence en Centre Spécialisé, il la verbalisera lui-même !

L'entretien est lourd entrecoupé de silences et de soupirs, de larmes pleins les yeux.

L'équipe gère la demande d'AME, la prise en charge médicale ; nous promettons de l'appeler et de le rencontrer.

L'entretien a été plus long que prévu, nous contactons le foyer d'accueil pour les en informer ; il lui garde son lit.

Il repart avec un léger sourire...



Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 5 101 consultations médicales auprès des demandeurs d'asile, dont 74 % codées avec la CISP (n= 3 764).

La souffrance psychique est une fois et demie plus fréquente chez les demandeurs d'asile par rapport aux autres patients. Celle-ci peut être interprétée de façon multifactorielle :

- comme évoqué précédemment, au moins un quart des demandeurs d'asile ont subi des violences dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire ;
- et une fois en France, pays des droits de l'Homme, ils sont dans l'incertitude quant à leur avenir, à tous les points de vue : aucun droit de travailler, aucune certitude de trouver un toit, aucune garantie d'obtenir le statut de réfugié ...

Concernant l'état de santé global des demandeurs d'asile, selon une étude sur la santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en Cada et CPH¹⁰⁹, l'appréciation générale et subjective des médecins traitants sur l'état de santé de la population étudiée montre que 87.3 % des médecins le considèrent comme bon.

Mais on sait que la population hébergée en Cada n'est représentative que de la moitié de la population globale des demandeurs d'asile, puisqu'ils sont moins d'un demandeur d'asile sur deux à être hébergés en Cada.

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

Les données recueillies par le Comede démontrent que seuls 6% des patients atteints d'hépatite B ou C connaissaient déjà leur statut sérologique dans leur pays d'origine. Pour le VIH, 95% des migrants sont dépistés positifs en France, qu'ils aient été contaminés dans leur pays d'origine, durant la migration ou en France¹¹⁰.

Ces pathologies sont souvent asymptomatiques avant d'arriver à un stade avancé. On rappelle ici l'importance de proposer systématiquement des bilans de santé comme le fait le Comede ou notre programme mené auprès des familles demandeuses d'asile à Paris (mission Cafda¹¹¹).

Tableau 99 : Problématiques de santé des demandeurs d'asile

	DEMANDEURS D'ASILE / AUTRES PATIENTS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Souffrance psychique	1,44	1,6	1,82
Infections respiratoires hautes bénignes	0,95	1,10	1,27
Gestion du capital santé	0,84	0,99	1,15
Grossesse	0,82	0,98	1,16
Environnement / Hygiène	0,80	0,92	1,06
Traumatismes	0,70	0,87	1,07
Optique	0,37	0,74	1,50
Prise en charge moyen ou long terme	0,79	0,9	0,92
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,74	0,8	0,95
Psychose	0,45	0,7	0,96
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,64	0,7	0,83
Traitement lourd	0,62	0,7	0,87
Toxicodépendance	0,27	0,5	0,76
Dents	0,35	0,5	0,68

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

109. La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en Cada et CPH en 2006, Etude réalisée à partir des fiches de visites médicale, ANAEM, mars 2007.

110. La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2006 du Comede.

111. Programme qui a pour objectifs d'informer les familles demandeuses d'asile sur le dispositif de soins en France et de les accompagner au travers d'entretiens médicaux vers des dépistages ciblés. Se référer à la partie actions mobiles auprès des migrants.

Les personnes en situation administrative précaire

Les points essentiels

- En 2006, 77 % des étrangers devant justifier d'un titre de séjour n'en possèdent pas et sont donc en situation administrative précaire. Amorcée en 2004, l'augmentation de cette population se poursuit cette année.
- Ces étrangers sont plus jeunes et originaires pour plus du tiers d'Europe hors Union Européenne (24 % sont roumains). Ils résident en France depuis plus longtemps que les autres consultants étrangers.
- Comme les autres patients, ils sont souvent en grande difficulté de logement, même après de nombreuses années passées en France.
- 11 % environ des étrangers en situation administrative précaire sont exclus de l'AME en raison du critère de résidence. Ceux qui pourraient en bénéficier ne sont que 7 % à disposer de droits ouverts.
- Les retards de recours aux soins sont plus fréquents parmi ces patients.

Toute personne étrangère majeure originaire d'un pays hors de l'Union Européenne doit posséder une autorisation de séjour pour résider en France.

En 2006, près de 77 % des étrangers que nous avons vus et devant justifier d'un titre de séjour (soit plus de 11 000 personnes) n'en possédaient pas.

Constatée à partir de 2004, l'augmentation continue de la proportion d'étrangers en situation administrative précaire s'adressant à MDM s'est poursuivie ces dernières années pour dépasser le niveau enregistré en 2005 (*tableau 100*).

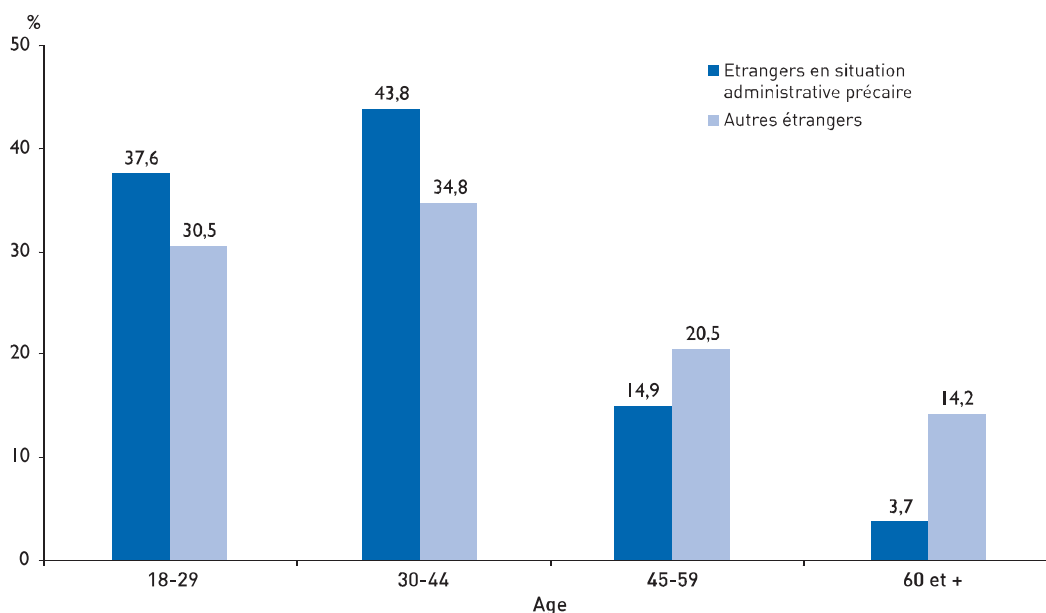
Tableau 100 : Evolution du nombre et de la proportion de patients en situation administrative précaire parmi les étrangers (hors UE) de 18 ans et plus de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	49.3	44.2	46.6	47.3	58.7	71.0	76.8
Effectif	7 697	7 914	6 544	6 086	8 564	10 855	11 312

Caractéristiques socio-démographiques

Près de la moitié (46 %) des patients en situation administrative précaire sont de sexe féminin, proportion proche de celle des autres étrangers (47 %), ils sont en revanche nettement plus jeunes (34.9 ans vs 40.0 ans) : plus de 80 % sont âgés de moins de 45 ans, 38 % ont moins de 30 ans (*figure 24*).

Figure 24 : Répartition par âge des patients étrangers selon leur situation au regard du séjour



Les principales nationalités représentées parmi les étrangers en situation administrative précaire sont présentées dans la [figure 25](#).

Les Roumains constituent près du quart de ces patients, suivis des Algériens (12.3 %), des Marocains (7.6 %) et des Camerounais (6.4 %).

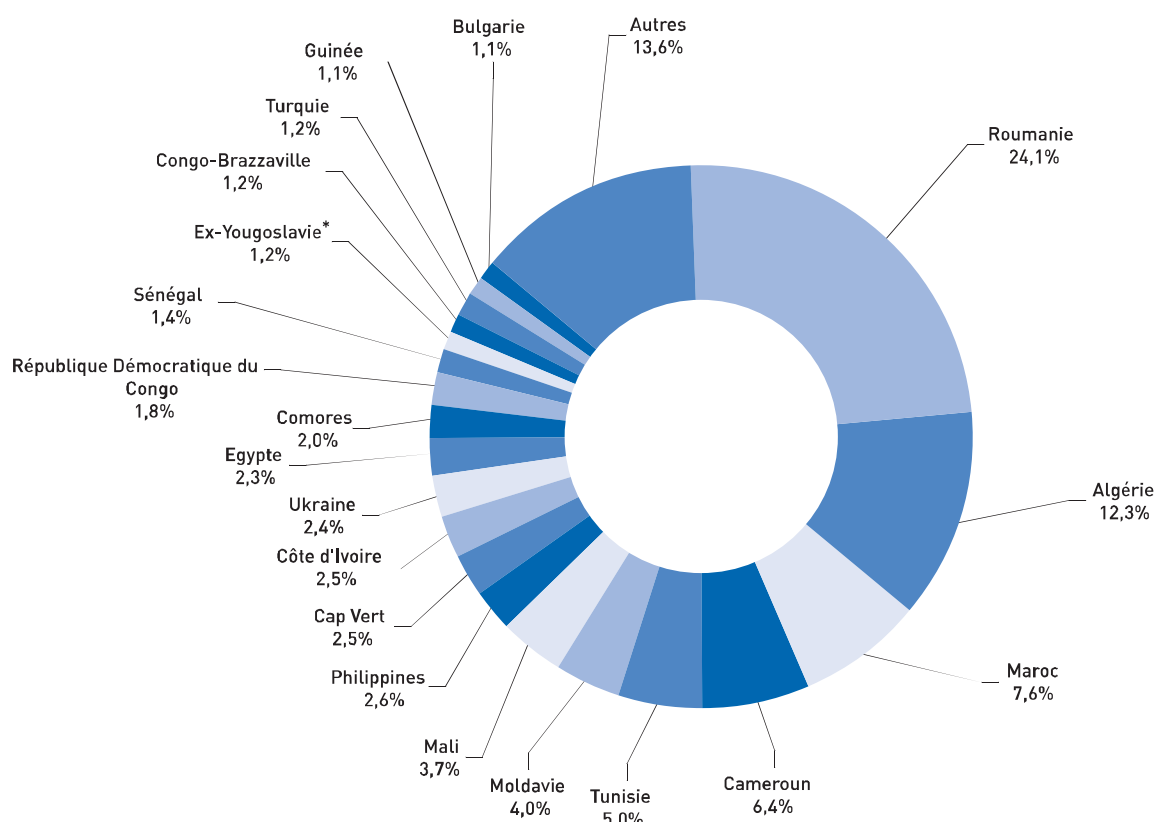
Les ressortissants du Maghreb représentent au total le quart des étrangers dépourvus de titre de séjour.

La hiérarchie des nationalités a assez peu varié par rapport à 2005. On observe cependant que la part relative de chacune d'elles a baissé en raison d'une augmentation importante de celle des patients roumains.

Le fait que les Roumains constituent la première nationalité parmi ces étrangers peut sembler paradoxal dans la mesure où ils bénéficient d'une liberté de circulation pendant trois mois (ils doivent, passé ce délai, retourner dans leur pays pour obtenir un nouveau visa et rester ainsi en règle).

L'une des raisons pouvant expliquer cette particularité est la nécessité d'apporter la preuve d'une durée de résidence ininterrompue de trois mois en France pour bénéficier d'une couverture maladie, condition impossible à remplir si ces patients retournent en Roumanie tous les trois mois... 80 % des Roumains vus à MDM sont en situation administrative précaire.

Figure 25 : Répartition des étrangers en situation administrative précaire selon la nationalité



* Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Monténégro, Serbie (la Slovénie fait maintenant partie de l'UE)

Les étrangers en situation administrative précaire ne sont pas des « primo-arrivants » : près de 9 sur 10 résident en France depuis plus de 3 mois, le quart depuis au moins 3 ans ([tableau 101](#)). Mais comme nous l'avons déjà précisé, nous demandons aux patients la date de leur dernière arrivée en France ; ce qui pour des patients qui font des allers et retours dans leur pays d'origine, peut donner l'impression d'une arrivée récente, alors qu'ils peuvent résider de façon pérenne en France

Tableau 101 : Ancienneté de la présence en France des étrangers en situation administrative précaire

	%	n
Moins de 3 mois	11.9	1 314
3 mois à moins d'1 an	36.6	4 043
1 an à moins de 3 ans	24.7	2 727
3 ans à moins de 10 ans	22.9	2 537
10 ans et plus	4.0	439

On observe enfin si l'on s'intéresse au groupe continental, que ce sont les patients originaires d'Europe hors Union Européenne qui sont arrivés le plus récemment et à l'opposé les ressortissants du Maghreb et d'Asie qui comptent la durée de résidence la plus importante (tableau 102).

Tableau 102 : Durée de résidence en France des patients en situation administrative précaire selon le groupe continental du pays d'origine

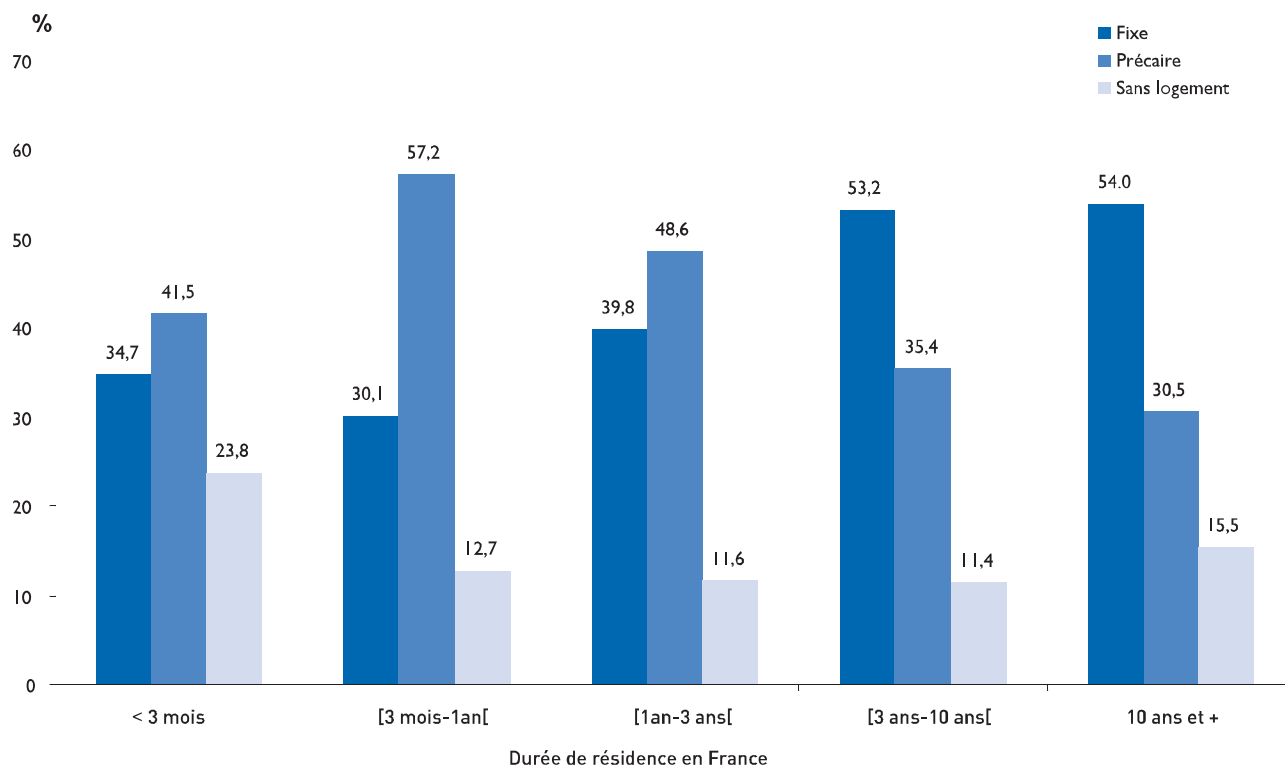
	Durée de résidence en France (années)	
	Moyenne (écart-type)	Médiane
Asie	3.8 (3.7)	2.8
Maghreb	3.7 (5.7)	2.5
Océanie et Amériques	2.7 (3.8)	1.3
Afrique subsaharienne	2.6 (4.2)	1.1
Proche et Moyen Orient	1.9 (3.9)	0.9
Europe (hors UE)	1.3 (2.4)	0.5

Logement et lien social

14 % des étrangers en situation administrative précaire vivent à la rue, près de la moitié (47 %) dans un logement précaire (contre respectivement 19.5 % et 35.7 % des autres patients étrangers).

Les difficultés sur ce plan là persistent avec le temps (figure 26). Ainsi, si l'on observe que la proportion de patients disposant d'un logement fixe augmente avec la durée de résidence en France, elle « plafonne » cependant à 53-54 % même après 3 années ou plus passées en France : ces étrangers sont, pour une bonne partie d'entre eux, installés durablement dans des conditions de vie extrêmement précaires.

Figure 26 : Logement des étrangers en situation administrative précaire selon l'ancienneté de leur séjour en France



Sur le plan de l'environnement social, 42.5 % des patients en situation administrative précaire vivent seuls, 3.4 % sont seuls avec un ou plusieurs enfants, les autres vivent soit en couple soit avec de la famille ou des amis.

C'est parmi les patients vivant seuls que l'on trouve le plus de personnes sans logement (21 %), notons cependant que 65 % des étrangers vivant seuls avec un (ou des) enfant(s) (soit environ 250 personnes) sont dans un logement précaire ou à la rue.

Emploi et ressources

Les étrangers ne disposant pas d'un titre de séjour se voient dans l'impossibilité de travailler de façon légale. L'une des seules alternatives pour disposer d'un minimum de ressources est donc d'exercer une activité non déclarée, situation qui concerne 27.4 % d'entre eux (30 % des hommes et 24 % des femmes) (tableau 103).

Certains plus nombreux ont également recours pour survivre à la solidarité de leur entourage ou d'associations, voire à la mendicité ; c'est le cas de 58 % des étrangers en situation administrative précaire (54 % des hommes vs 62 % des femmes).

Tableau 103 : Part des patients étrangers exerçant une activité non déclarée ou ayant recours à la solidarité selon leur situation au regard du séjour (% en colonne)

	ÉTRANGERS EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE		AUTRES PATIENTS ÉTRANGERS	
	%	n	%	n
Exerce un travail non déclaré	27.4	2 889	8.9	304
A des revenus non déclarables (petit boulots, famille, mendicité, associations...)	58.4	6 297	23.0	953

Les modes de contact et les motifs de recours

Les étrangers en situation administrative précaire ont recours pour la plupart à MDM sans orientation préalable, ceci plus fréquemment que les autres patients étrangers (82.5 % vs 65.6 %) ; ils sont parfois orientés par l'intermédiaire d'une autre association (7.4 % vs 15.5 % des autres patients étrangers).

Le recours est le plus souvent motivé par le souhait de rencontrer un médecin mais ceci moins souvent cependant que les autres patients étrangers (50 % vs 75 %), ou quelquefois un travailleur social (18 % des recours).

Notons cependant que la modalité « autre motif de recours » a été cochée dans 36 % des cas, modalité qui correspond très souvent à un demande d'instruction de dossier AME. La demande sociale est donc beaucoup plus importante dans ce groupe de patients.

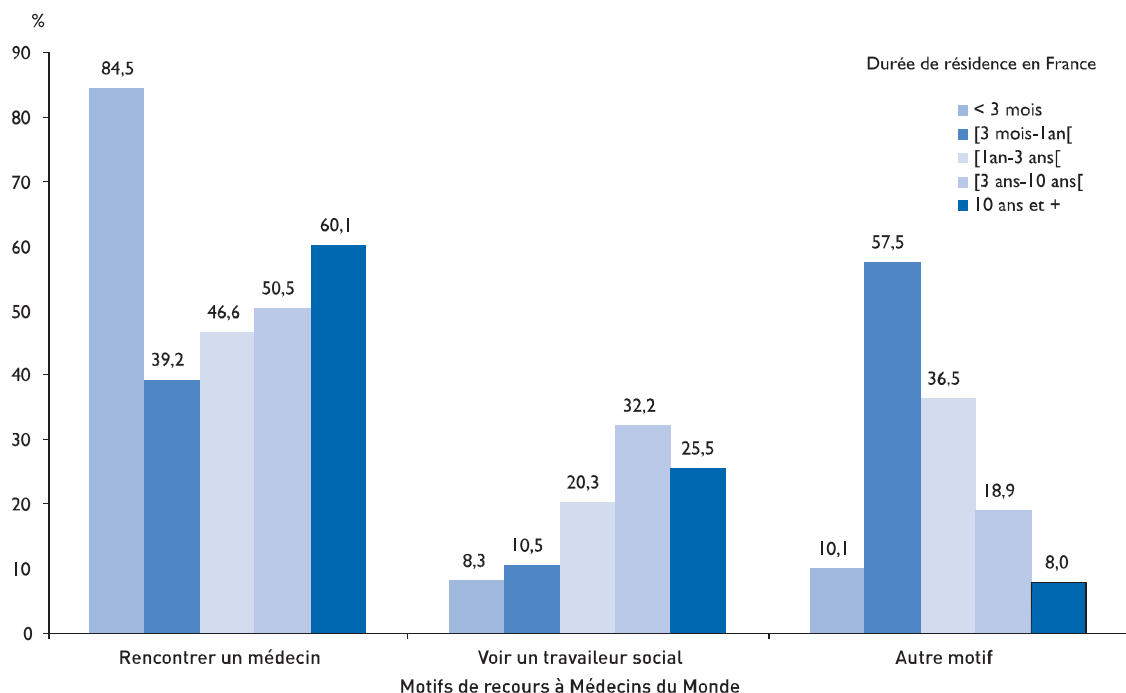
La figure 27 qui présente les principaux motifs de recours à MDM des étrangers en situation administrative précaire selon l'ancienneté de leur séjour en France fait apparaître des différences tout à fait nettes.

On note en effet que les étrangers arrivés le plus récemment ont recours massivement à MDM pour une raison médicale et très peu pour un motif social.

Parmi les étrangers présents en France depuis 3 à 12 mois, les motifs de recours non médicaux dominent.

Pour les autres enfin, la demande médicale prime mais on observe également une demande sociale relativement importante.

Figure 27 : Principaux motifs de recours à Médecins du Monde des patients en situation administrative précaire selon leur durée de résidence en France



Accès aux droits et aux soins

LES DROITS « THÉORIQUES »

En 2006, 89 % des étrangers en situation administrative précaire relèvent potentiellement de l'Aide Médicale d'Etat alors que 11 % environ, qui ne remplissent pas le critère de résidence ininterrompue de 3 mois en France, en sont exclus (*tableau 104*). Ce critère écarte de fait tous les patients résidant en France depuis moins de 3 mois mais aussi les personnes qui éprouvent des difficultés à apporter la preuve de cette résidence.

Cette disposition est entrée en vigueur à partir de l'année 2004, date à partir de laquelle on a assisté à un doublement du nombre de patients exclus de toute couverture maladie parmi les consultants de MDM.

Tableau 104 : Droits théoriques à la couverture maladie des patients étrangers en situation administrative précaire

	%	n
Relèvent de l'AME	89.2	9 324
Pas droit à l'AME en raison du critère de résidence ⁽¹⁾	10.8	1 126

(1) y compris ceux qui n'arrivent pas à apporter la preuve

LES DROITS EFFECTIFS

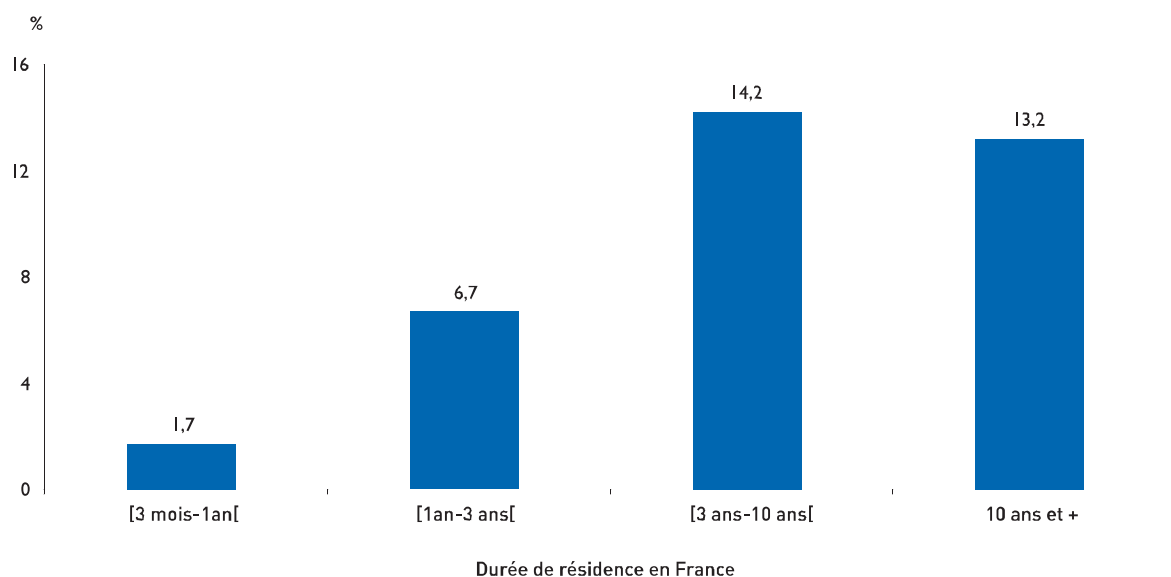
Près de 9 étrangers sur 10 en situation administrative précaire devraient, comme nous l'avons vu, bénéficier de l'AME. Dans les faits, seuls un peu moins de 7 % des patients ont effectivement des droits ouverts lorsqu'ils se présentent à MDM (*tableau 105*).

Tableau 105 : Croisement des droits potentiels et effectifs à la couverture maladie des patients étrangers en situation administrative précaire

	DROITS OUVERTS		DROITS NON OUVERTS	
	%	n	%	n
Patients en situation administrative précaire relevant de l'AME	6.9	630	93.1	8 538

Cette proportion augmente parmi les étrangers présents en France depuis plusieurs années mais reste malgré cela à un niveau très faible puisque seuls 13 à 14 % des étrangers résidants en France depuis au moins 3 ans disposent de droits ouverts (*figure 28*).

Figure 28 : Part des étrangers en situation administrative précaire ayant des droits ouverts à l'AME selon leur durée de résidence en France



Les obstacles à l'accès aux soins

Les services instructeurs de l'AME réclament le plus souvent un justificatif de domicile ou à défaut une domiciliation administrative.

L'obligation de domiciliation, pour les personnes sans domicile, nous l'avons vu au début de ce rapport constitue le premier obstacle à l'accès aux droits de ces populations précaires. Les étrangers en situation administrative précaire sont particulièrement concernés par ce problème puisque plus de 58 % d'entre eux ont besoin d'une domiciliation (contre un peu moins de 39 % des autres patients étrangers), en outre, près de 90 % de ceux qui en ont besoin en sont dépourvus, le jour où ils se présentent à *Médecins du Monde*.

Rappelons que les personnes hébergeant des étrangers en situation administrative précaire peuvent avoir des problèmes avec la justice. Par conséquent, ils ne font pas de certificat d'hébergement. Ainsi une grande partie des étrangers qui ont un domicile mais pas de justificatifs à leur nom, doivent se tourner vers la domiciliation.

Or, les dernières modifications législatives et réglementaires sont extrêmement inquiétantes et annoncent un recul dans l'accès à la domiciliation, particulièrement pour l'AME¹¹² qui se trouve purement et simplement exclue des nouvelles procédures de domiciliation ... Il est probable que les associations ou CCAS désirent spécifiquement mettre en place une procédure de domiciliation pour la seule AME seront encore plus rares qu'aujourd'hui : le droit à l'AME risque ainsi d'être fortement compromis.

Les autres obstacles principaux cités sont, comme pour tous les patients de MDM mais de façon encore plus fréquente, les obstacles financiers, suivis des difficultés à s'orienter dans notre système médico-social et des freins administratifs (*tableau 106*).

Il peut sembler paradoxal que les étrangers en situation administrative précaire citent moins fréquemment que les autres étrangers l'absence de droits ouverts alors qu'ils sont nettement plus nombreux à ne bénéficier d'aucun droit.

Cela peut sans doute s'expliquer par le fait que beaucoup sont dans l'ignorance des droits dont ils pourraient bénéficier ainsi que des démarches à accomplir pour y parvenir.

D'autres peuvent également éprouver quelques appréhensions à engager des démarches dont ils ignorent si elles peuvent se retourner contre eux...

Notons enfin que 12.6 % des étrangers en situation administrative précaire (n=1 260) ont déposé une demande de régularisation, 1 fois sur 4 pour des raisons médicales.

Tableau 106 : Obstacles à l'accès aux soins rencontrés par les patients étrangers selon leur situation au regard du séjour

	ETRANGERS EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE		AUTRES PATIENTS ÉTRANGERS	
	%	n	%	n
Besoin d'une domiciliation	58.3	6 288	38.6	1 625
<i>Dont pas de domiciliation</i>	89.5	5 628	56.7	921
Difficultés financières (avance de frais, complémentaire trop chère...)	36.5	3 959	31.5	1 378
Méconnaissance des droits, des structures, pas de médecin traitant	23.1	2 506	20.0	873
Obstacle administratif, pas de carte vitale...	19.8	2 142	12.7	555
Absence de droits ouverts (pas de renouvellement des droits, pas de preuve de résidence, aucun droit possible...)	19.7	2 138	34.9	1 524

Les étrangers exclus de l'AME pour critère de résidence

11 % environ des étrangers en situation administrative précaire ne peuvent bénéficier de l'AME car ils ne remplissent pas le critère de résidence : 3 mois de présence interrompue sur le territoire français précédant la demande (à partir du 1^{er} janvier 2004). Parmi ces 11%, la plupart d'entre eux résident en effet en France depuis moins de 3 mois, 10 % cependant comptent une durée de séjour plus importante mais n'ont probablement pas pu en apporter la preuve.

112. La loi sur le droit au logement opposable du 5 mars 2007 réforme profondément le régime de la domiciliation (article 51, modifiant le Code de l'action sociale et des familles).

17 ans en France sans pouvoir le prouver

Notre équipe de Saint-Denis, témoigne au sujet d'une jeune femme de 39 ans, originaire de Madagascar.



Lundi 12 juin, 32° à l'ombre, B. arrive en sueur et très fatiguée au Caso de Saint-Denis. Elle est enceinte de trois mois et c'est la Croix-Rouge qui l'envoie.

« Je ne savais pas ». B., qui est en France depuis 17 ans, ne savait pas qu'elle avait droit à une protection maladie. « Personne ne m'a rien dit, aujourd'hui, je suis enceinte et j'ai des douleurs dans le bas du ventre ». Elle voudrait voir un médecin. Lorsque je demande à B. comment elle a fait pour se soigner pendant toutes ces années passées en France, elle m'explique que dès qu'elle a un rhume ou qu'elle est un peu fatiguée, elle achète directement des médicaments. « Rarement, j'ai dû aller chez le docteur, je me débrouille... Je ne savais pas... Personne autour de moi n'est au courant ».

Je lui explique la prise en charge pour le suivi des grossesses jusqu'à six mois par les PMI ; puis l'inscription dans une maternité à partir du septième mois. D'ici là, je la rassure en lui disant qu'elle aura une Aide Médicale d'Etat. Malheureusement bien qu'elle soit là depuis 17 ans, elle n'a aucun document prouvant qu'elle était bien en France il y a trois mois. C'est donc le dossier médical constitué ce jour à MDM qui servira de preuve.



Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 14 101 consultations médicales auprès des patients en situation administrative précaire, dont 70 % codées avec la CISP (n=9 888).

Les étrangers en situation administrative précaire, qui regroupent près de 71 % des patients étrangers, ne représentent que 62 % des consultations médicales délivrées en 2006. Cette différence s'explique probablement par la moyenne d'âge plus faible dans ce groupe de patients, les amenant à consulter moins fréquemment. Elle peut également s'expliquer par le recrutement spécifique des Caso de Saint-Denis et Nice qui instruisent des dossiers AME de façon préventive pour des personnes qui ne sont pas forcément en demande d'une consultation médicale.

On observe dans le [tableau 107](#) que la souffrance psychique est environ une fois et demie plus fréquente dans ce groupe que dans la population générale des Caso, avec probablement une modalité un peu spécifique d'expression somatique de cette souffrance. De plus, le diagnostic posé est plus souvent une pathologie nécessitant une prise en charge à long ou moyen terme ou nécessitant un traitement lourd.

D'ailleurs, l'analyse des résultats de consultations selon la durée prévisible de la prise en charge indique que dans 42 % des consultations où un diagnostic a été posé concernant des étrangers en situation administrative précaire, une prise en charge à moyen ou long terme (6 mois ou plus) devait être envisagée.

A contrario, les personnes en situation administrative précaire consultent moins souvent pour des pathologies bénignes (infections respiratoires hautes bénignes) que les autres patients.

Tableau 107 : Problématiques de santé des patients en situation administrative précaire

	PATIENTS EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE / AUTRES PATIENTS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Grossesse	1,65	1,9	2,11
Pathologies organiques et souffrance psychique	1,34	1,5	1,60
Souffrance psychique	1,14	1,3	1,39
Prise en charge moyen ou long terme	1,10	1,2	1,22
Traitement lourd	1,03	1,1	1,28
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,92	1,00	1,09
Psychose	0,77	0,98	1,24
Environnement / Hygiène	0,85	0,94	1,04
Traumatismes	0,80	0,93	1,08
Gestion du capital santé	0,82	0,92	1,03
Optique	0,45	0,73	1,18
Dents	0,62	0,8	0,92
Infections respiratoires hautes bénignes	0,61	0,7	0,76
Toxicodépendance	0,36	0,5	0,67

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Par ailleurs, le retard aux soins est sensiblement plus fréquent lorsqu'il s'agit de patients en situation administrative précaire (16.2 % des consultations vs 11.4 % parmi les autres patients étrangers¹¹³). De plus, dans environ 11 % des consultations les concernant, les médecins ont considéré que les besoins en soins nécessitaient une ouverture immédiate des droits.

Les patients ne viendraient pas consulter pour des problèmes qu'ils considèrent comme bénins ? Attendent-ils que ce soit vraiment gênant pour venir consulter ?

L'absence de couverture maladie conduit-elle à une auto-censure des patients du fait de l'impossibilité de s'acquitter du coût de la consultation ?

Ont-ils peur de se faire arrêter, d'où leur volonté de limiter leurs déplacements ?

Selon une enquête menée par une assistante sociale de la PASS du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil¹¹⁴ sur les non motifs de recours aux soins, la peur des contrôles est souvent évoquée par les patients.

Les étrangers originaires d'Union Européenne

Les points essentiels

- Près de 3 % des patients en 2006 (soit 600 personnes) sont originaires de l'Union Européenne.
- Presque toutes les nationalités sont représentées mais ce sont les Polonais et les Portugais qui sont les plus nombreux (46 % des patients de l'UE).
- Les caractéristiques sociales de ces patients sont assez proches de celles des Français :
 - une part plus faible de femmes ;
 - plus de patients sans domicile.
- 86 % n'ont pas d'emploi et 89 % pas de ressources déclarables, proportions qui sont intermédiaires entre celles des Français (plus basses) et celles des autres étrangers (plus hautes).
- Moins de 30 % de ceux qui pourraient y prétendre ont une couverture maladie.

113. $p < 0.001$

114. Réseau Créteil – PASS du CHIC - Etat des lieux et perspectives – Réseau sanitaire et social de pratiques coopératives de Créteil et DHP Consultant – 2007 (rapport à paraître).

En 2006, 600 patients sont originaires d'un pays de l'Union Européenne, représentant 2.8 % de l'ensemble des consultants et 3.1 % des étrangers (*tableau 108*).

L'évolution de la part des ressortissants d'Union Européenne doit bien sûr être appréciée en tenant compte de l'adhésion de nouveaux pays et notamment de l'ouverture de l'espace communautaire à 10 nouveaux pays au cours de l'année 2004. En 2007, l'arrivée de la Roumanie et de la Bulgarie changera la donne...

Tableau 108 : Evolution du nombre et de la proportion de patients étrangers originaires d'Union Européenne de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	2.3	1.2	1.4	1.7	1.3	3.0	2.8
Effectif	627	279	309	308	260	649	600

L'ensemble des pays composant l'Union Européenne (à l'exception du Danemark et de Malte) sont représentés parmi ces patients mais à des degrés divers (*tableau 109*).

Les Polonais constituent de loin les patients les plus nombreux, suivis des Portugais et des Italiens.

Les patients polonais sont plus souvent de sexe masculin, les Portugais au contraire sont plus fréquemment des femmes.

Les ressortissants d'UE séjournent en France depuis 3 ans en moyenne (vs 2.5 ans pour les autres étrangers)

Tableau 109 : Répartition par nationalité des patients étrangers originaires d'Union Européenne

	%	n
Pologne	29.9	175
Portugal	16.5	99
Italie	7.7	46
Slovaquie	5.8	35
Allemagne	5.5	33
Royaume Uni	5.2	31
Lituanie	4.2	25
Espagne	4.2	25
Hongrie	4.0	24
Belgique	3.7	22
Pays-Bas	3.3	20
Slovénie	3.3	20
République tchèque	2.0	12
Grèce	1.5	9
Lettonie	1.0	6
Suède	0.8	5
Chypre	0.7	4
Finlande	0.3	2
Irlande	0.3	2
Autriche	0.3	2
Estonie	0.3	2
Luxembourg	0.2	1
Total	100.0	600

Caractéristiques socio-démographiques

Comme chez les patients français, la part des femmes chez les étrangers d'UE est sensiblement plus faible que parmi les autres patients étrangers (36 % vs 47 %).

L'âge moyen dans ce groupe de patients est de 35 ans, plus élevé chez les hommes que chez les femmes (37 ans vs 31 ans).

Les conditions de logement des étrangers d'UE ressemblent à celles des français : 40 % sont sans logement et 27 % vivent dans un logement précaire (français respectivement 42 % et 22 %).

Emploi et ressources

La situation des ressortissants étrangers d'UE concernant l'emploi et les ressources est intermédiaire entre celle des Français et celle des étrangers hors UE (tableau 110).

Ils ont moins souvent recours au travail non déclaré que les autres étrangers (mais beaucoup plus souvent que les Français) et sont environ 86 % à être sans emploi, là aussi proportion intermédiaire entre les patients français et les autres consultants étrangers.

Les mêmes observations peuvent être faites concernant le niveau de ressources.

Tableau 110 : Situation de l'emploi et niveau de ressources des patients selon la nationalité⁽¹⁾ (% en colonne)

	FRANÇAIS		ETRANGERS D'UE		ETRANGERS HORS UE	
	%	n	%	n	%	n
Emploi						
fixe ou précaire	7.9	129	7.9	36	10.4	1 444
travail non déclaré	0.9	15	6.4	29	23.2	3 223
sans travail	91.2	1 491	85.7	391	66.4	9 243
Aucune ressource déclarable	62.0	896	88.7	422	96.0	13 991

(1) analyse limitée aux patients de 16 ans et plus

Modes de contacts et motifs de recours

La majorité (65 %) des étrangers d'UE se sont adressés à MDM sans orientation préalable (vs 76 % des autres étrangers), 17 % ont été orientés par l'intermédiaire d'une autre association (vs 11 %).

Leurs motifs de recours sont dominés par le souhait de bénéficier d'une consultation médicale (70 % vs 83 % des Français et 58 % des autres étrangers), ils se distinguent également des autres patients par le fait qu'ils sont 2 à 3 fois plus nombreux en proportion à souhaiter rencontrer un dentiste (12 % vs 6 % des Français et 4 % des autres étrangers).

Accès aux droits et aux soins

Les étrangers d'Union Européenne relèvent tous, encore en 2006, théoriquement de l'assurance maladie. 10 % d'entre eux cependant ne peuvent accéder aux droits en raison du critère de résidence.

Parmi ceux disposant de droits théoriques, seuls un peu plus du quart (28 %) ont des droits effectivement ouverts (vs 13 % des autres étrangers et 54 % des français).

Les obstacles à l'accès aux soins comme pour l'ensemble des patients sont dominés par la nécessité d'une domiciliation pour obtenir des droits (la moitié sont concernés et parmi eux 7 sur 10 n'en possèdent pas).

Les autres obstacles cités par ces patients sont comme pour l'ensemble des consultants, du registre financier ou administratif, ou liés à leur méconnaissance du système médico-social.

Les patients déjà connus les années antérieures, qui reviennent à Médecins du Monde

Les points essentiels

- Les patients déjà connus représentent un peu moins de 5 % des consultants de 2006, en revanche, plus du quart des consultations médicales délivrées concernent des « anciens » patients.
- Les « anciens » patients sont plus âgés en moyenne, plus souvent de sexe masculin et plus souvent étrangers (43 % proviennent du Maghreb).
- Moins de la moitié d'entre eux ont des droits ouverts à la couverture maladie, la plupart ne disposent pas d'une couverture complémentaire. Cela explique peut-être que plus de 50 % souhaitent rencontrer un travailleur social.
- Comme l'ensemble des patients, l'accès aux soins est freiné par des difficultés financières, mais aussi par le fait que leurs droits sociaux n'ont pas été renouvelés.

Cette partie vise à décrire les caractéristiques des « anciens » patients, c'est-à-dire les personnes qui ont été reçues entre 2000 et 2005 et qui ont eu à nouveau recours à MDM au cours de l'année 2006.

Il s'agit d'essayer de comprendre pourquoi ces patients fréquentent encore les Caso, quels sont les obstacles qui freinent leur accès au système de droit commun, quels sont leurs motifs de recours et leurs problèmes de santé.

Caractéristiques socio-démographiques

En 2006, les patients déjà venus à MDM représentaient 4.7 % des consultants ([tableau III](#)).

Si l'on s'intéresse aux consultations médicales, on observe que 27 % des consultations délivrées en 2006 concernent des patients déjà connus par les Caso.

Sur le plan socio-démographique, les patients déjà connus se démarquent des autres consultants sur plusieurs points. Il s'agit de patients plus âgés en moyenne (40.5 ans vs 33.9 ans), 34 % environ ont 45 ans et plus contre 21 % des autres patients.

Ils sont plus fréquemment de sexe masculin et la part des Français y est plus faible.

Plus de 40 % d'entre eux sont originaires du Maghreb (23 % sont algériens et 13 % marocains), ceci beaucoup plus souvent que les autres consultants (22 %).

Les « anciens » patients étrangers résident en France depuis 5.6 ans en moyenne (vs 2.3 %), plus de 60 % se trouvent en France depuis au moins trois ans.

Ils sont enfin 11 % à se trouver sans logement, proportion sensiblement plus faible que parmi les autres patients (19 %).

Tableau III : Caractéristiques des « anciens » et des « nouveaux » patients venus consulter en 2006 (% en colonne)

	PATIENTS DÉJÀ CONNUS		NOUVEAUX PATIENTS	
	%	n	%	n
Ensembles des consultations	4.7	1040	95.3	20861
Sexe masculin	57.7	599	54.4	11 329
Age > 44 ans	34.2	355	21.4	4 434
Sans logement	11.2	110	19.4	3 561
Nationalité française	7.7	78	10.4	2 117
Ressortissants du Maghreb	42.8	436	21.8	4 434
Résident en France depuis 3 ans ou plus ⁽¹⁾	63.2	580	20.9	3 494
En situation administrative précaire	75.9	626	76.9	10 686

(1) concerne les patients étrangers

Modes de contacts et motifs de recours

La plupart des patients déjà connus ont eu recours directement à MDM sans orientation préalable, ceci logiquement plus fréquemment que les autres patients (87 % vs 72 %).

Ils se distinguent très nettement des autres consultants par le fait qu'ils sont beaucoup plus nombreux à souhaiter rencontrer un travailleur social (51 % vs 15 %) et souhaitent au contraire moins souvent voir un médecin (34 % vs 62 %).

Accès aux droits et aux soins

La quasi-totalité des « anciens » patients relèvent soit de l'assurance maladie, soit de l'AME (tableau 112).

Dans les faits, les droits à la couverture maladie sont précaires pour beaucoup.

Seuls 46 % disposent effectivement de droits ouverts, la plupart du temps sans couverture complémentaire.

Tableau 112 : Droits théoriques et droits effectifs des « anciens » et des « nouveaux » patients venus consulter en 2006 (% en colonne)

	PATIENTS DÉJÀ CONNUS		NOUVEAUX PATIENTS	
	%	n	%	n
Droits théoriques à la couverture maladie				
SS/CMU	28.5	271	23.9	4 330
AME	64.9	618	54.8	9 903
Aucun droit ⁽¹⁾	6.6	63	21.3	3 851
Droits effectifs à la couverture maladie⁽²⁾				
non ouverts	53.7	477	83.6	11 810
CMU de base	9.2	82	6.7	941
CMU complémentaire ou AME	37.0	329	9.7	1 370

(1) regroupe les étrangers de passage et les patients exclus du système de protection sociale en raison du critère de résidence

(2) parmi les patients disposant de droits potentiels

Les obstacles à l'accès aux soins, outre la nécessité d'une domiciliation qui concerne 21 % des « anciens » patients, sont dus en premier lieu au fait que leurs droits n'ont pas été renouvelés (cité par 23 % d'entre eux) ainsi qu'à des difficultés financières (24 %).

14 % par ailleurs citent leur méconnaissance des droits auxquels ils peuvent prétendre, 13 % des difficultés administratives.

Les problématiques de santé

Les médecins ont effectué 7 719 consultations médicales auprès des patients déjà venus à Médecins du Monde les années antérieures, dont 86 % codées avec la CISP (n=6 632).

Il semble exister relativement peu de différences, en tout cas quantitativement marquées, entre les anciens patients et les autres. On pourrait les résumer ainsi : la problématique « grossesse » est deux fois plus rare chez les anciens patients, alors que la problématique « souffrance psychique » est une fois et demie plus fréquente, et que la problématique « psychose » est deux fois et demie plus fréquente.

La prédominance masculine chez les anciens patients explique la plus grande rareté de la problématique « grossesse ».

Ce qui semble clair est que l'excès de fréquence des psychoses et de la souffrance psychique laisse supposer qu'un nombre non négligeable des consultations de ces anciens patients sont le fait de personnes en grande difficulté psychiatrique, et qui ont été d'une certaine façon fidélisées dans un Casu grâce à la qualité de l'accueil humain et du lien qui leur y est offert.

Tableau 113 : Problématiques de santé des patients déjà venus à Médecins du Monde

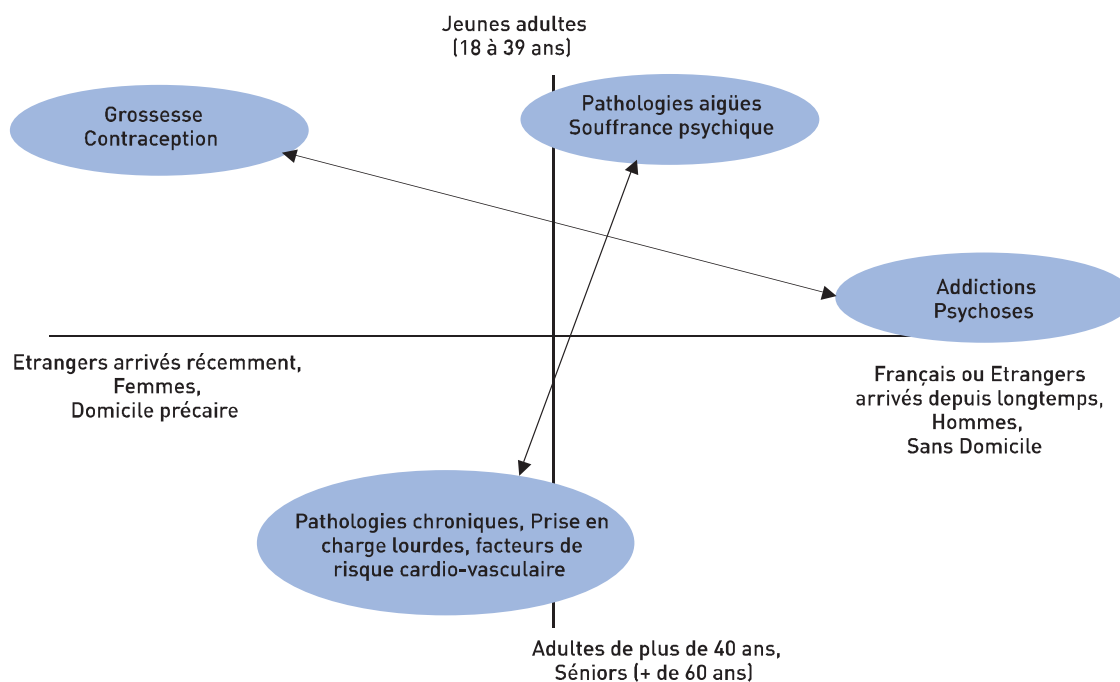
	ANCIENS PATIENTS / NOUVEAUX PATIENTS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Psychose	2,00	2,5	3,21
Souffrance psychique	1,27	1,4	1,56
Prise en charge moyen ou long terme	1,01	1,1	1,14
Optique	0,88	1,41	2,28
Toxicodépendance	1,00	1,33	1,78
Facteur de risque cardio-vasculaire	1,00	1,10	1,21
Infections respiratoires hautes bénignes	0,92	1,03	1,16
Traumatismes	0,82	0,96	1,13
Gestion du capital santé	0,78	0,89	1,01
Dents	0,65	0,81	1,00
Traitement lourd	0,76	0,9	0,99
Environnement / Hygiène	0,78	0,9	0,98
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,79	0,9	0,97
Grossesse	0,30	0,4	0,43

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Caso.

Synthèse des problématiques de santé selon les populations

La *figure 29* nous donne une perspective d'ensemble des différentes problématiques de santé associées à certains groupes de patients¹¹⁵.

Figure 29 : Répartition des problématiques de santé au sein de la population



115. Utilisation de la technique d'analyse en composantes principales.

L'interprétation de cette figure se fait de la manière suivante :

- l'axe horizontal oppose :

- à droite des patients plus souvent de sexe masculin, sans domicile, français ou étrangers arrivés depuis plus de trois ans, et – à un moindre degré – dont l'âge est en général au-delà de 40 ans mais inférieur à 60 ;
- à gauche des patients plus souvent de sexe féminin, en logement précaire, étrangers arrivés majoritairement depuis moins d'un an ;

- l'axe vertical traduit clairement une question d'âge :

- en haut les personnes jeunes (à l'exception des mineurs¹¹⁶) ;
- en bas les personnes plus âgées.

Un point très important est à souligner : les « associations » suggérées par cette figure ne portent QUE sur les problématiques de santé étudiées. En d'autres termes, la figure ne montre PAS que d'une manière générale, les étrangers arrivés depuis moins d'un an sont fréquemment des femmes et également fréquemment en domicile précaire. Ce qu'elle montre, c'est que parmi les problématiques de santé choisies, certaines vont se caractériser par une forte représentation à la fois des femmes, des étrangers arrivés depuis moins d'un an, et des personnes en domicile précaire, au sein d'une même problématique. Partant de cette règle d'interprétation, on peut analyser la manière dont se projettent les différentes problématiques de santé, sur la figure ci-dessous.

Assez nettement, l'axe horizontal oppose à droite les problématiques « addictions » et « psychoses », et à gauche la problématique « grossesse et contraception ».

L'axe vertical oppose :

- en haut, d'une part la souffrance psychique et d'autre part des problèmes organiques aigus (traumatismes, problèmes cutanés possiblement liés à l'environnement) ;
- en bas, avant tous les facteurs de risque cardio-vasculaire mais également les affections nécessitant un plateau technique relativement lourd et les affections chroniques.

Les addictions et les psychoses se distinguent comme des problématiques concernant principalement des personnes françaises ou arrivées depuis longtemps sur le territoire, sans domicile, et de sexe masculin. Ces personnes sont en revanche particulièrement peu concernées par les questions d'obstétrique.

L'obstétrique, quant à elle, se caractérise (outre l'évidente prédominance féminine) par le fait que c'est une problématique concernant majoritairement des adultes jeunes et des étrangères arrivées récemment sur le territoire français. Ici aussi, ces personnes sont a contrario très peu concernées par les addictions et les psychoses.

Les affections aiguës et la souffrance psychique se caractérisent par le fait que ce sont principalement des adultes jeunes qui sont concernés.

Les affections plus lourdes, plus chroniques et les facteurs de risque cardio-vasculaire se caractérisent par le fait que ce sont surtout des seniors qui sont concernés.

Focus : Problématiques de santé des personnes avec une couverture maladie

Si l'on se réfère au [tableau 114](#), les consultations des patients bénéficiant d'une couverture maladie complète (c'est-à-dire avec AME ou CMU complémentaire) se caractérisent :

- D'une part, par un excès de fréquence des dépendances (trois fois plus que les autres patients), des psychoses et de la souffrance psychique verbalisée. Ce phénomène est peut-être en partie lié à une représentation importante de Français sans domicile au sein des personnes qui disposent d'une couverture complémentaire. C'est également ainsi que l'on est tenté d'expliquer la plus faible représentation des grossesses et des affections organiques majorées ou déclenchées par une souffrance psychique, qui sont deux problématiques moins fréquentes chez les patients français que chez les patients étrangers.

116. Pour des raisons liées à la technique statistique utilisée, le groupe de mineurs n'est pas analysé dans cette figure.

- D'autre part, par un excès de fréquence des recours pour problèmes d'optique, que l'on peut expliquer par un effet d'offre différentiel (leur couverture « complète » ne prenant pas nécessairement bien en compte les lunettes, ces patients doivent continuer à se tourner vers *Médecins du Monde* en la matière, alors qu'ils ont peut-être plus facilement recours aux soins ailleurs pour d'autres affections). C'est d'ailleurs sans doute la possibilité de recourir aux soins dans d'autres structures qui explique la relative rareté des consultations pour pathologies nécessitant un plateau technique lourd.

En résumé, nous pouvons interpréter les caractéristiques médicales observées comme l'association probable de deux effets. D'une part une probable sur-représentation des Français et des hommes à la rue dans ce groupe. D'autre part le fait que ces patients, qui ont accès à une offre de soins plus diversifiée que les autres, viennent peut-être plus souvent dans les Casos pour des raisons « spécifiques » :

- cas particulier des problèmes d'optique,
- troubles psychiatriques plus ou moins sévères pouvant expliquer une certaine « fidélisation » auprès de l'équipe d'un Caso que le patient connaît depuis longtemps,
- haut seuil de tolérance des équipes de MDM.

Tableau 114 : Problématiques de santé pour les patients bénéficiant d'une couverture maladie complète

	PATIENTS AVEC COUVERTURE MALADIE COMPLÈTE / AUTRES PATIENTS		
	BORNE INFÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %	RAPPORT DES FRÉQUENCES	BORNE SUPÉRIEURE DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %
Toxicodépendance	2,21	3,2	4,64
Optique	1,10	2,2	4,46
Psychose	1,11	1,7	2,51
Souffrance psychique	1,24	1,5	1,78
Traumatismes	0,98	1,29	1,70
Gestion du capital santé	0,98	1,22	1,53
Dents	0,71	1,04	1,53
Environnement / Hygiène	0,75	0,93	1,16
Infections respiratoires hautes bénignes	0,68	0,86	1,10
Traitement lourd	0,59	0,77	1,00
Prise en charge moyen ou long terme	0,72	0,8	0,92
Pathologies organiques et souffrance psychique	0,46	0,6	0,74
Facteur de risque cardio-vasculaire	0,37	0,5	0,61
Grossesse	0,29	0,4	0,63

Lecture du tableau : se référer à l'encadré méthodologique dans la partie introductive des focus sur les différents publics reçus dans les Casos.

Les principales évolutions des caractéristiques des personnes reçues dans les Caso depuis 2000



L'activité des Caso de Médecins du Monde

Le nombre de consultations médicales délivrées a enregistré **une baisse importante entre 2005 et 2006 (-16%)** parallèlement à une augmentation dans certains Caso des consultations sociales.

Tableau 115 : Evolution de l'activité des Caso de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de Caso	32	29	24	22	21	21	21
Nombre de dossiers sociaux	17 346	24005	22107	18753	20272	22 099	21 901
Nombre de patients reçus en consultation médicale et/ou dentaire	27 227	25 627	24 682	19 863	20 641	22 754	19 202
Nombre de consultations médicales et dentaires	37 163	48 535	50 176	43 526	40 625	45 776	38 490

Les caractéristiques des patients

Sexe, âge et nationalité

L'une des évolutions qui s'est confirmée au cours de ces années est la part toujours plus importante des femmes parmi les consultants à MDM : de 41 % en 2000, elle est passée à plus de 45 % en 2006.

L'âge moyen des patients de MDM est resté relativement stable ces sept dernières années oscillant entre 33 et 34 ans (tableau 116).

La proportion des consultants mineurs a également peu varié au cours de ces années, se situant autour de 10 %, à l'exception de l'année 2006 où elle a perdu environ 2 points par rapport aux années précédentes. Cette tendance sera à confirmer ou non dans l'avenir.

Tableau 116 : Evolution de l'âge moyen, de la part des mineurs et de la répartition par sexe des patients de 2000 à 2006

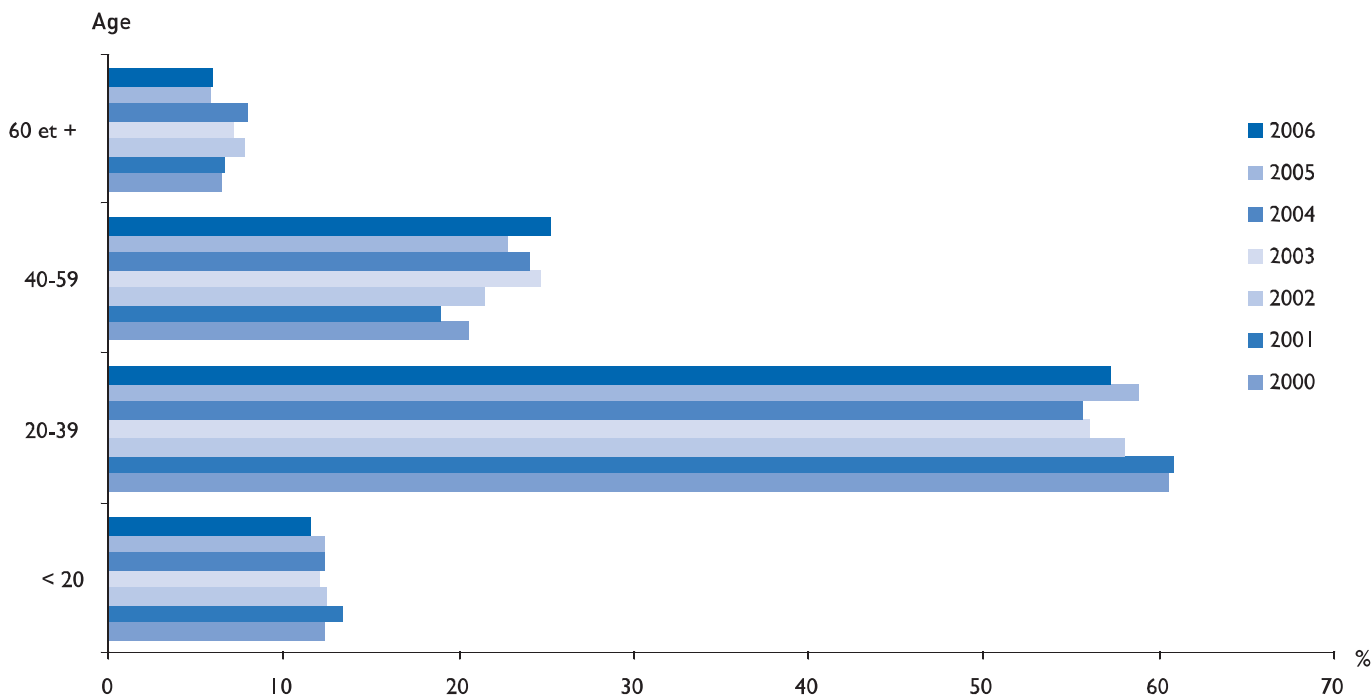
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Age moyen (années)	33.0	32.5	33.0	34.2	34.4	33.3	34.2
Mineurs (%)	nd	10.0	9.2	9.2	9.8	9.6	8.1
Hommes (%)	58.8	60.8	60.2	59.1	56.5	56.0	54.5
Femmes (%)	41.2	39.2	39.8	40.9	43.5	44.0	45.3

nd : données non disponibles

Une analyse plus précise de la répartition par âge des patients indique néanmoins que malgré la relative stabilité de la moyenne d'âge, certaines classes ont connu des variations sensibles. C'est le cas des 40-59 ans qui sont passés de 20 à 25 % entre 2000 et 2006.

Les plus de 60 ans, après une hausse entre 2002 et 2004, sont revenus à un taux proche de 6 % conforme à ce qui était connu auparavant (figure 30).

Figure 30 : Evolution de la structure par âge des patients de Médecins du Monde de 2000 à 2006



Outre la féminisation croissante de la file active, l'autre évolution la plus saillante de ces dernières années est la diminution constante de la part et de l'effectif des patients français parmi les consultants (tableau 117). Leur nombre a en effet été divisé par 2 entre 2000 et 2006, grâce à la CMU.

Tableau 117 : Répartition des patients de Médecins du Monde selon la nationalité de 2000 à 2006

	FRANÇAIS		ETRANGERS	
	%	n	%	n
2000	21.7	5 908	78.3	21 319
2001	14.4	3 306	85.6	19 667
2002	13.1	3 159	86.9	20 956
2003	14.4	2 640	85.6	15 671
2004	11.2	2 209	88.8	17 454
2005	10.9	2 315	89.1	18 988
2006	10.3	2 195	89.7	19 191

La répartition des patients selon le groupe continental d'origine a connu également d'importantes modifications depuis 2000 (figure 31)¹¹⁷.

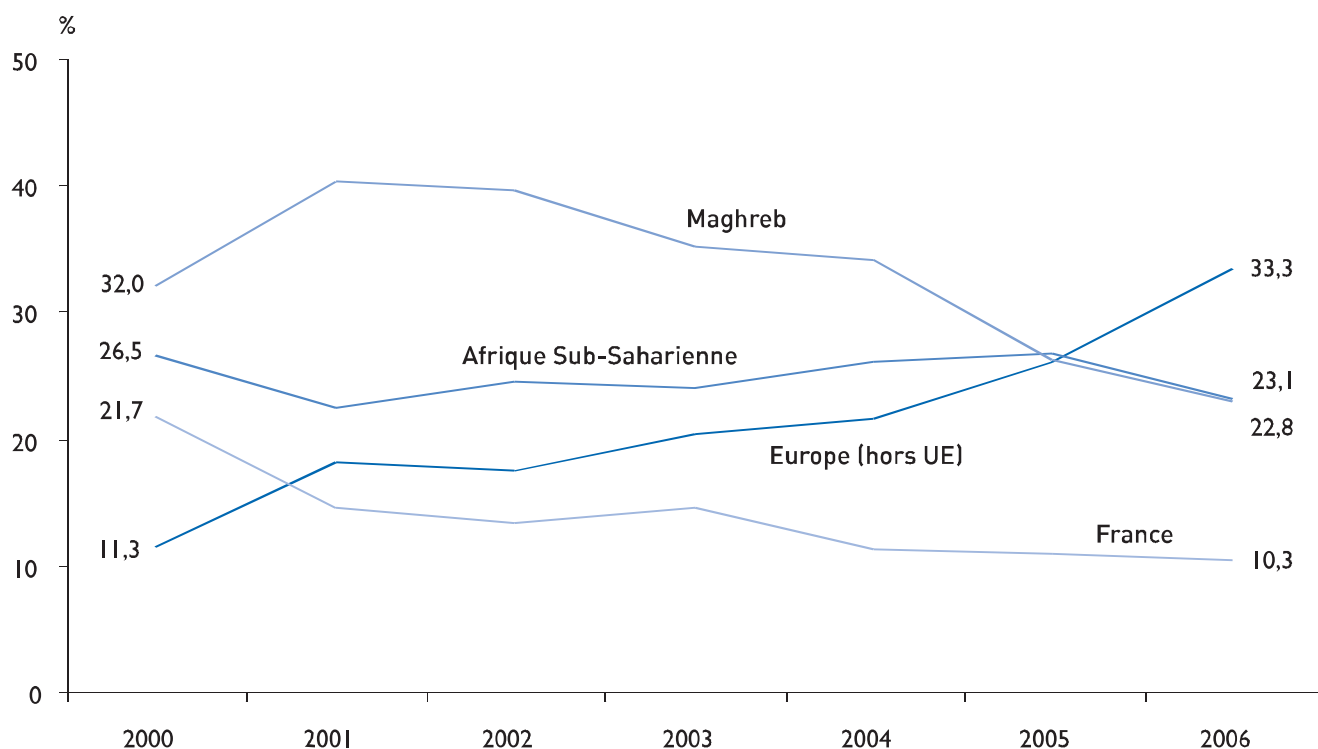
Les consultants en provenance du Maghreb sont restés largement majoritaires jusqu'en 2004 alors que la part des patients d'Afrique subsaharienne est restée globalement stable.

117. Pour plus de clarté dans le graphique, trois groupes continentaux n'y figurent pas : l'Asie, le Proche et Moyen Orient et l'Union Européenne. Leur proportion respective n'a que très peu varié depuis 2000 oscillant entre 1 et 3% des patients.

Entre 2000 et 2006, la proportion des ressortissants de pays européens hors UE a été multipliée par 3, dépassant très largement en 2006 celles du Maghreb et d'Afrique subsaharienne.

Les nationalités les plus représentées depuis 2000 restent l'Algérie, la France, le Maroc, la Roumanie et le Cameroun. Les Roumains qui étaient en 2000 la quatrième nationalité la plus fréquente occupent largement en 2006 la première place avec environ 22 % des patients.

Figure 31 : Evolution de la répartition des patients de Médecins du Monde par groupe continental de 2000 à 2006



Les conditions de logement

La situation des patients vis-à-vis du logement a assez peu fluctué depuis 2000 (tableau 118).

Ils sont toujours plus de la moitié à être en grande difficulté sur ce plan là avec une proportion de personnes vivant à la rue qui se maintient à un niveau élevé en 2006.

Tableau 118 : Evolution de la situation des patients au regard du logement de 2000 à 2006 (en %)

Logement	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
fixe	37.0	42.8	45.2	44.5	43.1	38.8	40.0
précaire	46.9	39.6	36.3	35.5	38.9	43.4	41.0
sans logement	16.1	17.6	18.5	19.9	18.0	17.8	19.0

Les situations administratives

La situation des patients étrangers au regard du séjour consultant à MDM a en revanche très nettement évolué depuis 2000 ([tableau 119](#)). Ainsi si l'on comptait entre 2000 et 2003, 44 à 49 % de patients en situation administrative précaire (parmi les personnes devant justifier d'un titre de séjour), cette proportion était de 60 % en 2004 pour atteindre 71 % en 2005 et près de 77 % en 2006.

La part d'étrangers concernés par une demande d'asile est restée en revanche stable jusqu'en 2005, elle est en très nette baisse en 2006.

Tableau 119 : Evolution de la situation administrative des patients de 2000 à 2006 (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Etrangers en situation administrative précaire	49.3	44.2	46.6	47.3	59.6	71.0	76.8
Etrangers concernés par une demande d'asile	nd	30.0	30.0	27.0	31.2	29.0	19.8

nd : données non disponibles

Les droits à la couverture maladie

Les droits à une couverture maladie dont peuvent théoriquement bénéficier les patients de MDM ont subi une double évolution depuis 2000 ([tableau 120](#)).

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

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

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

Jusqu'en 2003, les patients exclus du système de soins étaient des étrangers de passage sans intention de résider en France, à partir de 2004 sont venues se rajouter les personnes ne remplissant pas le critère de résidence ou incapables d'apporter la preuve de leur présence.

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

Leur proportion se situe entre 17 % et 21 % depuis 2000 sans grande fluctuation.

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

Tableau 120 : Evolution des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie des patients de MDM de 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
DROITS POTENTIELS							
SS/CMU	nd	41.0	37.0	37.1	35.9	28.8	24.2
AME	nd	50.0	53.0	53.7	45.1	49.0	55.3
Aucun droit ⁽¹⁾	nd	9.0	10.0	9.2	19.0	22.2	20.6
DROITSEFFECTIFS⁽²⁾							
ouverts	20.0	18.7	17.0	21.0	20.2	17.8	18.1
non ouverts	80.0	81.3	83.0	79.0	79.8	82.2	81.9

nd : non disponible (données non comparables)

(1) Cette catégorie concerne de 2001 à 2003 les étrangers de passage n'ayant pas l'intention de résider en France. Elle englobe également en 2004 et 2005 les patients exclus de la couverture maladie en raison du critère de résidence.

(2) parmi les patients disposant de droits potentiels

Les obstacles à l'accès aux soins

Les personnes qui souhaitent bénéficier de la CMU ou de l'AME doivent fournir un justificatif de domicile, ou à défaut une domiciliation administrative.

Cette contrainte constitue, depuis de nombreuses années, l'un des tous premiers freins à l'accès aux soins des plus démunis. En 2000, 4 patients sur 10 de MDM étaient concernés, ils sont plus de la moitié en 2006 (tableau 121). Parmi eux, nombreux sont ceux qui n'ont pas de domiciliation lorsqu'ils sont reçus la première fois à MDM : 8 patients sur 10 étaient dans ce cas en 2006.

Tableau 121 : Evolution de la part des patients ayant besoin d'une domiciliation et parmi eux des patients sans domiciliation de 2000 à 2006 le jour de la première consultation à MDM (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Besoin d'une domiciliation	40.6	33.5	30.0	35.0	46.0	50.4	51.9
N'ont pas obtenu de domiciliation	45.3	49.5	55.0	57.3	68.0	75.6	79.4

Les autres obstacles à l'accès aux soins sont multiples et souvent se cumulent. Il s'agit fréquemment de difficultés financières ou administratives, de difficultés liées à la complexité de notre organisation médico-sociale, a fortiori lorsqu'il s'agit de patients étrangers.



Les missions mobiles de proximité de Médecins du Monde

Les missions mobiles de proximité sont destinées à aller à la rencontre des personnes qui ne peuvent, sans aide préalable avoir accès aux soins et qui n'arrivent pas, pour diverses raisons, à aller dans nos centres.

Ces missions ont privilégié certaines populations (enfants victimes du saturnisme, Roms, SDF, personnes se prostituant, etc...) et se rendent sur les lieux de vie avec pour objectif de restaurer l'accès à la prévention et aux soins mais aussi de garantir un accès aux droits fondamentaux.

En 2006, Médecins du Monde en France compte 84 missions mobiles de proximité (67 000 contacts de prévention) et 14 programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues (96 000 contacts de prévention).

Nous décrivons ci-dessous quelques programmes avec le type d'actions menées et le résultat de recueils de données de routine effectués dans le cadre de ces programmes :

- auprès des **populations précaires rencontrées à Mayotte** ;
- auprès des **SDF et mal logés**, avec l'exemple de l'action de rue de Nice ;
- auprès des **migrants**, avec l'exemple de la mission Cafda à Paris auprès des familles demandeuses d'asile, et la mission auprès des migrants à Calais ;
- auprès des **enfants**, victimes de saturnisme en Ile-de-France, ou les enfants malades hospitalisés accompagnés par la mission parrainage ;
- auprès des **Roms**, en décrivant les conditions de vie de ceux qui vivent dans les squats et bidonvilles à Lyon, Nantes, Strasbourg ou en Ile-de-France, ou rapportées par le Collectif National Droits de l'Homme Romeurope ;
- auprès des **personnes se prostituant**, avec l'exemple du Funambus de Nantes ;
- auprès des **usagers de drogues fréquentant les Bus Méthadone**, avec l'exemple du Bus de Paris ;
- auprès des **jeunes fréquentant le milieu festif techno**.

La mission auprès des populations précaires à Mayotte

Une collectivité départementale d'Outre-Mer française, où ni la CMU, ni l'AME ne sont prévues.



Eléments de contexte à Mayotte

CADRE RÉGLEMENTAIRE ET CONTEXTE POLITIQUE

Mayotte fait partie de l'archipel des Comores (entre Madagascar et le Mozambique), avec la Grande Comore, Mohéli et Anjouan. Elle est devenue une colonie française en 1841.

À la proclamation de l'indépendance des Comores en 1976, la population de Mayotte se prononce par référendum pour le maintien de l'île au sein de la République française.

La République islamique des Comores revendique le territoire de Mayotte et plusieurs résolutions de l'ONU condamnent la position française¹¹⁸. Mayotte obtient néanmoins le statut de Collectivité Territoriale Française.

La politique de visas instauré en 1995 par la loi Balladur qui prévoit que les « étrangers comoriens » doivent être titulaires d'une carte de séjour pour séjourner de façon régulière à Mayotte génère un phénomène d'immigration non légale. C'est en effet le point de départ de la « clandestinité » pour beaucoup de comoriens dont la vie est pourtant à Mayotte.

Leur histoire commune avec Mayotte rend difficilement compréhensible la notion de clandestinité dans un pays qu'ils considèrent comme le leur¹¹⁹.

La Loi n°2001-616 du 11 juillet 2001 dote Mayotte du statut de Collectivité Départementale d'outre-mer française. Elle prévoit un transfert progressif du pouvoir exécutif vers le président du Conseil général et des dispositions en faveur du développement économique, social et sanitaire.

Conformément au statut particulier de Mayotte, aucun texte législatif ni réglementaire français ne s'y applique directement. Tout texte doit être transcrit dans une ordonnance ce qui débouche la plupart du temps sur une modification des dispositions en vigueur en métropole.

Le contexte est par ailleurs socialement tendu et politiquement difficile. Le Ministère de l'Intérieur encourage les expulsions avec des rafles quotidiennes et un dépassement des objectifs fixés en 2006 : 13 253 reconduites à la frontière en 2006 sur 12 000 prévues. Rappelons aussi que plusieurs hommes politiques ont indiqué vouloir supprimer le droit du sol au profit du droit du sang.

Cette « politique du chiffre » entretient un climat de peur, sensible pour les déplacements, mais aussi dans les rapports sociaux, par la peur d'être dénoncé. Il n'existe pas de journée sans arrestations, ou sans rafles (appelées missions d'interpellations massives). Il suffit de passer du temps sur la place du marché de Mamoudzou, où les vendeurs clandestins se concentrent, pour se rendre compte de la pression policière.

118. Résolution n° 3385 du 12/11/1975, relative à l'admission des Comores à l'ONU dans laquelle elle a réaffirmé la nécessité de respecter l'unité et l'intégrité territoriale de l'Archipel des Comores composé des îles d'Anjouan, de la Grande Comore, de Mayotte et de Mohéli ; Résolution n° 3114 du 21/10/1976 qui « condamne les référendums du 8 février et du 11 avril 76 organisés dans l'île comorienne de Mayotte par le gouvernement français et les considère comme nuls et non avenue, et rejette :

- toute autre forme de référendum ou consultation qui pourrait être organisées ultérieurement en territoire comorien de Mayotte par la France ;

- toute législation étrangère tendant à légaliser une quelconque présence coloniale française en territoire comorien de Mayotte ;

condamne énergiquement la présence française à Mayotte qui constitue une violation de l'unité nationale de l'intégrité territoriale et de la souveraineté de la république indépendante des Comores ».

119. Comment le gouvernement agit à Maore – Courrier des lecteurs. Kashkazi n° 63 – mai 2007.

POLITIQUE DE SANTÉ ET PRÉVENTION

La région sanitaire Réunion Mayotte n'a pas d'existence juridique à ce jour. Mayotte restant régie par le principe de spécialité législative, la loi de santé publique du 9 août 2004 ne lui est pas applicable, de même que la définition d'un Plan Régional de Santé Publique.

L'évolution législative de la collectivité territoriale en collectivité départementale de Mayotte amène à la mise en place de la sécurité sociale au travers de la CGSS (caisse générale de la sécurité sociale). L'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale met fin à la gratuité des soins à l'hôpital et dans les dispensaires pour les non affiliés sociaux à partir du 1er avril 2005.

Dans ce contexte, où le système sanitaire et l'accès aux soins à Mayotte ont connu de profondes restructurations, **ni la CMU ni l'AME ne sont applicables à Mayotte.**

Pour les affiliés sociaux (Français ou migrants en situation régulière), la gratuité sera conservée jusqu'en 2010. Mais des obstacles administratifs considérables sont constatés dans les démarches d'affiliation.

De plus, la gratuité des soins ne concerne que le service public et les utilisateurs du secteur privé doivent s'acquitter du ticket modérateur. Or, il n'y a qu'une seule mutuelle sur l'île (Groupama), inaccessible financièrement pour la majeure partie de la population. De plus, le prix des médicaments est élevé compte tenu de la taxe outre-mer. L'utilisation du secteur libéral est donc encore très embryonnaire.

Pour avoir accès aux soins, **les étrangers dépourvus de titre de séjour** doivent payer directement au guichet un forfait par type de soins allant de 10 € pour une consultation médicale à 300 € pour un accouchement...

Il n'y a que 2 exceptions pour être exonérés des frais :

- les « actes d'urgences » (vomissements, diarrhées profuses, fièvre élevée avec ou sans frisson, convulsions, troubles de la vigilance, troubles respiratoires) à condition que le critère d'urgence soit accepté par l'agent administratif d'accueil ;
- les maladies transmissibles graves et durables.

Pourquoi Médecins du Monde est allé à Mayotte ?

De nombreux professionnels de santé ont alerté *Médecins du Monde* à plusieurs reprises sur les difficultés d'accès aux soins depuis la nouvelle réglementation. Un projet de 18 mois a ainsi été présenté à l'association avec les objectifs suivants :

- améliorer l'accès aux soins des personnes en situation difficile ou irrégulière ;
- témoigner de leur état de santé et de leur accès effectif aux soins.

L'association a validé une première mission de 6 mois qui comprenait :

- une enquête commandée au GISTI sur les droits des étrangers à Mayotte¹²⁰;
- la mise en place de consultations médico-sociales d'orientation ;
- la constitution d'un réseau de partenaires ;
- un recueil de données, permettant de témoigner des problèmes de santé et des difficultés d'accès aux soins, et d'effectuer un bilan à J + 5 mois pour étudier la faisabilité et l'opportunité de prolonger la présence de MDM à Mayotte.

Sont présentés ci-dessous les principaux résultats des consultations effectuées entre le 5 mars et le 29 mai 2007¹²¹.

- Nombre de patients différents reçus : 225

- Nombre total de consultations : 356 dont 189 consultations médicales

¹²⁰. Le droit des étrangers à Mayotte, GISTI, juillet 2006.

¹²¹. Le rapport complet est disponible à la Coordonation Mission France, cmf@medecinsdumonde.net (01 44 92 13 32)

Profil de la population reçue, problèmes de santé et difficultés d'accès aux soins

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

La population reçue est majoritairement féminine (56 %) et jeune, puisque la moyenne d'âge est 26 ans, 28 % des patients ont moins de 20 ans.

94 % des patients sont de nationalité étrangère dont la quasi-totalité de nationalité comorienne. Parmi les étrangers adultes, 82 % n'ont pas d'autorisation de séjour. 14 % des étrangers sont nés à Mayotte.

DURÉE DE RÉSIDENCE

Le nombre d'années depuis la première entrée à Mayotte pour la population étrangère, est en moyenne de 8,7 ans. 21 % des étrangers ont été expulsés au moins une fois.

LIEN SOCIAL

La moitié des patients vivent en couple et un peu plus d'une personne sur cinq vit seule. Parmi les personnes seules, on trouve une majorité de femmes isolées, dont le mari a pu être expulsé, qui ont en moyenne plus d'enfants que les femmes vivant en couple (4,11 enfants vs 3.85 enfants pour l'ensemble des femmes)

Les 2/3 des mariages franco-étrangers ne sont pas reconnus par l'état civil bloquant toutes les procédures administratives de filiation, d'ayant droit, ... et donc l'accès à la prévention et aux soins.

CONDITIONS DE VIE

22 % des personnes venues au centre de *Médecins du Monde* n'ont pas accès à l'électricité.

9 % s'approvisionnent en eau dans des « puits » qui sont des trous remplis d'immondices à dégager à chaque prise d'eau, avec des batteries usagées à proximité (ce qui laisse présager une pollution aux métaux lourds).

55 % disent que leur logement est néfaste pour leur santé et celle de leurs enfants.

Le montant moyen mensuel des ressources du foyer déclaré est de 130 euros.

ACCÈS AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS

90 % des personnes rencontrées disent avoir besoin d'un traducteur pour leurs démarches.

Plus de 12 % des patients reçus ont vécu **un refus de prise en charge** parce qu'ils n'avaient pas l'argent nécessaire (provision obligatoire de 10 euros).

Situations de patients ayant vécu un refus de prise en charge parce qu'ils n'avaient pas l'argent nécessaire pour se soigner

La coordinatrice médicale témoigne de plusieurs situations rencontrées :



Les 2 enfants de Madame M, âgés respectivement de 4 et 7 ans, sont vus le 18 avril 2007 au centre de MdM de Kaweni. Ils présentent tous les deux des otites moyennes aiguës. Ils sont orientés vers le dispensaire de Jacaranda, où ils se présentent le 19 avril 2007. Le bureau des admissions les refuse tous les 2, car la maman ne peut pas payer les 10 euros, sans les orienter vers un personnel soignant. Le refus reste catégorique.

Mars 2007, AF et AA, tous deux âgés de moins d'un an, sont amenés au dispensaire d'Iloni par leurs mamans, l'un pour fièvre et rhume, l'autre pour diarrhées évoluant depuis 3 jours. Reçus par l'agent d'accueil, ce dernier n'a pas délivré de bon de consultation et devant l'impossibilité des mamans de fournir les 10 euros de provision demandés, il a renvoyé ces patients à la maison. Les enfants n'ont pas été vus par un infirmier. Ils ont consulté plus tard à la PMI, dans le cadre de rendez-vous pour des vaccinations, et où le médecin a diagnostiqué une bronchiolite fébrile et une diarrhée.

Madame I, comorienne, vient au centre de MdM à Kaweni le 18/4/07 pour avoir un pansement. Opérée le 23 mars 2007 au CHM pour une grossesse extra-utérine rompue, les soins post-opératoires ont été initialement faits en dispensaire. Jusqu'au 16 avril, où elle se présente au dispensaire de Jacaranda pour le pansement de la plaie. Une infirmière lui rapporte son carnet et lui demande d'aller payer 10 euros. La patiente explique qu'elle n'a pas cet argent. Alors, aucun soin ne sera fait. Pourtant, il existe une petite zone de désunion au niveau de la cicatrice.

Monsieur P, comorien, conduit sa fille de 3 ans au dispensaire de Koungou au mois de février 2007, pour de volumineuses adénopathies cervicales. Le médecin qui le reçoit lui demande de trouver les 10 euros, pour que sa fille puisse .../...

recevoir le traitement. Lorsque ce papa lui explique que ce jour, il n'a pas d'argent : « Peut-être dans 2 semaines, mais pas aujourd'hui », le médecin doute de cette réalité et lui répond : « Combien elle coûte la robe de ta fille ? »



D'ailleurs, pour 76 % des patients, le premier obstacle à l'accès aux soins qu'ils citent est le **frein financier**. Le second obstacle est leur **méconnaissance de leurs droits et des structures de santé (25 %)**.

Les **trois quarts des patients disent avoir renoncé aux soins** dans les 12 derniers mois, soins qu'ils considéraient comme tout à fait importants, toujours à cause de **l'argent** et de la **peur de se déplacer**.

Situations de patients ayant renoncé aux soins faute d'argent ou par peur de se déplacer

La coordinatrice médicale témoigne de plusieurs situations rencontrées :



Mars 2007. Jeune femme de 22 ans vue à la PMI de Jacaranda au décours de son IVG.

Cette étrangère en situation irrégulière habite à M'tsapéré où elle était régulièrement suivie en PMI pour la contraception. Elle explique qu'elle a interrompu les visites à la PMI de Mtsapéré depuis la fermeture de ce centre (pour cause de mur effondré) et n'a pu se rendre à Mamoudzou où s'est déplacée la consultation non pour des raisons financières (elle dispose des 2 euros pour le taxi) mais parce qu'elle a peur de sortir du fait des barrages policiers.

Sada, Février 2007 : Appel du SMUR, pour une fillette de 8 ans en arrêt cardio-respiratoire, le médecin de secteur est sur place. Après échec des manœuvres de réanimation, la petite fille décède. Ses parents racontent qu'elle avait de la fièvre depuis 3 jours, et elle toussait. Quand on leur demande pourquoi ils ne sont pas allés voir un médecin plus tôt, ils expliquent qu'avec le nombre de contrôles de papiers ces derniers temps, ils ont eu peur de se déplacer et qu'ils n'avaient pas les 10 euros pour la consultation.

Madame H nous amène à Kaweni son enfant de 8 mois pour une conjonctivite purulente bilatérale, qui évolue depuis 2 semaines, elle a de la fièvre depuis 1 semaine. A l'examen, la température est de 38°C et on retrouve une otite congestive bilatérale. On explique à la maman qu'elle doit consulter au dispensaire, qui nous répond : « Je n'irai pas, parce que je sais que mon enfant ne sera pas soigné parce que je n'ai pas les 10 euros ». Nous la rassurons en essayant de lutter contre ce renoncement.



ETAT DE SANTÉ

18 % des patients se sentent **gênés dans leur vie quotidienne** par leur pathologie.

La **couverture vaccinale** n'est assurée que pour les moins de 6 ans en PMI.

Chez les hommes, les principaux motifs de consultation sont : problèmes de peau (20.5 %), ostéo-articulaires (20.5 %), les troubles du système digestif (18 %) et les problèmes respiratoires (17 %). Chez les femmes, nous retrouvons les troubles du système digestif (23 %), les questions liées à la grossesse ou au planning familial (13.5 %), les problèmes respiratoires (13 %). Les céphalées tensives ou douleurs abdominales non spécifiques peuvent être l'expression somatique d'un stress.

Les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leurs récurrences : manque d'hygiène, difficulté d'accès à l'eau et au savon, promiscuité... (dermatophytoses et impétigo). Le recours aux soins intervient tardivement dans son ensemble. Il existe un nombre considérable d'enfants avec des abcès, notamment du scalp. En général, les parents ne vont pas consulter spécifiquement pour cela, et la banalisation des infections cutanées est de règle y compris par les soignants. La prise en charge des **pathologies chroniques** et notamment des patients avec HTA, diabète ou asthme cortico-dépendants est souvent altérée par des ruptures de traitements. La perception de la maladie chronique est encore débutante, tant qu'elle est asymptomatique, et la compréhension du traitement au long court est mauvaise. Même pour les hypertendus ou asthmatiques, le renouvellement des médicaments demande une provision mensuelle de 15 euros. Lorsque les patients n'ont pas cet argent, ils rencontrent des difficultés pour accéder aux consultations et du coup, ne vont la plupart du temps même pas consulter.

Concernant les **problèmes dentaires**, le délai de rendez-vous chez les dentistes du secteur public est d'environ 2 mois, et le soin d'une dent coûte 15 euros. Les patients vont donc attendre le plus longtemps possible avant de consulter. La consultation pour problème dentaire intervient donc dans l'urgence et la douleur.

La **malnutrition** : sur 26 enfants examinés, 2 enfants rencontrés sont dénutris.

Un retard de recours aux soins a été repéré dans 41,5% des premières consultations médicales (50% des consultations concernant un mineur). Ces retards concernent essentiellement l'hypertension artérielle, les dermatophytoses, les souffles cardio-vasculaires et les problèmes dentaires.

Perspectives

La mission se poursuivra de nouveau pour une durée de 6 mois, à partir de septembre 2007, selon les axes suivants :

- **Poursuite de l'activité de consultations médico-sociales, d'orientation et d'actions de prévention :**
 - **prise en charge et orientation des pathologies négligées** (maladies chroniques, pathologie dites bénignes : otites, impétigo, bronchites) qui, si elles ne sont pas prises en charge, risquent de s'aggraver ;
 - **orientation et accompagnement vers les acteurs de santé** (avec conventions ou protocoles si possible) ;
 - **actions de prévention et de dépistage** (hygiène, nutrition, santé bucco-dentaire, couverture vaccinale, nécessité de recourir aux soins sans attendre...) auprès des personnes en situation de précarité ;
- **Promotion d'un accès aux soins non discriminant à Mayotte :**
 - poursuivre le recueil de données de l'Observatoire de l'accès aux soins ;
 - promouvoir le respect du droit et notamment de l'accès gratuit pour les cas dits urgents ;
 - promouvoir un accueil médicalisé dans les dispensaires (et non plus administratif) ;
 - obtenir une prise en charge adaptée des maladies chroniques ;
 - promouvoir un accès aux soins effectif dans le centre de rétention ;
 - favoriser l'augmentation du nombre de personnes affiliées à la sécurité sociale. La révision de l'état civil mise en place en 2000 ne sera effective qu'en 2011. En attendant, 15 000 dossiers sont en attente (difficultés d'accès aux pièces d'identité qui conditionnent l'accès à la sécurité sociale, au logement, au travail, à l'éducation...) ;
 - favoriser les régularisations pour raisons médicales, notamment en demandant l'application des textes.





Les SDF et les mal logés

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

La France compte environ 100 000 sans-abris et plus de 3.2 millions de personnes non ou très mal logées¹²². Notre initiative de 2006, consistant à distribuer plus de 400 tentes aux personnes à la rue, a été l'un des détonateurs du débat public dédié à cette problématique.

EN 2006 :

18 missions spécifiques auprès de personnes à la rue ou mal-logées

- **Consultations médico-sociales, tournées de rues** : Ajaccio, Angoulême, Le Havre, Lyon, Marseille, Metz, Nice, Paris, Poitiers, Strasbourg, Toulouse, Valenciennes
- **Consultations médicales auprès des SDF accueillis dans une structure « lits halte soins de santé »** : Bordeaux, Grenoble, Lyon, Strasbourg, Toulouse
- **Consultations dans d'autres associations** (*Restos du cœur, Armée du Salut, boutiques Abbé Pierre, Secours Catholique, Aides, Point Ecoute Santé jeunes...*) : Grenoble, Le Havre, Lyon, Metz, Nancy, Nantes, La Réunion, Toulouse, Valenciennes
- **Consultations dans des centres d'hébergement d'urgence** : Lyon, Metz, Nantes, Nice, Toulouse
- **Interventions socio-sanitaires dans les squats** : Bordeaux, Calais, Paris

et plus de 23 000 contacts auprès des personnes à la rue

Les équipes mobiles de *Médecins du Monde* vont à la rencontre des personnes vivant dans la rue ou demeurant dans des abris de fortune. Elles soutiennent cette population fragile et marginalisée, qui peine à s'adresser spontanément aux structures de droit commun.

Notre objectif consiste à :

- informer les personnes sur leurs droits à l'accès aux soins, afin de les orienter et les accompagner vers les structures de droit commun ;
- améliorer leur état de santé en leur apportant des soins, une écoute médico-sociale ;
- accueillir dans les centres de soins ceux qui ne bénéficient pas de droits ouverts en attendant qu'ils recouvrent leurs droits à une couverture maladie.

Médecins du Monde mène des actions, tout au long de l'année, qui visent à l'ouverture de places d'hébergement et de logements durables. A partir de sa mobilisation sur le terrain, l'association témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal logement. Les personnes déjà fragiles voient leur état de santé se dégrader en raison de la discontinuité et de l'inadaptation des conditions d'hébergement.

¹²². L'Etat du Mal-logement en France, rapport annuel 2007 de la Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés.

B. dormira ce soir au chaud, et demain ?

L'équipe de rue de Toulouse témoigne :



Nous avons rencontré B. à la gare un peu par hasard. C'est son visage tuméfié avec du sang séché qui a attiré notre attention. Nous sommes donc allés à sa rencontre en lui proposant de le nettoyer.

Un grand sourire nous a accueillis.

B. était tombé pendant une crise d'épilepsie la veille. Un jour plus tôt, il avait passé la nuit en garde à vue et avait été relâché mais la chambre d'hôtel qu'il occupait avait été attribuée à une famille en difficulté. Lorsque B. est revenu dans l'établissement, ses bagages étaient devant la porte. « J'ai cherché un hôtel mais tout est complet ici. J'ai appelé le 115 toute la journée. On me demandait de rappeler à 17h puis à 20h puis à 21h30 ! J'en ai marre, y'a pas de places dans les foyers. Ça sert à rien de faire le 115. Y'a jamais de place, qu'est ce que je vais faire ? Je veux pas dormir dehors. Je voudrais m'en sortir ».

Minuit. Nous appelons à notre tour le 115. Pas de places. Nous demandons un duvet. Pas de duvet.

B. commence à paniquer. Il est alcoolique et veut se soûler en prenant son traitement pour les crises d'épilepsie. « Comme ça, je me foutais à la Garonne ». Il est à bout. Il souffre aussi d'une hépatite. Il a arrêté les autres drogues.

« Je voudrais m'en sortir mais faut qu'on me donne un coup de main. Je suis comme tout le monde... »

Il est 00h45. La gare va bientôt fermer. B. est suicidaire. On appelle le Samu. Coûte que coûte, B. ne dormira pas dehors. Une ambulance arrive. L'équipe du Samu est réticente... L'infirmière de Médecins du Monde insiste. B. dormira ce soir au chaud. Et demain ?



Nous présentons ci-dessous les données recueillies par l'action de rue menée à Nice, extraites du rapport d'activité 2006 de la mission¹²³.

L'Ambulance : action de rue menée à Nice

Notre volonté d'aller au devant des personnes en situation d'exclusion nous amène à mener des actions en dehors de notre centre d'accueil, de soins et d'orientation. L'objectif général de l'action de rue est d'améliorer l'état de santé des personnes en grande exclusion, en développant des actions de proximité.

Comme les autres années, nos actions dans la rue se sont essentiellement articulées autour des distributions alimentaires. Chaque semaine, des équipes composées de médecins (dont un psychiatre), chauffeurs, infirmières, accueillantes, et/ou assistante sociale sortent à bord d'un véhicule sanitaire de type « ambulance ». Cette année, nos équipes ont tourné en soirée le mardi, le mercredi, le vendredi. Nous avons dû supprimer une tournée le lundi soir faute de médecin. Cette année, nous nous sommes également rendus dans les locaux de la halte de nuit, intervention souhaitée par tous les partenaires et financeurs.

Ce travail nous permet de rencontrer des patients que nous ne verrions pas autrement, au mieux fréquentent-ils quelques associations caritatives. La santé reste pour eux une préoccupation assez lointaine et les institutions sanitaires paraissent plus lointaines encore... Nous pouvons alors leur assurer quelques soins et une écoute, de même nous proposons des produits d'hygiène et des duvets quand nous en avons.

Nous représentons aussi pour ces personnes une première marche vers l'accès aux soins (si tant est qu'il puisse être réalisable) : elles ont souvent des représentations assez négatives des structures sanitaires et sociales. C'est en allant vers elles que peut être ces représentations peuvent évoluer. L'approche de proximité, le bas seuil d'exigence que nous tentons de développer dans toutes nos actions prennent ici tout leur sens. La présence médicale nous paraît tout à fait nécessaire : elle permet la délivrance de médicaments, et le diagnostic posé permet, lorsque c'est nécessaire et accepté par le patient, une orientation vers le secteur hospitalier. Mais avant tout, ces sorties constituent une première approche de ces publics très fortement marginalisés que nous pouvons alors tenter de soutenir par un travail d'écoute qui est alors un premier pas vers le soin.

RÉSULTATS DE L'ACTIVITÉ

Nous avons effectué 1 616 consultations pour près de 700 personnes différentes. Cette année notre activité a très légèrement augmenté par rapport à 2005 (+ 2 %). La baisse d'activité observée entre 2005 et 2004 était imputable à la suppression de la tournée du lundi.

¹²³ Le rapport d'activité 2006 est disponible à la Coordination Mission France – cmf@medecinsdumonde.net (01 44 92 13 32) ou à Nice : mdmnice@numericable.fr

Tableau 122 : Nombre de consultations en 2004, 2005 et 2006

	2004	2005	2006
Nombre de consultations	1 965	1 569	1 616

PROFIL DES PERSONNES RENCONTRÉES

La population rencontrée est essentiellement composée d'hommes : 90 % des consultations les concernent. Bien que les proportions restent globalement stables, on observe cette année un léger vieillissement de la population à la rue.

Tableau 123 : Evolution des tranches d'âge entre 2004 et 2006

	2004	2005	2006
Moins de 16 ans	0.2 %	0.1 %	0.0 %
De 16 à 24 ans	12.9 %	13.0 %	11.5 %
De 25 à 40 ans	39.0 %	40.0 %	37.8 %
De 41 à 60 ans	40.6 %	40.0 %	42.5 %
Plus de 60 ans	7.3 %	6.9 %	8.2 %

C'est dans la rue que nous rencontrons le plus de Français (51 %), en nette augmentation par rapport aux années précédentes. Ils étaient 36 % en 2005.

Logiquement, une très grande majorité des personnes que nous rencontrons sont sans logement ou en logement précaire (souvent des squats aménagés). Quelques personnes ont un logement fixe mais des revenus trop peu élevés pour se nourrir une fois le loyer payé ; elles sont souvent isolées et le contact avec les bénévoles des associations leur permet de parler et de garder une forme de relation sociale.

Nous essayons de connaître la situation au regard de la couverture maladie des personnes que nous rencontrons. Dans 40 % des cas, nous n'avons aucun renseignement. Seuls 0.2 % des patients que nous rencontrons disent avoir une couverture de base et une complémentaire ; et 1 % déclarent avoir une AME. **Nous ne rencontrons donc que 1.2 % de personnes ayant une couverture maladie totale** et 13 % déclarent avoir une couverture de base.

Ainsi, outre les difficultés d'ordre psychologique que chacun d'entre eux rencontre pour s'inscrire dans un parcours de soins, il existe un réel problème d'accès à la couverture maladie souvent lié à la difficulté à fournir les justificatifs nécessaires.

PROBLÈMES DE SANTÉ REPÉRÉS

Comme les autres années, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les problèmes dermatologiques et les affections ORL dans des proportions qui restent assez stables par rapport aux années précédentes (respectivement 18.7 % et 17.4 %).

La douleur est un motif fréquent de consultation, les souffrances physiques sont authentiques, souvent sérieuses quant au pronostic à court et moyen termes. Nous avons dû parfois, face à la gravité de l'état d'un patient organiser son transport vers l'hôpital en faisant appel aux pompiers.

Lors de ces tournées, beaucoup de soins infirmiers sont réalisés (nous ne les avons pas comptabilisés).

Toutes ces personnes sont dans des logiques de survie et 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 et dans l'instant sans avoir comme objectif un suivi et encore moins l'insertion.

Néanmoins lorsque cela est possible, nous travaillons pour une orientation de la personne et faisons le lien avec les différentes structures et notamment les Samu sociaux¹²⁴ et le 115.

Au delà du travail médical, nous effectuons un travail d'information et d'orientation auprès des personnes et surtout d'écoute. L'essentiel des orientations se fait vers notre centre de soins : compte tenu de l'absence de couverture maladie, il est parfois difficile d'orienter directement les patients vers les structures de droit commun. Si les personnes se présentent ensuite au Caso, l'équipe du centre fera ce travail d'orientation lorsqu'il est possible.

Les migrants



Les migrants, particulièrement durant les périodes électorales, deviennent des boucs émissaires soit disant responsables de tous les maux économiques et des tensions sociales.

Les récentes législations sur l'immigration précarisent les conditions de vie sur le sol français: suppression de la régularisation après 10 ans de présence en France, durcissement du regroupement familial, chute brutale du nombre d'obtentions du statut de réfugié, exigences majorées pour les demandes d'asile et réduction simultanée du délai pour les déposer, détournement de la loi permettant les régularisations pour raisons médicales, difficulté de renouvellement des titres de séjour, circulaire recommandant d'intervenir au sein même des structures de santé et lors des convocations à la préfecture pour l'interpellation des personnes en situation irrégulière. Si la circulaire sur la régularisation de familles d'enfants scolarisés a suscité un grand espoir, elle a aussi entraîné l'arrestation et la reconduite à la frontière de beaucoup d'autres qui répondaient à ses critères. L'accès gratuit aux soins dans les hôpitaux reste un vœu pieux : de nombreuses PASS ne fonctionnent pas, la circulaire permettant la prise en charge des soins urgents laisse de côté bon nombre de personnes qui ne peuvent alors avoir accès aux soins.

Tous les programmes de Médecins du Monde assurent des consultations, dispensent des messages de prévention et orientent les migrants, vers des partenaires et systèmes de santé de droit commun.

Nous présentons ci-dessous les données recueillies par deux missions spécifiques menées auprès des migrants :

- l'action médico-sociale auprès des personnes migrantes en transit à Calais ;
- l'action auprès des familles demandeuses d'asile à Paris ;

extraites de leurs rapports d'activité respectifs et d'un dossier de presse réalisé en décembre 2006 pour la mission de Calais¹²⁵.

Action médico-sociale auprès des personnes migrantes en transit à Calais : « La mission Calais »

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

Alerté par un médecin de Calais, *Médecins du Monde* a rapidement envoyé des médecins bénévoles pour assurer des consultations médicales auprès des personnes migrantes. Ces consultations avaient lieu de façon ponctuelle, à bord d'une camionnette spécialement équipée. Ce mode d'action a été abandonné fin 2003 en raison de l'exiguïté du lieu de consultation¹²⁶. En outre, au vu de la pérennisation de la présence des personnes migrantes à Calais, ce type d'intervention d'« urgence » a été laissé de côté, au profit d'un mode d'intervention s'orientant vers le long terme. Entre fin 2003 et la mise en place de la mission Calais en mars 2005, *Médecins du Monde* a apporté un soutien logistique à l'aide médicale mise en place localement par les bénévoles, en fournissant notamment des médicaments, et en assurant ponctuellement des consultations médicales.

La « mission Calais » de *Médecins du Monde*, rattachée aux délégations Ile-de-France et Nord-Pas-de Calais, a connu un nouveau départ en mars 2005, soit deux ans et demi après la fermeture du centre de Sangatte. Son objectif principal était de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes en transit dans la région de Calais, en tenant compte de leur présence transitoire sur le territoire français et de l'absence de droits sociaux qui en résulte. Elle consistait principalement à offrir

¹²⁵ Rapports d'activité 2006 et dossier de presse disponibles à la Coordination Mission France cmf@medecinsdumonde.net (01 44 92 13 32)

¹²⁶ L'action sera poursuivie par une infirmière bénévole jusqu'à fin août 2004.

une permanence de soins infirmiers et médicaux aux personnes migrantes, mais également à identifier et à mobiliser un réseau local, capable d'assurer leur prise en charge sanitaire (hôpital, médecins de Ville, structures sanitaires publiques, etc.). Le 1^{er} février 2006, un nouveau local de consultations de *Médecins du Monde* a été aménagé dans l'algeco placé sur le lieu de distribution des repas de midi. Cet algeco facilement accessible aux personnes migrantes a permis une meilleure prise en charge des problèmes de santé¹²⁷. A partir du 1^{er} avril 2006, l'équipe a assuré du lundi au vendredi de 3 à 5 après-midi de soins avec une infirmière et un médecin.

NOMBRE DE CONSULTATIONS ET PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Du 1^{er} avril 2006 au 30 novembre 2006, 2 424 consultations ou soins infirmiers ont été assurés. La population rencontrée est constituée de 95 % d'hommes, les trois quarts ont moins de 25 ans. 37 % ont déclaré être mineurs, ou l'étaient visiblement, la majorité d'entre eux étaient âgés entre 15 et 17 ans. Treize consultations concernaient des enfants de moins de 2 ans. 21 consultations ont par ailleurs concerné des hommes âgés de plus de 50 ans. Le plus âgé avait 72 ans.

Les Afghans (34 %) ont été les plus nombreux à venir aux consultations, puis viennent les Pakistanais (24 %), les Iraniens (15 %), les Erythréens (12 %), les Somaliens (7 %), les Soudanais et les Ethiopiens (3 %)¹²⁸.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ REPÉRÉS

Les pathologies rencontrées relèvent principalement de la dermatologie (37 %), de la traumatologie (13 %) et des troubles ORL (12 %). Ce sont celles que l'on retrouve habituellement chez les personnes qui vivent dehors. Le volet « traumatologie » y est toutefois plus lourd, en raison des chutes fréquentes des camions¹²⁹, des rixes entre les migrants et des accidents qui surviennent parfois, lorsqu'ils tentent d'échapper aux policiers. Les blessures de certains d'entre eux (contusions, plaies, entorses), lorsqu'ils tentent d'échapper aux policiers, témoignent de la panique que peuvent causer les descentes de police.

“ Jeudi 2 novembre 2006 à 23h30, alors que des policiers poursuivaient des migrants au bord du canal, l'un des migrants a trébuché pour finir dans le canal. Les pompiers sont intervenus et l'ont conduit aux urgences. Pendant ce temps là, les policiers continuaient à poursuivre d'autres migrants..... ”

Nous rencontrons également des pathologies plus graves, comme c'était le cas d'un jeune Erythréen atteint de tuberculose. Sur les 96 migrants qui sont venus consulter pour des problèmes dentaires, seuls 18 ont pu être soignés chez un dentiste. Les migrants relevant des urgences sont pris en charge par l'hôpital de Calais. Ils y sont tous soignés, mais leur suivi est très difficilement assuré. Ils ont beaucoup de difficulté à se rendre aux rendez-vous que leur fixe l'hôpital, soit parce qu'ils n'en mesurent pas l'importance, soit parce qu'on n'a pas pris le temps de leur traduire, soit parce qu'ils sont arrêtés par la police dans cette période. Par ailleurs, les migrants hospitalisés sont identifiés par un numéro (car ils n'ont pas de papiers) et lorsqu'ils perdent ce numéro il devient impossible d'avoir accès à leur dossier.

“ Le 1^{er} novembre 2006, un jeune Erythréen a été conduit aux urgences pour un poignet cassé. Il est ressorti avec un plâtre et un papier sur lequel était indiqué qu'il devait prendre un rendez-vous dans les 10 jours au service de traumatologie. Parce qu'il a conservé ce papier, notre équipe a pu lui prendre un rendez-vous pour le 13 novembre. Le 13 novembre, il n'a pas pu s'y rendre, car il avait été interpellé par la police. Nous l'avons revu le 16 novembre et nous lui avons repris un rendez-vous pour le 27 novembre, tout en sachant bien que d'ici là beaucoup de choses peuvent arriver... ”

DES CONDITIONS DE VIE EXTRÊMEMENT DIFFICILES

Les personnes migrantes dorment dehors, dans des abris de fortune, au bord des quais ou dans les bois alentours. Les conditions d'hygiène y sont nulles, il n'y a pas de sanitaires, les déchets s'accumulent et les rats envahissent les lieux. Une personne dit : « nous vivons comme des chiens ». Certains vivent plusieurs mois dans ces conditions.

¹²⁷. Entre août 2003 et février 2006, la mission MDM a eu accès à un local de consultations appartenant au Secours Catholique, qui est également équipé de douches. Pour y accéder, les personnes migrantes voulant consulter ou souhaitant prendre une douche devaient prendre une navette. Du fait d'un nombre limité de véhicules et de bénévoles pouvant assurer le transport des personnes migrantes vers ce local, ce système n'était adapté que si le nombre de personnes migrantes nécessitant des soins était limité.

¹²⁸. Il s'agit des nationalités déclarées par les patients.

¹²⁹. Sauter dans un camion est un moyen privilégié pour s'introduire dans les bateaux à destination de l'Angleterre

Parmi les personnes migrantes, il y a aussi des femmes accompagnées d'enfants en bas âge, des femmes enceintes, des convalescents et beaucoup de mineurs.

Le seul moyen pour eux d'accéder à un foyer, serait de demander l'asile en France. Or, la plupart de ces personnes souhaitent rejoindre l'Angleterre et excluent par conséquent cette alternative. De plus, le peu d'informations disponibles, leurs conditions de vie ainsi que les actions policières répétées, font qu'ils ont beaucoup de mal à croire que la France puisse les accueillir convenablement...

Des femmes et des enfants à la rue

Sur 114 femmes migrantes reçues en consultation, 107 étaient d'origine africaine (Somalie, Soudan, Erythrée, Ethiopie). Parmi elles, plusieurs femmes enceintes (de 4 à 8 mois) dont 6 ont été conduites à la PMI afin d'y passer une échographie et d'y bénéficier d'un examen médical.



Lili a deux ans, quand elle est arrivée en France en février 2006, elle ne marchait pas encore. C'est sur le terrain vague de la distribution des repas qu'elle a appris à marcher et a commencé à articuler ses premiers mots (à mi-chemin entre le somalien, le français et l'anglais). Jamais la mère n'a réussi à rejoindre les côtes anglaises. Malgré notre insistance pour qu'elle aille en foyer, elles ont passé la plupart de leurs nuits dehors. Une fois elle s'est pourtant décidée à demander l'asile en France et le soir même elle était dans un foyer pour femmes à St Omer. Mais elle n'est restée qu'une nuit au foyer et est revenue à Calais avec Lili. Fin août, une de ses amies nous apprend qu'elle a quitté la France pour un autre pays, sans doute la Belgique. En juillet 2007, nous les avons revues sur le terrain. Après plusieurs mois d'errance, les autorités belges les ont interpellées puis envoyées en Italie où elles avaient laissées leurs empreintes digitales [procédure Eurodac]. Une fois en Italie, la mère a décidé de retenter l'Angleterre et elles sont donc revenues à Calais. Leurs empreintes prises en Italie, elles n'ont aucune chance d'obtenir l'asile en Angleterre.

M. a 16 ans. Il a quitté la Somalie il y a 6 mois avec sa mère et son jeune frère de 10 ans. Il vivait avec eux à Mogadiscio où ils tenaient une épicerie. Afin d'échapper au racket d'une bande armée, ils ont fui pour l'Europe. Ils sont passés par l'Éthiopie, la Libye et l'Italie. Il décrit des conditions de traversée épouvantables, manque de place, manque d'eau, deux personnes sont mortes pendant la traversée. Cela fait trois semaines qu'il est en France. La famille voudrait rejoindre l'Angleterre car le père de famille y réside depuis sept ans et possède des papiers en règle. Sa mère a donné de l'argent à un passeur pour rejoindre l'Angleterre, mais le passeur a disparu. Il ne trouve pas normal que la police les arrête sans cesse.

Nous l'avons revu en janvier 2007. Toute la famille a réussi à rejoindre l'Angleterre, mais peu de temps après son arrivée, il a été renvoyé en Italie (où il avait laissé ses empreintes digitales) alors que sa mère et son frère ont pu rester en Angleterre. D'Italie, il est revenu à Calais pour retenter sa chance vers l'Angleterre. Il sait qu'il ne pourra pas être régularisé en Angleterre mais il préfère vivre clandestinement avec sa famille, plutôt que seul, avec des papiers en Italie.



Des convalescents et des blessés à la rue

En raison des risques pris pour passer en Angleterre, des rixes et de leurs conditions de vie, beaucoup de migrants doivent être hospitalisés (divers traumatismes, opération chirurgicale, etc.). Après la période initiale, en raison du coût et parfois faute de places, l'hôpital de Calais se voit contraint de les renvoyer, avant qu'ils ne soient suffisamment rétablis pour affronter la rue. Il n'existe pas de solution non plus, lorsqu'il s'agit de mettre à l'abri des patients qui ont une pathologie le plus souvent bénigne, comme la grippe ou une entorse, mais qui du fait des conditions de vie dans la rue peut facilement s'aggraver. Afin de trouver une « solution » d'hébergement, l'hôpital de Calais sollicite régulièrement les bénévoles des différentes associations. Or, la seule chose que ces bénévoles puissent faire, c'est d'héberger ces migrants chez eux, ce qui est illégal. Lorsque ces bénévoles n'ont plus de place chez eux, les convalescents retournent dans la rue...

En moyenne, nous conduisons une quinzaine de migrants par mois aux urgences, essentiellement pour des traumatismes (plaies à suturer, fractures, entorses). Les bénévoles des autres associations en conduisent régulièrement eux aussi. Tous les jours, il y a un ou deux migrants qui sont pris en charge par les urgences. A leur sortie, aucun d'entre eux n'a accès à un lieu de convalescence.

“

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre 2006, A., jeune érythréen de 15 ans est monté dans un camion qu'il pensait à destination de l'Angleterre. Quand il s'est aperçu que le camion roulait vers la Belgique il a sauté en marche et s'est brisé le poignet. Le mercredi après-midi, il est venu nous voir et compte tenu de l'aspect de son poignet, nous l'avons conduit aux urgences. A 19h00, il a quitté l'hôpital avec sa sœur âgée de 20 ans, pour retourner dans la rue avec son bras dans le plâtre.

”

37 % des consultations concernaient des mineurs.

Des mineurs isolés

“

R. a quitté l'Afghanistan depuis déjà 5 ans. A l'époque, son père travaillait pour les Talibans. Avec l'arrivée des américains il est parti au Pakistan, où il a rejoint un cousin. Il y a travaillé pendant trois ans dans une usine de vêtements. Il a ensuite passé un an en Iran, 8 mois en Turquie, 2 mois en Grèce, une vingtaine de jours en Italie. Cela fait maintenant 3 mois qu'il est arrivé en France. Il est plusieurs fois parvenu à rejoindre les côtes Anglaises, mais à chaque fois il a été interpellé et renvoyé en France. En Angleterre il espère retrouver un cousin qui y est installé depuis 14 ans. Il ne connaît ni son adresse ni son téléphone. R. dit s'en remettre à Dieu. Il est régulièrement arrêté par la police, mais systématiquement relâché car il est mineur. Il sait qu'il ne peut rien lui arriver. Cela fait 5 ans qu'il n'a pas revu sa famille en Afghanistan.

”

Les jeunes garçons isolés étrangers de plus de 15 ans ne sont pas traités en tant que mineurs ...

“

Le vendredi 4 août 2006, sur les conseils de l'ASE [Aide Sociale à l'Enfance], Médecins du Monde a conduit à la PAF [Police de l'Air et des Frontières], un jeune iranien de 16 ans qui demandait à rester en France. Celle-ci a refusé de le prendre en charge en expliquant que le procureur ne délivrerait pas d'Ordonnance de Placement Provisoire pour les plus de 15 ans. Les agents de la PAF présents ce jour là ont même conseillé au jeune iranien de prétendre être majeur, afin qu'il puisse aller dans un foyer pour adulte. Le jeune est retourné à la rue et nous ne l'avons plus revu.

”

DES SOLUTIONS LOCALES POUR AMÉLIORER LA SITUATION

Une PASS

Le 5 décembre, grâce au dossier construit par Médecins du Monde et de Médecins Sans Frontières et aux nombreuses rencontres préalables, la DDASS du Pas-de-Calais a ouvert une Permanence d'Accès aux Soins de Santé à l'hôpital de Calais, avec un médecin, une infirmière, une assistante sociale et un interprète, tous salariés. Cette permanence est ouverte à tous les calaisiens sans couverture maladie, dont les migrants.

Des Lits Halte Soins Santé

Avec l'hôpital et le SAUO (service d'accès aux urgences et orientation) de Calais, nous travaillons sur un projet de Lits Halte Soins Santé. Ce dispositif permettrait aux migrants ainsi qu'aux SDF de Calais de pouvoir bénéficier d'un toit le temps de leur convalescence. Un suivi médico-social serait également assuré. Actuellement, nous tentons d'évaluer le nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'un tel dispositif.

Une antenne d'orientation

Malgré les difficultés pratiques, il est indispensable de mettre en place une antenne d'orientation, qui regrouperait l'ensemble des services aux migrants et qui serait capable de les informer et de les orienter efficacement au niveau, administratif, juridique et médical.

Un centre d'hébergement d'urgence pour mineurs isolés étrangers

Plusieurs villes françaises, dont Paris et Lille, ont jugé utile de mettre en place pour les mineurs isolés étrangers, des « sas » entre la rue et une prise en charge à plus long terme. Dans ces structures intermédiaires, un personnel spécialisé prend le temps de mettre les mineurs isolés en confiance, de découvrir leur histoire, de leur apprendre les bases du français et de régler les questions juridiques. Elles permettent également de mettre rapidement les mineurs isolés à l'abri. Ainsi, seuls les mineurs isolés l'ayant vraiment décidé entrent dans les foyers plus traditionnels pour une prise en charge à plus long terme. Cette prise en charge plus adaptée, permet au final de retirer plus de mineurs de la rue. Pourquoi ne pas ouvrir une telle structure, alors qu'il y a tellement de mineurs isolés et que manifestement le dispositif actuel ne correspond pas à leurs besoins ?

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

Médecins du Monde a mis en place une consultation d'accueil sanitaire et d'orientation auprès des familles demandeuses d'asile primo-arrivantes, chez un partenaire, la Cafda¹³⁰. Cette mission a pour objectifs d'informer les familles demandeuses d'asile sur le dispositif de soins en France et de les accompagner au travers d'entretiens médicaux vers des dépistages ciblés.

NOMBRE DE CONSULTATIONS ET PROFIL DES FAMILLES REÇUES PAR MÉDECINS DU MONDE

En 2006, *Médecins du Monde* a reçu en consultation **355 familles**, soit 59 % des familles reçues à la Cafda, pour un total de **959 personnes**, et effectué **1 213 consultations** (-33 % par rapport à 2005). Les personnes sont moins souvent vues en deuxième consultation par rapport à 2005. Cela peut s'expliquer par le fait que les départs en Cada se font de façon beaucoup plus fluide (davantage de places, procédures plus rapides) et les familles éligibles en Cada restent moins longtemps à la Cafda (durée moyenne de séjour à la Cafda = 8,5 semaines pour les personnes éligibles en Cada).

La population reçue est essentiellement originaire d'Europe de l'Est (58 %) ou d'Afrique subsaharienne (27 %).

Le groupe des européens est constitué pour 76 % des ressortissants des pays de l'ancien bloc de l'Est, le pays le plus représenté étant la Tchétchénie (26 %), suivi de la Russie (20 %) et de l'Arménie (12 %), 6 % sont des ressortissants de l'ex Yougoslavie. Nous avons rencontré 10 % de Roumains et 5,5 % de Bulgares.

Le groupe originaire d'Afrique subsaharienne est principalement constitué des ressortissants du Congo Brazzaville (27 %) et de RDC (17 %). Viennent ensuite le Nigeria (11 %), l'Angola (6,5 %), le Rwanda (6,5 %), la Guinée (5,5 %), le Soudan (4 %), la Côte d'Ivoire (4 %) parmi les pays les plus représentés.

L'Asie est représentée majoritairement par le Sri Lanka, le Maghreb exclusivement par l'Algérie.

Lorsqu'un interprète a été sollicité (56 % des consultations), il s'agissait dans la plupart des cas d'un bénévole de *Médecins du Monde*, russophone (66 % des consultations). Inter Service Migrants (ISM) a été sollicité dans 20 % des consultations et le recours à l'entourage s'est fait dans 14 % des cas. Dans 44 % des consultations, les médecins n'ont pas fait appel à un interprète et les entretiens ont eu lieu majoritairement en français ou en anglais (ou autre, selon les compétences linguistiques du médecin : allemand, espagnol et farsi).

Les familles rencontrées sont composées en moyenne de 2,7 personnes par famille. Nous avons été en contact avec 57,5 % de femmes et 42,5 % d'hommes, 56 % des patients étaient majeurs et 44 % mineurs.

Les parents

- 194 couples avec enfant(s) et/ou grossesse en cours (54)
- 148 mères seules avec enfant(s) et/ou grossesse en cours (64)
- 11 pères seuls avec enfants

Dans 37 familles, nous retrouvons d'autre(s) membre(s) de la famille : tante, oncle, grand-mère.

L'âge moyen des pères (35 ans) est plus élevé que celui des mères (31 ans).

¹³⁰ La Cafda (Coordination d'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile) est un service destiné aux familles demandeuses d'asile à Paris, mis en place par le Centre d'Action Sociale Protestant en août 2000, à la demande de l'Etat, pour pallier les carences majeures dans ce domaine.

Les enfants

Près d'une personne sur 2 (44 %), reçue à MDM est mineure et 1 mineur sur 3 a moins de 5 ans.

La mission a reçu 2 fratries sans parents.

Les femmes enceintes

118 femmes enceintes ont été reçues dont 54 étaient en couple et 64 étaient isolées (soit 35 % des femmes en âge de procréer). Leur âge médian est de 26 ans. A noter que 10 femmes enceintes ont moins de 19 ans. La moitié d'entre elles vient d'Europe et 40 % d'Afrique subsaharienne.

Situation d'une jeune femme enceinte, arrivant seule du Nigeria

La mission témoigne :



Elle accouche par césarienne le jour même de son arrivée à la Cafda à l'hôpital TENON.

Elle n'a aucune couverture maladie, juste eu le temps d'aller faire sa domiciliation administrative. Elle sort 10 jours après de l'hôpital, toujours sans couverture maladie, avec plusieurs ordonnances :

- pour elle : prescription d'antalgiques, de fer, d'injections de Lovenox - anticoagulants, indispensables après une césarienne - (1/jour pendant 15 jours) et pilule ;

- pour le bébé : soins du cordon, sérum physiologique.

Coût de l'ordonnance : 197 euros.

Nous voyons cette dame 4 jours après sa sortie de l'hôpital. Elle n'a pas commencé ses injections car elle n'a pas d'argent et on ne lui a rien expliqué (patiente anglophone).

On décide de la dépanner pour une boîte de Lovenox, achetée à la pharmacie du coin, la première injection sera réalisée sur place par le médecin de MDM. Elle obtiendra le lendemain la CMU en admission immédiate. Nous avons pris contact avec un centre de santé municipal proche de son hôtel et fait une ordonnance pour qu'elle puisse aller faire faire ses injections quotidiennes par une infirmière (ordonnance non faite par l'hôpital).



Hébergement

Les trois quarts des familles sont hébergées à Paris ; 25 % sont hébergées dans des hôtels de banlieue (91, 92, 93, 94, 95, 77). A noter que 5 % des familles reçues en consultation à Médecins du Monde étaient hébergées en lointaine banlieue (Grande Couronne).

BILANS PRESCRITS, RÉALISÉS, RENDUS ET ORIENTATIONS

Concernant les adultes vus en consultation (536) :

- 60 % se sont vu prescrire une NFS ;
- 59 % une sérologie VIH, une sérologie VHB et une sérologie VHC ;
- 56 % une radiologie pulmonaire ;
- 31 % une glycémie à jeun ;
- Seulement 8 % et 3,5 % un EPS et un EPU¹³¹.

Concernant les adolescents (entre 15 et 17 ans) vus en consultation (49) :

- 35 % se sont vus prescrire une NFS ;
- 33 % une sérologie VIH ;
- 33 % des sérologies VHB et VHC ;
- 33 % une radiologie pulmonaire ;
- 29 % une glycémie à jeun ;
- Et 4 % un EPS ; 2 % un EPU.

Parmi les personnes qui se sont vu prescrire une NFS, ou une sérologie VIH, VHB, ou VHC, 73 % y sont effectivement allées. Seulement 62 % des personnes à qui une radio pulmonaire a été prescrite y sont allées.

¹³¹. EPS/EPU = examen parasitologique des selles / urines

Les résultats ont été rendus dans 94 % des cas, soit au cours de la 2^{ème} consultation, soit directement auprès du médecin du Cada vers lequel la personne a été orientée. Les résultats non rendus correspondent à des personnes perdues de vue par la Cafda.

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

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

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

D'autre part, certaines personnes vues en urgence (66 notées) et adressées soit vers une PASS, soit vers une consultation de médecine générale, n'ont pas eu de bilan prescrit lors de la consultation.

Certains médecins prescrivent une partie seulement du bilan.

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

Orientations vers les structures partenaires

Il y a eu 411 orientations vers les **structures de droit commun** : PMI (144), consultations hospitalières spécialisées (147), centres de santé (67), médecins libéraux (36), centres spécialisés (16), PASS (12), autres (18).

Tous les enfants jusqu'à 6 ans sont systématiquement orientés vers la PMI la plus proche de leur hôtel. Certains enfants avaient déjà été orientés vers une PMI lors de la première consultation avec MDM.

Les consultations hospitalières spécialisées regroupent essentiellement les orientations en maternité, puis les orientations en hépatologie (VHB+, VHC+) et les orientations en infectieux (VIH+). Les orientations en centre spécialisé sont les orientations en CMP et en centre dentaire. Les médecins libéraux sont essentiellement des médecins russophones, vers lesquels les familles russophones sont adressées dès qu'elles ont la CMU.

Il n'y a pas beaucoup d'orientations vers les PASS, les médecins utilisant plutôt le réseau associatif quand la personne n'a pas encore accès aux soins. Cela s'explique par le fait que bien souvent plusieurs membres de la famille sont malades (adulte et enfant) et qu'il est plus aisé de les référer à un endroit unique où ils seront pris en charge simultanément. **Si les PASS adultes existent et fonctionnent à Paris (pour celles vers qui nous orientons les patients), il y a un toujours un problème concernant la prise en charge médicale d'un enfant sans droit ouvert** (l'enfant envoyé à l'hôpital est le plus souvent vu en consultation aux urgences ; il ressort avec une ordonnance mais sans médicaments ; les parents recevront la facture plus tard.)

Il y a eu 67 orientations vers le **système associatif** : Caso MDM Paris (37), Comede (12), Centre MSF (10), MINKOWSKA (6), Centre Croix Rouge (2), et Caso MDM Saint Denis (1).

Pour rappel, les personnes sont adressées dans le réseau associatif, soit quand elles n'ont pas encore leur CMU, soit quand le service proposé par l'association ne se retrouve pas dans le secteur public (prise en charge psychologique dans des langues étrangères).

Les consultations de médecine générale sont assurées dans les Caso de *Médecins du Monde*, le centre MSF (jusqu'à sa fermeture mi 2006) et le centre médico-social de la Croix Rouge. Avre, Primo Levi et le Comede assurent un soutien psychologique dans différentes langues étrangères. L'Avre a fermé courant 2006. Le Comede est sollicité également pour établir les certificats médicaux pour le dossier Ofpra.

Il y a eu 209 personnes de plus de 6 ans orientées vers les **centres de vaccination** de Paris et des départements limitrophes (pas de données sur le type de vaccinations car nous n'obtenons pas de retour d'information) ; les vaccinations des moins de 6 ans sont assurées par les PMI.

ETAT DE SANTÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES

La population vue en première consultation est en relativement bon état de santé. Le médecin ne repère aucune pathologie dans 37 % des consultations.

Lorsque c'est le cas, les problèmes de santé sont d'ordre obstétrical (35 % des femmes en âge de procréer sont enceintes), gastro-intestinaux, dentaires, ou encore d'ordre psychologique.

Sérologies VIH et hépatites et bilan biologique

Résultats positifs / nombre de tests pratiqués

- VIH : 1 / 233 = 0,4 % (versus 0,21 % en population générale, 0,47 % parmi les patients dépistés en CDAG¹³²).
- VHB (Ag HBs+) : 2 / 230 = 0,9 % (vs 0,65 % en population générale¹³³ en France)
- VHC : 10 / 231 = 4,3 % (vs 0,84 % en population générale¹³⁴ en France)
- NFS anormale : 18 / 206 = 8,7 %
- Glycémie à jeun anormale : 13 / 116 = 11,2 %
- Parasitologie des selles : 6 / 32 = 18,8 %
- Parasitologie des urines : 0 / 19 = 0 %

La personne séropositive au VIH est une femme venant d'Angola. Les 2 personnes porteuses de l'Ag HBs+ sont 2 hommes originaires d'Europe de l'Est. Les séropositifs au VHC sont majoritairement originaires d'Europe de l'Est.

Tuberculose

Sur 188 radiographies pulmonaires pratiquées, 8 radios étaient anormales dont 2 cas confirmés de tuberculose pulmonaire, soit 1,1 %. Les 2 personnes sont originaires de Russie.

Les demandeurs d'asile, comme les autres migrants, quel que soit leur statut, devraient bénéficier systématiquement d'un entretien médical permettant de faire un bilan de santé et d'expliquer le système d'accès aux soins en France.



132. Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance 1996-2005, InVS, mars 2007.

133. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, InVS, CnamTS, Cetaf.

134. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, InVS, CnamTS, Cetaf.

Les enfants



Face à l'exclusion, la pauvreté et la maladie, les enfants sont fragiles. Selon le rapport 2004 du Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale (CERC), deux millions d'enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le nombre d'enfants atteints par l'intoxication au plomb est estimé à environ 85 000 en France¹³⁵.

En plus du suivi pédiatrique dispensé dans les centres de soins, *Médecins du Monde* a initié, depuis 1993, **des missions de lutte contre le saturnisme**, visant à repérer et protéger les enfants victimes d'une intoxication au plomb et se bat pour faire reconnaître le saturnisme comme une priorité de santé publique. *Médecins du Monde* a mené 2 missions saturnisme en 2006. La mission saturnisme de la mission banlieue intervient depuis 2003 dans les Hauts-de-Seine. La mission de Poitiers travaille depuis 1997 en lien avec les services hospitaliers pour inciter au dépistage et sensibiliser les familles. Par ailleurs, **la mission Parrainage** dans les hôpitaux apporte un soutien aux enfants isolés de leur famille par l'hospitalisation.

La mission saturnisme

Le saturnisme est une intoxication liée à l'ingestion de plomb¹³⁶ contenu dans les peintures d'immeubles construits avant 1948. Lorsque l'immeuble est très dégradé, la peinture s'écaille et ces poussières sont ingérées par les enfants, provoquant ainsi une intoxication atteignant le système nerveux central. Les conséquences sont irréversibles et il n'existe aucun traitement curatif. Les petites filles alors intoxiquées transmettront le plomb à leur bébé, pendant leur grossesse. **La seule solution contre le saturnisme infantile reste la prévention.**

L'intervention de *Médecins du Monde* repose sur trois axes :

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

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

Les résultats ci-dessous sont extraits du rapport d'activité de la mission saturnisme de la mission Banlieue, menée dans le département des Hauts-de-Seine¹³⁷.

BILAN DE 3 ANNÉES D'ACTIONS DANS 7 COMMUNES DE LA BOUCLE NORD DES HAUTS-DE-SEINE.

Médecins du Monde est intervenu entre février 2003 et juin 2006 dans 7 communes de la boucle nord des Hauts-de-Seine : Colombes, Bois-Colombes, la Garenne-Colombes, Villeneuve-la-Garenne, Nanterre, Gennevilliers et Clichy, partant du principe que la richesse du département (qui est pour mémoire le plus riche de France) devait permettre d'empêcher l'exclusion sociale, l'insalubrité et lutter contre le saturnisme infantile pour protéger les enfants.

Entre 2003 et 2005, l'équipe de *Médecins du Monde* a repéré 542 immeubles sur les 7 communes citées ci-dessus dont 71 % étaient en mauvais état, insalubres ou en péril.

¹³⁵. Enquête de prévalence menée en 1995 par l'Inserm et le réseau national de santé publique. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'InVS en 2007-2008.

¹³⁶. Le taux normal est de 0µg/l de sang. La présence de plomb dans le sang est toujours néfaste et il n'y a pas de valeur seuil. Toutefois, en France, on considère qu'un enfant est imprégné entre 50 et 99µg/l de sang et que l'intoxication est avérée à 100µg/l de sang.

¹³⁷. Le rapport complet est disponible à la Coordination Mission France, cmf@medecinsdumonde.net (01 44 92 13 32)

Dans les immeubles concernés, l'équipe est entrée en contact avec 255 familles avec enfants. 162 familles ont été suivies par l'équipe médicale pour le dépistage de 330 enfants. 12 % des enfants dépistés par la mission (soit 40 enfants) ont des plombémies supérieures à 100µg/l, et 17.5 % (soit 58 enfants) des plombémies supérieures à 50µg/l et sont donc considérés comme imprégnés. On constate donc que **3 enfants sur 10 vivant dans des logements en état d'insalubrité sont imprégnés ou intoxiqués par le plomb.**

« **Des matelas pour se protéger de l'humidité** »

L'équipe de la mission saturnisme témoigne des conditions de logement d'une famille à Clichy :



Madame L. vit depuis un an dans un studio à Clichy avec son mari et ses deux filles de 2 ans et 3 mois. Né au Congo, Monsieur L vit en France depuis plusieurs années. Il est en situation régulière mais attend les papiers pour sa femme. Après la naissance de leur première fille, ils ont repris le bail d'un cousin, au 5ème étage d'un immeuble insalubre. Leur logement, propre et bien rangé, est humide et très froid en hiver. L'aînée est atteinte de saturnisme, le taux de plomb dans son sang était en 2006 de 126 µg/l.

« Le papa dort par terre et moi je dors avec mes filles dans le lit. Comme on n'a pas de place pour stocker nos affaires, on vend nos manteaux en été et l'hiver on en rachète. Je fais le ménage deux à trois fois par jour. Je nettoie aussi le palier et l'escalier parce que la petite y joue souvent et il y a beaucoup de poussière. C'est Médecins du Monde qui nous a alertés sur les risques du plomb pour la petite. Sans eux, je n'aurais jamais su ce qu'était le saturnisme et ma fille pose souvent ses mains sur les murs et par terre dans le couloir. Depuis on la contrôle tous les six mois, mais en hiver, elle tousse, elle a souvent la bronchite. Pendant les mois d'hiver, on met plus de matelas sur le sol et sur les murs pour se protéger de l'humidité. Je mets aussi du tissu sur la fenêtre pour que le froid ne rentre pas. Le problème c'est qu'on est tout le temps à la maison et qu'elle ne peut pas encore aller à la crèche parce qu'on n'a pas de papiers. » La situation de cet immeuble est dramatique. Face aux problèmes d'eau, la mairie a proposé des tickets pour les bains douches et des bonbonnes d'eau...



2006 : INTERVENTION EN ZONE SUD DES HAUTS-DE-SEINE ET MOBILISATION DES ACTEURS

A partir de mars 2006, une équipe bénévole composée d'étudiants en urbanisme a réalisé une cartographie pour le repérage des zones à risques dans les 7 communes de la zone sud du département des Hauts-de-Seine. Ces zones de vigilance devaient permettre de mobiliser tous les acteurs concernés sur les quartiers où les risques d'intoxication par le plomb sont les plus élevés. Une fois les zones définies, l'équipe s'est attelée à identifier les immeubles à risques.

Tableau 124 : Nombre d'immeubles visités classés par niveau de risque d'intoxication des enfants dans 7 communes du sud des Hauts-de-Seine au 31/12/06

Communes	Immeubles risque très faible	Immeubles risque faible	Immeubles risque moyen	Immeubles risque élevé	Immeubles risque très élevé	Immeubles restant à visiter	Total immeubles
Puteaux	14	26	39	28	14	14	135
Issy les Moulineaux	12	14	22	6	2	22	78
Vanves	10	1	3	3		5	22
Boulogne						129	129
Malakoff						143	143
Montrouge						206	206
Châtillon						50	50
Total	36	41	64	37	16	569	736

Après la phase de repérage, l'équipe médicale a débuté, en septembre 2006, la campagne de dépistage du saturnisme dans les communes de Puteaux, Issy-les-Moulineaux et Vanves. *Médecins du Monde* a informé 115 familles à Puteaux et mis en place un protocole de suivi avec 17 familles pour le contrôle de 32 enfants. A ce jour¹³⁸, nous disposons de 17 résultats de plombémie, dans lesquels 3 enfants sont intoxiqués.

Fort de son expérience dans le nord du département, l'équipe de *Médecins du Monde* a souhaité renforcer son programme d'action **par la mobilisation des acteurs locaux**.

En effet, le dépistage du saturnisme ne peut pas être de la seule responsabilité des centres de PMI comme cela fonctionne généralement. Ainsi sont aussi concernés :

- le corps médical : les médecins de ville, les pédiatres libéraux, les médecins scolaires, les hospitaliers qui devraient interroger leurs patients sur leurs conditions d'habitat ;
- les travailleurs sociaux en contact avec les familles vivant dans des logements insalubres en les informant sur les risques d'intoxication et en leur conseillant d'en parler à leur médecin ;
- les propriétaires d'immeubles anciens qui ont la responsabilité d'informer leurs locataires sur les risques d'intoxication par le plomb et de faire les travaux de protection ;
- les services de l'habitat, d'urbanisme, d'hygiène et de santé communaux qui ont la responsabilité d'informer sur les risques d'intoxication les habitants des immeubles insalubres ;
- les associations et bureaux d'études, responsables de l'animation des Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) pour informer sur les risques d'intoxication les habitants des immeubles anciens et mobiliser les propriétaires pour la réalisation des travaux de réhabilitation.

Nous avons lancé une campagne de mobilisation de 300 acteurs de terrain (renvoi d'un questionnaire suite à une première campagne d'information), des courriers et interpellations adressés aux élus du département et au préfet pour inscrire l'éradication de l'habitat indigne dans le Plan Départemental de l'Aide au Logement des Populations Défavorisées des Hauts de Seine, la proposition d'un amendement, en collaboration avec l'Uniojss à la loi du 13 juillet 2006, portant l'engagement national pour le logement. Un colloque au ministère de la santé organisé par MDM et la Fondation Abbé Pierre le 7 novembre 2006 a permis de rassembler tous les acteurs potentiels de la lutte contre le saturnisme et de clarifier les rôles de chacun¹³⁹.

Le parrainage des enfants hospitalisés

L'équilibre psychologique d'un enfant malade est essentiel voire indispensable à sa guérison. Du bébé à l'adolescent, tous les pédiatres aujourd'hui confirment que le soutien affectif est primordial dans le processus de lutte contre la maladie.

De nombreux enfants, souvent de milieux défavorisés, venant d'Afrique, du Maghreb, de la Réunion, de Mayotte, de Guyane mais aussi de province, sont régulièrement hospitalisés dans la région parisienne pour être soignés de pathologies souvent très lourdes qui ne peuvent être traitées sur place. Beaucoup d'entre eux arrivent seuls dans l'univers inconnu de l'hôpital. Les parents pour des raisons financières ou d'organisation de vie ne peuvent les accompagner.

Quand l'hôpital appelle *Médecins du Monde* dès l'arrivée d'un enfant isolé, le parrainage est déclenché comme une mission d'urgence. Il n'y a pas de temps à perdre pour éviter ou atténuer les carences affectives inhérentes à la séparation d'avec les parents. La relation proposée à l'enfant lui permettra de mieux affronter la maladie et la souffrance et favorisera la guérison. Il s'agit d'une véritable transfusion d'énergie pour ces enfants en détresse psychologique, menacés quelquefois de dépression sévère voire d'hospitalisme. Certains enfants, malheureusement, ne guérissent pas et, dans 10 % des cas, les bénévoles font un accompagnement de fin de vie à des enfants qui auront ainsi connu, l'expérience de la solidarité au-delà des origines et des cultures.

Les bénévoles font le lien avec l'équipe soignante et facilitent le maintien des relations avec la famille de l'enfant dans le respect de son identité et de sa culture.

Après une sélection rigoureuse, les bénévoles reçoivent une formation de quatre jours dispensée par *Médecins du Monde*, complétée par des groupes de paroles et des journées de formation continue, pour assurer la cohérence des discours et des comportements des équipes, dans le respect de l'éthique MDM. Le suivi des parrainages est assuré par des coordinatrices bénévoles expérimentées, toujours en complémentarité avec l'équipe soignante.

¹³⁸. Au jour où nous rédigeons le rapport de l'Observatoire

¹³⁹. Les actes du colloque seront disponibles début 2008 à la mission banlieue : mdm.mission.banlieue@wanadoo.fr ou à la Coopération Mission France : cmf@medecinsdumonde.net

L'action se situe essentiellement dans les hôpitaux parisiens.

Depuis fin 2005, la mission a été mise en place à l'hôpital de Cayenne. La moitié des parrainages se déroule dans le service de néo-natalité où les enfants prématurés bénéficient de la présence quotidienne des bénévoles de MDM. La prise de poids des bébés parrainés, indispensable à la sortie et au retour dans la famille, est ainsi devenue aussi rapide que celle des bébés dont les mamans sont présentes. La relation affective et les interactions indispensables au développement du bébé sont assurées par les bénévoles de MDM dans un service où le personnel soignant ne peut dispenser que les nombreux soins nécessaires aux très nombreux enfants hospitalisés.

Les parrains/marraines font au minimum 3 visites par semaine à l'enfant qu'ils parrainent, dont une visite pendant le week-end. L'équipe compte 104 parrains/marraines, dont 91 en région parisienne et 13 en Guyane.

NOMBRE D'ENFANTS PARRAINÉS

Depuis 1988, la mission Parrainage a accompagné 1 400 enfants isolés pendant leur hospitalisation dont 187 en 2006 (146 en région parisienne et 41 en Guyane), ce qui représente 12 850 jours de visites.

La moitié des enfants parrainés a moins d'un an, 27 % ont entre 1 et 4 ans, 12 % ont entre 4 et 9 ans, 8 % ont entre 9 et 14 ans, et 2 % ont plus de 14 ans. Les principales pathologies se situent dans le domaine de la cardiologie, de l'hématologie, de l'immunologie, de l'oncologie, ou encore de la pneumologie.



Les Roms



Les Roms quittent leur pays d'origine pour fuir la discrimination raciale et la misère. Toutefois, en France, ils ne parviennent pas à se soustraire à des conditions extrêmes d'existence, vivant en bidonvilles ou dans des squats. La multiplication des expulsions les fragilise et rend leur vie encore plus précaire.

Ces expulsions provoquent la rupture de la continuité des soins, un principe pourtant fondamental dans l'exercice médical. Souvent contraints à la clandestinité, les Roms se voient refuser l'accès aux droits fondamentaux, dont trop souvent les soins.

EN 2006 :

4 équipes mobiles auprès des Roms

- 1992, mission Banlieue en **Ile-de-France**, 1^{er} programme auprès des Roms migrants
- 1999, ouverture d'une mission Roms à **Strasbourg**
- 2001, ouverture d'une mission Roms, en squats et bidonvilles, à **Lyon**
- 2002, ouverture d'une mission Roms à **Nantes**

plus de **3 500 personnes** rencontrées par les équipes.

Médecins du Monde se rend sur les lieux de vie des Roms afin de leur faciliter l'accès aux soins et aux droits. Cette veille sanitaire vise notamment :

- l'éducation, la promotion de la santé, et l'orientation pour une prise en charge dans le système de droit commun
- la scolarisation des enfants,
- l'amélioration des conditions d'hygiène, l'aide à l'accès à l'eau potable et à l'évacuation des ordures,
- l'amélioration de la santé materno-infantile, la prévention des IVG, le suivi des grossesses, l'information sur la contraception, la vaccination des enfants, les accompagnements en PMI et aux centres de planning familiaux.

Il s'agit également de renforcer le témoignage sur les conséquences sanitaires des expulsions et sensibiliser les acteurs locaux, comme en témoigne ce communiqué de presse du 15 décembre 2006 de Médecins du Monde, pour soutenir des familles menacées d'expulsion.

« Non aux expulsions – dispersions des malades Roms tuberculeux ! »



Les conditions de vie innommables dans lesquelles les Roms sont contraints de vivre en banlieue parisienne : bidonville, absence d'eau, de sanitaires, d'électricité... les expose fortement aux risques épidémiques notamment de tuberculose. C'est le cas de familles stationnant sur l'aire de l'ex-station-service de l'ASB à Réau en Seine-et-Marne. Suite à un dépistage dénombant sur 125 personnes 12 tuberculoses contagieuses et 22 infections latentes, des autorisations provisoires de séjours ont été délivrées afin de permettre à la DDASS 77 et au centre anti-tuberculeux de Melun de mettre en œuvre les traitements. Aujourd'hui ces autorisations provisoires de séjours sont arrivées à échéance or il reste encore 21 patients à soigner (8 nouveaux cas ayant été dépistés en octobre dernier).

Malgré un avis favorable de la DDASS de Seine-et-Marne pour une nouvelle délivrance d'APS [Autorisation Provisoire de Séjour] pour soins aux patients atteints et à leurs familles, les Roms subissent depuis des semaines pression et harcèlement et sont de nouveaux menacés d'expulsion.

Par ailleurs, à St-Denis rue Campra, où plusieurs centaines de Roms vivent sur un terrain vague dans des conditions d'hygiène épouvantables, une campagne de dépistage a été menée le 6 décembre par les services compétents suite à la découverte d'un patient atteint d'une forme contagieuse de tuberculose. Là aussi l'expulsion-dispersion est à l'ordre du jour. Nous espérons que la préfecture tiendra compte de l'argument sanitaire et ne provoquera .../...

pas la dispersion de ce groupe, qui empêcherait les professionnels de santé de soigner les malades et éviter la propagation de l'épidémie.

En cette période de trêve hivernale, c'est un véritable cri d'alarme que nous lançons pour dénoncer vigoureusement cette politique d'expulsion systématique des lieux de vie qui risque, si elle se fait au mépris des épidémies de tuberculose en cours, de conduire à de graves conséquences sanitaires. Si les expulsions-dispersions des communautés de Réau et St Denis ont lieu, elles réduiront à néant le travail accompli par les professionnels de santé, remettront en cause la continuité des soins, pérenniseront les épidémies de tuberculose, accroîtront les cas de multi-résistances, conduisant à un risque majeur pour la santé publique.

Pour limiter la propagation de la tuberculose et que les patients atteints puissent prendre leur traitement et être suivis régulièrement par les centres de soins sans risque d'arrestation, il est impératif que les Préfets concernés :

- fassent cesser la pression policière sur les terrains qui provoque le départ précipité de certaines familles dont certaines potentiellement infectées ;*
- délivrent des APS pour soins ;*
- suspendent toute expulsion pour permettre aux populations de se maintenir dans un lieu de vie stable pendant toute la durée du traitement.*



ACTIVITÉ DES MISSIONS RROMS DE MÉDECINS DU MONDE

En 2006, la mission Rroms **d'Ile-de-France** a réalisé 943 consultations médicales au cours de 65 sorties (moyenne d'une quinzaine de consultations par sortie) sur trois départements dont 244 en Seine-et-Marne, 414 en Seine-Saint-Denis et 285 dans le Val d'Oise. La population rencontrée est composée de 61 % de femmes. La moyenne d'âge est de 25 ans. Les roumains parmi les Rroms rencontrés sont très grandement majoritaires puisqu'ils représentent 97.4 % des patients.

Les problèmes de santé sont d'ordre ORL (22.6 %), gastroentérologique (12.8 %), cardiovasculaire (6.7 %), dentaire (6.3 %) ou dermatologique (5.8 %). Des problèmes gynéco-obstétriques ont été repérés dans 15 % des consultations concernant des femmes.

Enfin il est important de relever que 67.6 % des patients vus dans le cadre des veilles sanitaires avaient un retard de recours aux soins.

L'équipe périnatalité a par ailleurs réalisée 36 sorties qui ont permis :

- 51 rencontres information – orientation pour la contraception ;
- 20 suivis de grossesse ;
- 10 consultations et orientations pour IVG ;
- 23 femmes accompagnées ;
- 88 consultations pédiatriques.

La mission mobile auprès des Rroms à **Lyon** s'est rendue en 2006 sur 8 sites lors de 79 sorties, qui ont permis 1 069 contacts dont 480 entretiens avec 297 personnes différentes, dont 63 % de femmes. La population rencontrée est jeune, l'âge moyen est de 22 ans. 29 % sont des enfants de moins de 4 ans.

Les problèmes de santé sont principalement les pathologies ORL (14.1 %) et dermatologiques (7 %). Ils sont aggravés par les conditions de vie qui rendent les personnes plus vulnérables :

- Variations climatiques : les enfants comme les adultes vivent principalement à l'extérieur, été comme hiver. La variation de température, durant l'hiver, entre l'intérieur des cabanes, souvent surchauffées, et l'extérieur est également un facteur aggravant.
- Manque d'hygiène : la plupart des terrains n'ont connu aucun aménagement, au mieux la mise en place d'un point d'eau. A deux reprises, des toilettes de chantier ont été installées, malheureusement à chaque fois en nombre très insuffisant, et selon une répartition qui n'a pas permis aux ménages de se les approprier.
- Amoncellement d'ordures : malgré un ramassage désormais rapidement mis en place par les services de la voirie, les ordures ménagères s'accumulent rapidement, entraînant une dégradation des conditions d'hygiène, et l'apparition de problèmes dermatologiques.

Les pathologies gynéco-obstétriques (18 % des femmes) ont fait l'objet d'un suivi particulier, en lien avec les consultations gynécologiques et les consultations des sages-femmes du Caso.

« 6 mars 2006 : le feu et les larmes »

La coordinatrice de la mission de Lyon témoigne :



Lorsque nous arrivons en fin d'après-midi, les familles sont regroupées sur le trottoir. Les bébés dans les bras des mères sont emmitoufflés dans des couvertures. Ca et là, des balluchons et des sacs s'amoncellent à leurs pieds. Scène d'exode à la nuit tombante. La semaine dernière déjà, en me rendant sur le terrain, j'avais eu ce sentiment de trouver un paysage de chaos : hangar dévasté, ordures jonchant le sol, et au milieu desquelles une jeune femme seule fouillait à la recherche de bois de chauffage.

La fumée s'élève du hangar dont il ne reste rien ou presque que les poutrelles métalliques noircies. Une armée de pompiers vêtus de vestes dont les bandes fluo illuminent le crépuscule s'affairent pour éteindre les derniers foyers. La police est partout et tente de s'y retrouver et de recomposer chaque famille sur le papier.

Nous téléphonons à la DDASS, dont la première question sera de savoir s'ils ne peuvent pas retourner dans le hangar. Lassitude.

Un peu plus loin, deux enfants hauts comme 3 pommes jouent à se faire peur en plaquant leurs visages contre le phare clignotant d'une voiture de police.

Une élue municipale Verte arrive avec du thé et des biscuits. Chaud au cœur.

Elle a obtenu un bus pour que les familles attendent au chaud de connaître leur sort. Il neige, giboulées.

Finalement, un abri a été trouvé pour la nuit par la Préfecture. Demain, les familles seront réorientées en fonction de leur statut...



Depuis trois ans maintenant, la mission Roms de MDM à **Strasbourg** assure, dans le cadre d'un programme d'accès aux soins primaires, une présence régulière sur les terrains de Strasbourg et sa périphérie, où s'installent des familles originaires d'Europe de l'Est (essentiellement Roumanie, Bulgarie, ex-Yougoslavie). En 2006, l'équipe d'intervention a effectué 20 sorties, auprès d'une trentaine de familles. Près deux tiers des personnes sont des enfants âgés de moins de 14 ans.

L'équipe de **Nantes** a effectué 76 sorties dans l'année, dans 3 lieux différents. Elle a suivi 81 familles, soit une population de 340 personnes dont la moitié a moins de 18 ans.

Elle a réalisé 495 consultations médicales pour 212 personnes différentes (dont 54 % de femmes, et 28 % d'enfants de moins de 6 ans). Elle a vacciné 132 enfants. Par ailleurs, l'équipe a mené des campagnes de dépistage :

- de la tuberculose, 12 traitements antituberculeux ont été prescrits,
- du saturnisme, 40 enfants et trois femmes enceintes ont été dépistés, les résultats donnent 12 plombémies supérieures à 100 microgrammes (10 entre 100 et 200 microgrammes (dont 4 enfants de moins de 5 ans) et 2 de plus de 200 microgrammes).

Au gré des expulsions ...

L'équipe de Nantes témoigne sur la situation et les difficultés d'une famille, qu'elle suit depuis le printemps 2005.



Arrivés en France en 2004 avec 4 de leurs 7 enfants, le père I. a aujourd'hui 32 ans et sa femme E. 33 ans. Ils se sont installés au MIN avec quelques autres familles Roms.

E. qui venait d'accoucher de son septième enfant en Roumanie, est trouvée porteuse d'une tuberculose pulmonaire lors de la campagne de dépistage menée par MDM en mai 2005. La famille n'a pas de couverture maladie, ayant peur que des démarches administratives entraînent une reconduite à la frontière, alors qu'ils sont en France en situation irrégulière depuis plus d'un an. Le traitement de la tuberculose va lui permettre d'avoir un titre de séjour temporaire et la CMU. Une nouvelle grossesse, alors qu'elle est en cours de traitement antituberculeux, devra être interrompue, ce qui va la déprimer un peu plus.

La fille aînée M. a 13 ans et débute une grossesse. La maternité assure le suivi et elle accouche fin 2005 pendant l'expulsion par la police du campement du MIN regroupant 15 familles Roms. De retour avec son petit S. de 4 jours, elle retrouve les siens quai Wilson. Malgré les interventions de MDM auprès de la ville de Nantes et de la DDASS, aucune solution d'hébergement n'est trouvée, et ils subissent une nouvelle expulsion musclée en plein hiver. Les 15 familles s'installent à Chantenay sur une friche industrielle de Shell à Roche Maurice.

Malgré une nouvelle procédure d'expulsion, les 3 enfants restés en Roumanie rejoignent la famille.

.../...

Les parents, les 7 enfants et le nouveau-né vivent dans 2 caravanes délabrées ouvertes aux courants d'air et à la pluie, chauffées par un poêle bricolé dans un bidon. I. le père a construit un haut-vent où la famille fait la cuisine. Il n'y a ni eau, ni sanitaires sur le terrain. Et ils nous disent qu'ils sont mieux ici qu'en Roumanie.

Au printemps 2006, E. la mère est à nouveau enceinte, et sa fille M. qui a 15 ans débute sa 2^{ème} grossesse. « C'est un don de Dieu » nous dit I qui est malgré tout très anxieux pour la survie de sa famille et passe une partie de sa journée à prier avec les témoins de Jéhovah.

Sous la menace d'une nouvelle expulsion, les familles Roms quittent Roche Maurice et vont s'installer à la Butte Sainte Anne fin juillet 2006, sur le terrain des anciennes brasseries de la Meuse. Pour tenter d'éviter une expulsion supplémentaire, MDM avec la coordination Roms entame des discussions et un plaidoyer auprès de la ville de Nantes.

M. la fille aînée est retournée en Roumanie en laissant son petit S. qui a maintenant un an : elle accouchera de son 2^{ème} enfant à 16 ans. Sa maman E. accouche d'un petit N. en décembre : elle est très fatiguée et anémiée, mais allaite son bébé et doit aller faire la manche pour nourrir sa famille.

Complètement accaparés par les problèmes de survie, les enfants ne sont pas conduits aux rendez-vous de PMI ou du dispensaire antituberculeux Jean V. MDM doit les accompagner pour que le suivi des enfants et le contrôle de la tuberculose soit assuré.

La 2^{ème} fille B. de 12 ans, doit assurer les tâches ménagères : s'occuper des 6 enfants plus jeunes, faire la cuisine, pendant que les autres enfants vont à l'école. Elle le vit mal, a un comportement dépressif, ne mange plus, a des nausées, est toujours fatiguée. Après discussion avec la famille et le Rectorat, elle va 2 jours par semaine à l'école. Depuis elle est rayonnante et voudrait y aller tous les jours.



LE COLLECTIF NATIONAL DROITS DE L'HOMME ROMEUROPE

Créé en 2000 par Médecins du Monde et regroupant 12 associations et 10 comités de soutien, le collectif national droits de l'homme **ROMEUROPE** s'est fixé pour objectifs de permettre et de faire respecter l'accès aux droits fondamentaux des Roms venus des pays d'Europe centrale et orientale présents en France ainsi que de lutter avec eux contre les discriminations et violations des droits dont ils sont victimes sur le territoire national¹⁴⁰.

Le rapport 2006 de Romeurope relate et dénonce, sans être exhaustif, les nombreux événements dont ont été victimes les Roms migrants présents sur le territoire français en 2006. Proies faciles d'une politique chiffrée de renvois dans les pays d'origine, les Roms ont été littéralement harcelés et contraints à vivre dans une instabilité et une précarité croissantes.

Les expulsions des lieux de vie se sont aussi multipliées, souvent violentes avec destruction des caravanes et cabanes devant les familles. Dans des cas de plus en plus nombreux, les Roms ont été contraints de quitter les lieux après un véritable harcèlement policier « si vous n'êtes pas partis d'ici demain, nous reviendrons et détruirons vos caravanes ou cabanes ». Comme dans certaines opérations, ces menaces étaient accompagnées d'arrestations collectives, les Roms ont généralement obtempéré, ce qui a permis d'annoncer : « les Roms sont partis d'eux-mêmes. »

Plusieurs témoignages insérés dans le rapport expriment le désarroi et le choc psychologique subi par les familles qui perdent alors non seulement tous leurs maigres biens, mais aussi les liens difficilement tissés dans le cadre de la scolarisation, du suivi PMI des enfants, avec les services sociaux et les soutiens.

Les arrestations et renvois aux pays en vols charters ont été très nombreux en 2006, participant aux objectifs quantifiés de reconduites décidés par le Ministre de l'Intérieur. Le collectif Romeurope en dénonce les coûts et l'inutilité, les ressortissants des pays, qui sont depuis le 1er janvier 2007 entrés dans l'Union européenne, ayant le droit de revenir dans les jours qui suivent leur renvoi.

Au niveau des **conditions de vie**, le rapport fait le même constat que les années précédentes et en confirme l'inhumanité. Plusieurs incendies ont tragiquement mis en évidence la dangerosité dans laquelle sont contraints de vivre les Roms migrants en France. Cependant quelques municipalités et/ou conseils généraux ont cherché des solutions alternatives pour que les familles puissent quitter les bidonvilles.

¹⁴⁰. Pour en savoir plus, se référer au site internet : www.romeurope.org

Des retours dits « volontaires » en Roumanie ont été proposés en 2006 à certaines familles. Force est de constater que les expériences menées ont été illusoires et réalisées dans des conditions très discutables, mal préparées, précipitées et souvent dans l'incompréhension des intéressés. Si l'on ne peut exclure des projets de retour pour les familles qui expriment effectivement le souhait, ceux-ci devraient s'appuyer sur une préparation en France et surtout dans le pays d'origine un réel accompagnement.

La santé dépend très fortement des conditions de vie et de logement. L'année 2006 a malheureusement illustré l'état de santé très préoccupant des familles avec l'identification de plusieurs foyers de tuberculose. L'accès aux soins en 2006 a été rendu difficile voire impossible par la situation administrative : la majorité des Roms, pour se conformer aux règles de l'espace Schengen ont fait des séjours de moins de 3 mois, ce qui leur interdisait de facto le droit à l'AME.





Les personnes se prostituant

Depuis l'instauration de la Loi de Sécurité Intérieure en 2003, les conditions de vie des personnes se prostituant se sont largement dégradées.

Souvent en situation irrégulière, les personnes migrantes se prostituant subissent, non seulement les conséquences de la criminalisation du racolage passif (qui laisse une énorme part à l'arbitraire), mais aussi le contexte répressif lié à la lutte contre l'immigration à l'œuvre actuellement. En 2006, ce contexte a renforcé la vulnérabilité des personnes, particulièrement exposées aux risques d'infections sexuellement transmissibles. Elles rencontrent toujours de nombreux obstacles dans l'accès aux soins et le respect de leurs droits. La violence qu'elles subissent ainsi que les arrestations abusives pour racolage passif (comme avoir des préservatifs sur soi ou appeler d'une cabine téléphonique, seule, au milieu de la nuit) et les difficultés d'hébergement et d'insertion sont des obstacles illustrant bien cette tendance. La nécessité de se cacher depuis la Loi de Sécurité Intérieure entraîne les personnes se prostituant vers des zones moins visibles, ce qui les isole tant d'autres personnes, de leurs collègues que des associations qui interviennent auprès d'elles.

De plus, les clients se servent de la criminalisation du racolage passif pour menacer les personnes se prostituant de les dénoncer et augmentant ainsi le nombre de vols, de viols et des autres violences à leur rencontre.

EN 2006 :

6 équipes mobiles de rue, en lien avec les Caso et les programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues à **Metz, Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen** ;

10 700 contacts de prévention pour plus de **800 personnes différentes** (données très difficiles à obtenir).

La population est très majoritairement composée de femmes, âgée de 20 à 40 ans, elle est également composée de transgenres, d'hommes et parfois de mineurs.

Les personnes rencontrées sont majoritairement originaires d'Europe de l'Est, d'Afrique subsaharienne, et de Chine populaire¹⁴¹.

L'action de Médecins du Monde se traduit par des actions mobiles, de promotion de la santé et de réduction des risques liées aux pratiques prostitutionnelles, avec un accompagnement social, médical, administratif et juridique.

Des tournées nocturnes en unité mobile sont organisées sur les lieux de prostitution, afin de mettre à disposition du matériel de prévention et d'offrir un espace d'écoute et de réponses aux questionnements des personnes. Les équipes s'attachent à donner une information adaptée et traduite si nécessaire sur les risques liés aux IST, VIH, hépatites et autres problèmes de santé, sur les questions de contraception ainsi que sur les droits. Des permanences ont également lieu dans un local afin de procurer un suivi plus individualisé (consultations, dépistage, écoute...). Les équipes proposent des accompagnements physiques lorsque cela est nécessaire, vers les structures de droit commun dans lesquelles les personnes sont orientées, pour faciliter la communication lorsqu'elles ne parlent pas français (hôpitaux, médecins spécialistes, ...).

Se rendre sur les sites de prostitution et dialoguer avec les personnes permet d'instaurer, au fil du temps, une relation de confiance favorable aux démarches sociales et médicales.

Nous présentons ci-dessous les données recueillies par la mission prostitution de Nantes, le Funambus, extraites du rapport d'activité annuel de la mission¹⁴².

141. Le programme mené à Paris est un programme de réduction des risques et de promotion de la santé auprès des personnes chinoises se prostituant.

142. Le rapport d'activité 2006 du Funambus est disponible à la Coordination Mission France : cmf@medecinsdumonde.net (01 44 92 13 32)

Le Funambus de Nantes : mission de réduction des risques et de promotion de la santé auprès des personnes se prostituant à Nantes

Créé en 2000, le Funambus a pour objectif général de promouvoir la santé et les droits des personnes se prostituant, migrantes en priorité, selon les principes éthiques et opérationnels de la réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles. La mission organise deux tournées nocturnes par semaine, couvrant deux secteurs géographiques distincts, les mardis et vendredis de 22h à 3h du matin.

NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES

En 2006, nous avons eu **1 352 contacts auprès de 105 personnes** soit 12,9 contacts par personne en moyenne. Parmi elles, **68** sont vues régulièrement (plus de 5 contacts).

Les personnes rencontrées seulement une ou deux fois sont, le plus souvent, des femmes qui sont de passage à Nantes : elles y ont des connaissances ou viennent seules afin de se prostituer en dehors de leur lieu habituel de résidence. Une plus petite part d'entre elles vient juste d'arriver, comme le montre l'augmentation sensible des contacts en septembre/octobre.

PROFIL DES PERSONNES RENCONTRÉES

L'équilibre entre le nombre de femmes d'origine africaine, anglophone et francophone, se confirme cette année et se situe autour de 30 personnes pour chaque communauté.

Les femmes issues d'Afrique francophone sont généralement nantaises ou habitent le département. Elles ont un profil tout à fait différent des jeunes femmes nigérianes : elles sont plus âgées, avec une moyenne d'âge autour de 40-45 ans. Elles sont en situation régulière sur le territoire, voire naturalisées et sont mères de famille. Selon leur témoignage, c'est la précarité de leur situation sociale et économique qui les amène à se prostituer. Plusieurs de ces femmes occupent des « petits » emplois faiblement rémunérés qui ne leur permettent pas de subvenir aux besoins de leur famille.

En effet, toutes vivent seules avec leurs enfants (plus ou moins jeunes) et c'est bien souvent à la suite d'un divorce qu'elles débutent dans l'activité prostitutionnelle.

Le nombre d'hommes et de femmes d'origine française reste relativement faible et stable. Sans globalisation hâtive, nous constatons que les personnes françaises rencontrées lors de nos tournées nocturnes sont, le plus souvent, en situation de souffrance très importante, ou, peut-être plus visible. Selon nos observations, c'est parmi cette population que nous trouvons les principaux problèmes de toxicomanie, de problématiques sociales lourdes (errance, marginalisation, retrait d'enfants) et de problématiques psychologiques, voire psychiatriques. Ces difficultés peuvent être repérées auprès des autres publics, mais de façon moins massive. Leur vulnérabilité nous semble donc toute aussi sérieuse, même si les raisons en sont différentes.

Les femmes issues d'Europe de l'Est, et particulièrement les femmes roumaines extrêmement jeunes (18/22 ans) attirent tout particulièrement notre attention depuis peu : en effet, leur présence s'est développée en quelques semaines. Nous ne faisons encore aucune conclusion, dans la mesure où il peut s'agir d'un épiphénomène.

Les femmes d'Afrique anglophone sont un peu moins jeunes (environ 25 ans). La moyenne d'âge des femmes originaire d'Afrique francophone tourne autour de 40/45 ans. Seuls les français et françaises ne se présentent pas en groupe unifié, l'âge variant entre 18 et 60 ans.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

L'équipe a distribué **31 336 préservatifs masculins, 40 préservatifs féminins**, une centaine de carrés de latex et de très nombreux gels lubrifiants. La faible distribution de préservatifs féminins s'explique par sa non adaptation à la prostitution de rue : les risques de glissement en station debout ou en voiture sont trop importants. En revanche, l'équipe les propose davantage pour les rapports d'ordre privé.

401 entretiens de prévention ont eu lieu. Les thèmes ici présentés, bien qu'incomplets, sont le reflet des échanges lors de nos tournées nocturnes ([tableau 125](#)).

Tableau 125 :Thème abordés lors des entretiens de prévention

THEMES ABORDES LORS DES ENTRETIENS DE PREVENTION	n	%
NOMBRE D'ENTRETIENS DE PRÉVENTION	401	
dont..		
VIH / Sida / IST	180	44.9
Pratiques sexuelles	166	41.4
Hépatites	61	15.2
Démonstration pour utilisation du matériel de prévention	58	14.5
Hygiène / anatomie / physiologie	55	13.7
Sécurité	46	11.8
Contraception / grossesse / IVG	37	9.2
Que faire en cas de ruptures de préservatifs ?	30	7.5
Alimentation	17	4.2
Autres	51	12.7

Parce qu'en France, la particulière vulnérabilité des femmes migrantes en matière de VIH est constatée, nous avons entrepris de renouveler nos messages de prévention sur ce thème. Les connaissances en termes de mode de contamination, de moyens de se protéger et de traitement d'urgence sont régulièrement débattues dans le bus. Les fausses croyances, comme par exemple l'usage de deux préservatifs superposés sont encore présentes dans les esprits et il convient alors, d'initier des échanges entre les femmes.

Le thème des pratiques sexuelles est particulièrement développé cette année afin de sensibiliser à l'ensemble des risques encourus de contamination par d'autres IST. Le retour de la syphilis étant alarmant, il nous a semblé essentiel d'appréhender la réalité des pratiques sexuelles. Les services les plus communément demandés par les clients sont la fellation et la pénétration vaginale et il est assez simple de communiquer sur ces sujets. D'autres types de pratiques, comme le baiser, les caresses, mais aussi la pénétration anale, le cunnilingus, ou l'anulingus sont également demandées aux personnes. Peut-être parce qu'ils sont plus intimes voire tabou, nous constatons une gêne réelle à aborder ces thèmes. Le carré de latex, outil de prévention du VIH, initialement utilisé par les dentistes, s'avère être particulièrement pertinent dans notre cadre d'intervention, mais très peu utilisé tant par les associations de réduction des risques que par les personnes se prostituant. Par exemple, elles n'imaginaient pas que certaines IST comme l'hépatite B, l'herpès, les condylomes puissent être transmis lors de rapports bucco-génitaux ou lors de frottements sans pénétration. Or, nous savons que ces IST, pour la plupart aisées à soigner, sont des facteurs aggravant de contamination par le VIH, mais aussi représentent des risques de stérilité ou encore des risques de cancer du col de l'utérus. Soulignons toutefois que la connaissance en soi ne suffit pas pour faire évoluer les pratiques sexuelles de façon rapide et décisive. Les femmes sont notamment très sceptiques quant à l'acceptation de ces nouveaux outils par les clients. Comme il y a 20 ans pour la sensibilisation au port du préservatif masculin, un changement des mentalités doit s'opérer. L'enjeu est de trouver les mots qui conviennent, les arguments qui fonctionnent et de les faire partager au plus grand nombre.

En 2006, l'équipe a réalisé une **mission exploratoire** pour étudier la possibilité de mener un travail de réduction des risques auprès des personnes qui se prostituent par le biais de petites annonces sur internet et dans les journaux, dans les bars à hôtesse, dans les lieux moins visibles que la rue, conséquence directe de la loi de sécurité intérieure. Il a fallu repérer le nombre, le profil des personnes, et les modes de fonctionnement de cette prostitution « **indoor**¹⁴³ » afin de dresser une « cartographie » des hommes et des femmes concernés. Les premiers constats ont conforté l'importance du phénomène. L'hypothèse de départ concernant les besoins de ces personnes est que ceux-ci sont proches, voire identiques à ceux constatés dans la prostitution de rue, en terme d'accès aux soins et aux droits, de matériel de prévention, d'information sur la réduction des risques dans les pratiques sexuelles, de besoin de sécurité, d'écoute et d'un lieu ressource. A l'issue de cette démarche, une stratégie d'intervention a été définie début 2007.

143. Est appelée prostitution « indoor » la prostitution en appartement, en salon de massage, dans des bars à hôtesse, l'escorting et, pour les pays réglementaristes, les maisons closes, « eros center » et vitrines.

Les usagers de drogues : programmes de réduction des risques avec échanges de seringues et bus méthadone



Le premier programme de Réduction des Risques a débuté à Paris en 1989 face au développement de l'épidémie de Sida chez les usagers de drogues.

Les programmes de réduction des risques avec échanges de seringues

La logique répressive de l'époque a obligé *Médecins du Monde* à agir de façon clandestine. Ce n'est qu'en 1995 qu'un décret a autorisé l'échange de seringues dans la rue, facilitant le rapprochement des usagers marginalisés avec des structures sociales, de soins, d'information, d'orientation et d'accompagnement.

Depuis 2006, les programmes d'échange de seringues sont reconnus comme établissements médico-sociaux et sont financés par l'assurance maladie, en tant que CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement de Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) sous condition de remplir un cahier des charges spécifique.

Dans le cadre du passage en CAARUD, les programmes de Paris, Bordeaux et Marseille ont quitté MDM fin 2006 ou tout début 2007 et se sont autonomisés en associations créées par les équipes de terrain soutenues par MDM.

EN 2006,

5 programmes de réduction des risques avec échanges de seringues à Angoulême, Bordeaux, Lyon, Marseille, et Paris, par l'intermédiaire de :

- **5 structures mobiles** : bus, camionnettes et équipes allant à pied au-devant des usagers de drogues dans la rue ou les squats ;
- **3 lieux fixes d'accueil de jour** à Bordeaux, Paris et Marseille pour l'échange de seringues.

3 700 usagers de drogues pour plus de **12 000 passages** sur les antennes mobiles et en lieux fixes. (plus de 15 000 autres passages : informations, orientations et demandes autres que du matériel) ;

229 319 seringues données, 41.5 % de seringues usagées rapportées en 2006.

Les équipes de *Médecins du Monde* fournissent du matériel stérile qui permet de réduire les risques liés à l'usage de produits psychoactifs. Cela permet également d'entrer directement en contact avec une population souvent mise à la marge et de lui faciliter l'accès à l'information et aux diverses structures de droit commun existantes. Le lien établi, les équipes peuvent faire passer les messages de prévention, écouter et orienter les usagers de drogues en matière médicale, sociale ou juridique. L'amélioration de la prévention et de l'accès aux traitements de l'hépatite C pour les usagers de drogues est une priorité. Des actions de dépistage de l'hépatite C ont lieu à Paris et Bordeaux (tests salivaires à Paris et prélèvements sanguins à Bordeaux). Si les résultats s'avèrent positifs, les usagers de drogues sont alors accompagnés vers une prise en charge sur le plan médical. Le développement des polyconsommations et les nouveaux usagers rencontrés nécessitent l'actualisation ou la création de nouveaux outils et de nouvelles compétences pour adapter notre travail de prévention. C'est ainsi que l'équipe parisienne (échange de seringues et bus méthadone) travaille depuis plusieurs mois pour trouver une pipe à crack à moindre risque.

Les bus méthadone

Le premier bus méthadone a été créé par *Médecins du Monde* à Paris en 1997, puis à Marseille en 2000. Le traitement de substitution par la méthadone vise à limiter les risques liés aux injections de drogues en diminuant le phénomène de manque, réduisant ainsi les dommages sociaux et psychologiques qui lui sont liés.

EN 2006,

1 bus à Paris, 1 bus à Marseille, assurant des permanences 7j/7, 365 jours par an ; accueil en lieu fixe ;

484 bénéficiaires à Paris et 214 bénéficiaires à Marseille, soit un total de **698** personnes différentes ;

Plus de **40 000 passages (bus et lieux fixes)** : 34 425 à Paris, 6 748 à Marseille.

Les programmes s'adressent à des usagers marginalisés, qu'aucune autre structure n'intègre, et offrent des services à seuil d'exigence adapté à la situation de l'utilisateur. Une dose de méthadone est délivrée quotidiennement aux patients inclus. L'inclusion se fait le jour même à la demande du sujet, au lieu fixe après un entretien médical.

L'objectif est d'orienter les patients vers d'autres structures : les bus agissent en tant que passerelle vers des structures plus pérennes de prise en charge. Ils stationnent à proximité des lieux de consommation et assurent un rôle d'accueil et d'orientation médico-psycho-social.

Nous présentons ci-dessous une partie des données recueillies par le Bus Méthadone de Paris devenu l'association Gaïa Paris le 1^{er} décembre 2006 (extrait du rapport d'activité 2006)¹⁴⁴.

ACTIVITÉ DU BUS MÉTHADONE DE PARIS

La file active des patients venus au moins une fois au cours de l'année 2006 s'élève à **484 personnes** différentes dont 199 personnes incluses en 2006, 166 personnes incluses les années précédentes, 68 personnes réinclus tout au long de l'année 2006, 23 personnes non incluses et 28 personnes dépannées.

Le programme comptabilise **34 245 passages au total**, dont 31 554 passages au bus (en moyenne 87 par jour) et 2 691 passages au lieu fixe.

Ce qui représente en terme d'actes :

- **4 380 actes médicaux** dont 2 389 entretiens médicaux réalisés sur le bus, et 1 991 au lieu fixe (dont 510 consultations de psychiatrie) ;
- **33 513 actes infirmiers**, dont 31 554 actes dans le bus et 1 959 au lieu fixe (distribution de méthadone accompagnée d'informations concernant le traitement, ou encore les interactions entre produits consommés et médicaments, entretiens individuels) ;
- **817 consultations sociales**, dont 252 sur le bus et 565 au lieu fixe ;
- **33 033 actes d'animation de prévention** sur le bus.

PROFIL DES NOUVEAUX PATIENTS INCLUS EN 2006

Nous avons inclus **199 nouvelles personnes** au cours de l'année.

Le public accueilli est majoritairement masculin (87 %), plus de la moitié est de nationalité française (58 %). La moitié des patients à l'admission ont moins de 33 ans. Les moins de 25 ans représentent 15,2 % du total des inclus. Si l'on considère le lieu de résidence des patients, nous constatons que les deux tiers vivent à Paris, 25 % en région parisienne, 9 % vivent hors région parisienne. L'hébergement reste très problématique avec 21 % d'hébergement précaire et 25 % de personnes à la rue. L'hébergement précaire est représenté par les hébergements en hôtel (17 personnes), les squats (9 personnes), les foyers (4 personnes), chez un tiers en dehors de la famille (18).

Près d'une personne sur trois n'a aucune couverture maladie le jour de l'inclusion dans le programme.

¹⁴⁴. Le rapport complet est disponible à la Coordination Mission France – cmf@medecinsdumonde.net (01 44 92 13 32) ou à l'association Gaïa Paris : accueil@gaia.easynetonline.net (01 77 72 22 00)

PARCOURS DES USAGERS

38 % des usagers admis déclarent n'avoir jamais eu de suivi pour leur toxicomanie par le passé. Ils étaient 45 % en 2005, 41 % en 2004, 52 % en 2003 et 59 % en 2002. De même, la moitié déclare ne pas avoir été en contact avec un centre spécialisé de soins en toxicomanie.

Quand les usagers signalent un suivi antérieur, c'est dans 33 % des cas un suivi par leur médecin généraliste. Le suivi est défini par au moins 3 mois de consultations régulières.

Le non recours aux soins est particulièrement fréquent chez les patients étrangers (56 % vs 30 % chez les patients français). Ceci vient, d'une part, des peurs de ces usagers et de leurs réticences à se dévoiler comme usagers de drogues et, d'autre part, d'une réelle difficulté d'accès. Rares sont ceux qui connaissent la loi de 1970, l'anonymat et la gratuité des soins, ces usagers vont peu dans les structures classiques.

PRODUITS CONSOMMÉS À L' ADMISSION ET MODES D'USAGE

Parmi les produits consommés au moins une fois pendant le dernier mois avant l'inclusion, il ressort que 58,5 % des usagers ont consommé de l'héroïne puis par ordre décroissant de l'alcool (56,5 %), du tabac (56,5 %), du cannabis (49 %), de la méthadone (46,5 %), des benzodiazépines (28,5 %), du sulfate de morphine (27,5 %), de la cocaïne (27 %), de la Buprénorphine (27 %), du crack (17 %), du rohypnol (6 %), du néocodion (4,5 %), de l'ecstasy (3,5 %), du LSD (2,5 %), des amphétamines (2,5 %). Ces données sont déclaratives.

Nous avons constaté cette année :

- Une persistance de la diminution de la consommation d'héroïne ;
- La persistance et l'augmentation des consommations de sulfate de morphine qui avaient progressivement diminué depuis 1998. Cette baisse consécutive aux restrictions de prescription de ces substances en médecine de ville est compromise par la présence de nouveaux et anciens prescripteurs sur le marché ;
- Une augmentation des consommations de méthadone dans la rue ou donnée par des amis ;
- Une relative augmentation des consommations de benzodiazépines en particulier du rivotril prescrit par des médecins de ville prescripteurs de sulfate de morphine également. Il n'est pas rare de voir des ordonnances comportant plusieurs benzodiazépines à des doses élevées ;
- Une stabilité des consommations de crack depuis trois ans ;
- Une meilleure déclaration des consommations d'alcool, la question étant posée de façon plus explicite par les membres de l'équipe ;
- Une diminution des consommations de buprénorphine.

En 2006, nous constatons une nette diminution du pourcentage d'usagers déclarant injecter quotidiennement qui est de 39 % (54 % en 2005). Après une nette diminution entre 1998 et 2002, nous constatons une augmentation régulière et constante du nombre d'injecteurs. Elle pouvait s'expliquer par l'arrivée dans le programme de patients provenant de pays dans lesquels la pratique de l'injection est toujours dominante essentiellement les pays de l'ancien bloc communiste et par l'existence de jeunes nouveaux injecteurs. En 2006, les usagers des pays de l'Est ont été moins nombreux ce qui pourrait expliquer cette baisse des injecteurs. 22 % des nouveaux inscrits déclarent avoir cessé l'injection comme l'an passé. Nous constatons au cours des 9 dernières années une diminution globale du recours à l'injection quelles que soient les variations de recrutement. Ces variations sont à rapporter aux différences de recrutement chaque année : les usagers d'origine africaine inclus en 1999 étaient majoritairement « sniffeurs » alors que les usagers originaires des pays de l'Est inclus depuis 2001 sont injecteurs (opium, héroïne). En 2002-2003, les usagers chinois chassent le dragon¹⁴⁵ le plus souvent.

Le pourcentage d'usagers déclarant partager leur matériel (cuillère, filtre, seringue) s'élève à 11,8 %, contre 6 % en 2005. Le taux de réutilisation du matériel de 59 % est très fluctuant selon les années, 24 % en 2005, 29 % en 2004 et 53 % en 2003. Ces pourcentages sont issus de données déclaratives et semblent refléter une réalité de terrain, les usagers surtout les plus marginalisés réutilisent très souvent leur matériel. Ils se justifient en évoquant le fait de ne pas avoir de domicile, de ne pas pouvoir transporter beaucoup de matériel dans leur sac, ils évoquent également la répression policière et les pannes fréquentes des automates. Nous avons renforcé les messages de prévention tant au bus méthadone qu'au PPMU¹⁴⁶. Sur le bus méthadone, nous avons distribué 2 510 KAP® cette année (soit 5 020 seringues), ainsi que des jetons pour distributeurs, des stéricups, de l'eau stérile, des embouts de pipe à crack, des préservatifs. Nous avons également organisé plusieurs journées d'information sur l'hépatite C, ses modes de contamination et les possibilités thérapeutiques sous la forme de posters et de plaquettes.

145. Inhalation des vapeurs d'héroïne chauffée au-dessus d'une flamme, le plus souvent sur du papier d'aluminium.

146. Programme de réduction de risques de Proximité en Milieu Urbain, avec échanges de seringues.

ETAT DE SANTÉ DES USAGERS À L'ADMISSION

A l'inclusion, 24 personnes soit 12 % de la cohorte ont déclaré n'avoir jamais fait de sérologie VIH par le passé. Notons que 6 usagers déclarent être séropositifs au VIH soit 3 % des nouveaux patients.

Ce chiffre est en diminution depuis quelques années puisqu'en 1999, 26 patients étaient séropositifs et en 2000, 33 patients. Cette diminution est corrélée aux résultats nationaux, en 2006 les usagers de drogues représentaient moins de 3 % des nouvelles séropositivités. Parmi les 6 personnes séropositives, 2 déclarent prendre un traitement antirétroviral et 3 être suivies régulièrement, 2 autres sont suivies irrégulièrement et 1 personne n'est pas suivie.

110 personnes, soit 55 %, déclarent avoir eu des relations sexuelles au cours des 6 mois précédant leur admission. Parmi elles, 50 % déclarent ne jamais utiliser de préservatifs et 10 % les utilisent de façon aléatoire.

Concernant les hépatites, 31 % des usagers méconnaissent leur statut sérologique vis à vis de l'hépatite B et 20 % vis à vis de l'hépatite C.

A la question « pourquoi n'avez-vous pas fait de dépistage hépatite C et B », 12 personnes se disent non concernées ou ne pas y avoir pensé, 13 personnes n'ont jamais été sollicitées pour le faire, 2 personnes ne veulent pas connaître le résultat et 2 personnes disent ne pas savoir où faire pratiquer ces tests. Peu d'usagers sont vaccinés contre l'hépatite B, seuls 41 % d'entre eux déclarent une vaccination à jour (ce taux est toutefois en augmentation par rapport aux années passées, 31 % en 2005, 25 % en 2004).

18 % des usagers déclarent avoir fait une ou plusieurs overdoses ayant nécessité un geste médical.

Concernant l'état somatique des usagers : 56 % déclarent des antécédents médicaux, dont les plus fréquents sont : tuberculose, pathologies pulmonaires, ulcères gastriques, épilepsie, endocardites, dermatoses (gale...), 51 % déclarent des antécédents chirurgicaux (plaies par arme blanche, accident de la voie publique, entorses, fractures, brûlures...).

52 % des usagers déclarent des antécédents psychiatriques à l'admission : 26 ont été hospitalisés en psychiatrie, 24 déclarent un antécédent de tentative de suicide, 20 déclarent avoir été suivis pour une dépression, 16 personnes ont été suivies en psychiatrie depuis la prise de produits, 8 étaient suivis avant la prise de produits, 6 ont été suivis pour une psychose.

Nous présentons les données des bus méthadone et en particulier celui de Paris pour la dernière fois : les équipes RDR de Paris, Marseille et Bordeaux ont dû créer leur propre association et quitter *Médecins du Monde* à cause des réglementations administratives très strictes régissant les établissements médico-sociaux.



Les missions raves : réduction des risques en milieu festif techno



Médecins du Monde intervient en milieu festif depuis 1997, en menant une action de réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs au travers de 6 missions raves.

Les objectifs de ces programmes sont de :

- réduire les risques liés à l'usage de substances psychoactives en assurant une présence sanitaire et en informant une population jeune, parfois fragilisée, des risques socio-sanitaires qu'elle encoure
- mettre à disposition des outils de réduction des risques adaptés aux pratiques de consommation (matériel d'injection et/ou d'inhalation stérile, flyers de prévention et d'information, outil d'analyse des produits, alcoo-tests, bouchons d'oreille...).

Depuis mai 2002, l'organisation des raves est soumise à autorisation préfectorale préalable, sous conditions. L'interdiction de certains événements festifs contraint les participants à la clandestinité, avec les risques afférents : conditions de sécurité précaires, pas d'encadrement médical, grandes difficultés d'accès, ce qui rend la présence des acteurs associatifs ou institutionnels porteurs de messages de prévention difficile, alors même que les drogues de synthèse sont de plus en plus consommées par les jeunes.

Par ailleurs, le décret du 14 avril 2005 interdisant la pratique du testing ou RPP (Reconnaissance Présomptive des Produits) constitue un réel frein dans l'approche des publics. En effet, c'était un outil essentiel pour entrer en contact avec les usagers et l'occasion de discuter de leurs pratiques pour réduire les risques.

En 2006, l'association compte 6 missions raves : Bayonne, Marseille, Nantes, Nice, Paris et Toulouse et intervient dans les lieux ou espaces festifs rassemblant des jeunes : free, teknivals, discothèque, clubs, squats,...

Les équipes ont effectué **92 interventions dont 3 teknivals intermissions** et ont établi **plus de 31 000 contacts de prévention**.

Mieux connaître la population qui fréquente le stand de Médecins du Monde lors des événements festifs techno

A la suite de la recherche-action menée en 1998-1999¹⁴⁷, la Coordination Mission France de *Médecins du Monde* a proposé aux équipes de reprendre en 2003 une enquête afin de mieux connaître la population qui fréquente le stand de *Médecins du Monde* lors des événements festifs techno, pour ainsi adapter ses messages de prévention.

En 2006, l'enquête a été menée lors du teknival du 1er mai à Chavannes (223 questionnaires) et celui du 1er septembre près d'Angoulême (83 questionnaires).

Nous présentons ci-dessous une partie des résultats 2006 et les principales évolutions depuis 2003, que nous comparons aux données recueillies en 1998¹⁴⁸. Ces résultats ne prétendent pas être représentatifs de la population participant aux teknivals puisque les questionnaires n'ont été passés qu'avec les personnes qui sont venues au stand de *Médecins du Monde* et qui ont accepté de participer à l'enquête, et par des bénévoles à des moments où ils étaient disponibles.

¹⁴⁷. Pour les données comparables - *Médecins du Monde*, Rapport de Recherche-Action, Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance-pills, amphétamines, ...), sous la responsabilité du Dr Christian Sueur, octobre 1999.

¹⁴⁸. La saisie et l'analyse globale ont été réalisées par Aurélie Lermenier, étudiante en Master professionnel de démographie (Université Marc Bloch, Strasbourg II), stagiaire à la Coordination Mission France.

De même, les résultats diffèrent d'un teknival à l'autre, voir d'un jour à l'autre du teknival...

PROFIL DES JEUNES RENCONTRÉS EN 2006¹⁴⁹

La population rencontrée est majoritairement de sexe masculin (62 %).

Presque sept personnes sur dix (69 %) sont âgées de moins de 25 ans, l'âge médian étant de 23 ans. Quatorze mineurs ont été rencontrés. Les filles sont significativement plus jeunes que les garçons : l'âge médian est de 23 ans pour les hommes et 21 ans pour les femmes.

Près de 88 % des personnes rencontrées ont un logement fixe, soit un logement personnel (53 %), soit chez leurs parents (35 %). Parmi les personnes interrogées, 36 sont en situation précaire pour le logement (plus de 10 % des jeunes rencontrés) : 4 vivent à la rue, 13 en squat aménagé et 16 en logement mobile.

Les personnes rencontrées sont 34 % à vivre en couple et 30 % vivent seules. Les hommes vivent plus souvent seuls que les femmes, celles-ci vivant souvent plus en couple (45 % contre 27 % des hommes).

La situation professionnelle des participants se répartit entre les **salariés à 46 %** (10 % en intérim, 16 % en CDD et 19 % en CDI), **les étudiants à 27 %, et les sans emploi à 25 %**. Les étudiants sont plus jeunes que la moyenne (19,9 ans vs 23,2 ans pour l'ensemble). Près de la moitié (49 %) a des revenus inférieurs à 800 euros par mois et près de 36 % gagnent au moins 1000 euros (environ l'équivalent du SMIC) alors qu'ils étaient 47 % en 2005.

La grande majorité des personnes rencontrées a une couverture maladie de base (92 %), près des deux tiers ont une couverture complémentaire (63 %). 12 personnes ne sont pas couvertes et 12 autres ne savent pas si elles sont couvertes ni comment, soit 4 % de la population rencontrée pour chacune de ces deux catégories.

LA CONSOMMATION DE PRODUITS EN 2006

Le **tabac** est consommé par **91 %** des personnes interrogées. Parmi les consommateurs de tabac, 49 % des hommes et 42 % des femmes fument plus de 10 cigarettes par jour.

Quant à l'**alcool**, 92 % en consomment, seules 23 personnes déclarent ne jamais boire d'alcool (soit 8 %). Par ailleurs, 27 % des personnes enquêtées boivent 4 fois ou plus par semaine (soit une hausse de 7 points par rapport à 2005).

Nous avons utilisé le test FACE, destiné à repérer les usages problématiques d'alcool, mis en place et validé par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)¹⁵⁰. **Plus de la moitié des hommes (55 %) et 43 % des femmes connaissent une dépendance probable**. Ils sont 22 % des hommes et 24 % des femmes à avoir une probable consommation excessive d'alcool. Seuls 23 % des hommes et un tiers des femmes ont un risque « alcool » nul ou faible.

Nous dressons dans le tableau qui suit une comparaison **des produits psychoactifs illicites** consommés. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux consommateurs réguliers, en indiquant la proportion de consommateurs réguliers qui a commencé avant 18 ans, de ceux qui en ont consommé plus de 10 fois durant les 30 derniers jours et le contexte de consommation, à savoir seul ou dans un cadre festif.

149. 306 personnes ont répondu au questionnaire en 2006

150. Ce test en 5 questions nous permet de mesurer la fréquence des consommations 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 l'expérience du « black out » (absence de souvenirs après avoir consommé de l'alcool).

Tableau 126 : Produits psychoactifs illicites consommés en 2006

	ONT DÉJÀ CONSOMMÉ OU CONSOMMENT ACTUELLEMENT % (EFFECTIFS)	CONSOMMATEURS OCCASIONNELS % (EFFECTIFS)	CONSOMMATEURS RÉGULIERS % (EFFECTIFS)	PARMI LES CONSOMMATEURS RÉGULIERS			
				Ont consommé la 1ère fois avant 18 ans % (ou effectifs)	Ont consommé plus de 10 fois durant les 30 derniers jours % (ou effectifs)	Consomment seuls % (ou effectifs)	Consomment dans un cadre festif % (ou effectifs)
Cannabis	98.4% (300)	16.1% (48)	69.5% (207)	93.6%	94.7%	88.4%	87.4%
Héroïne/rabla	42.8% (131)	33.6% (44)	20.6% (27)	34.6%	88.9%	92.6%	59.3%
Opium/rachacha	49.0% (150)	49.3% (73)	2.7% (4)	(2)	(1)	(2)	(2)
Subutex	22.4% (68)	26.5% (18)	14.7% (10)	20.0%	90.0%	100%	90.0%
Méthadone	12.2% (37)	29.7% (11)	32.4% (12)	9.1%	58.3%	66.7%	33.3%
Ecstasy	89.5% (274)	54.7% (150)	4.7% (13)	53.8%	15.4%	7.7%	92.3%
Amphétamines	84.6% (259)	67.4% (174)	7.8% (20)	68.4%	40.0%	20.0%	95.0%
Cocaïne	83.2% (252)	57.7% (143)	14.5% (36)	52.8%	48.6%	58.3%	66.7%
Crack/Free base	32.0% (98)	48.9% (46)	6.4% (6)	(2)	(4)	(3)	(3)
Métamphétamines	31.7% (97)	46.7% (43)	1.1% (1)	(1)	(0)	(- -)	(- -)
Plantes hallucinogènes	82.4% (252)	57.3% (142)	6.5% (16)	75.0%	42.9%	43.8%	68.8%
LSD	77.1% (236)	57.3% (134)	12.4% (29)	57.1%	25.9%	17.2%	96.6%
Kétamine	46.0% (139)	50.7% (69)	6.6% (9)	(3)	(5)	(2)	(9)
Protoxyde d'azote/Gaz hilarant	46.4% (142)	43.2% (60)	1.4% (2)	(2)	(1)	(1)	(2)
Colles ou solvants	29.7% (90)	8.9% (8)	2.2% (2)	(2)	(0)	(0)	(0)
Médicaments hors prescription	16.7% (50)	32.7% (16)	6.1% (3)	(1)	(2)	(3)	(0)

(-) : Non réponse

Lecture du tableau 126 :

Le cannabis est consommé par l'immense majorité des personnes enquêtées (98 %). Elles sont 86 % à en consommer actuellement, plus souvent de manière régulière (69.5 %) qu'occasionnelle (16 %). Les usagers réguliers consomment autant seuls que dans un cadre festif. Quasi tous les consommateurs réguliers ont commencé le cannabis avant l'âge de 18 ans, près de 90 % d'entre eux en ont consommé plus de 10 fois lors des 30 derniers jours.

L'héroïne a déjà été consommé ou est actuellement consommée par près de 43 % des enquêtés. Un tiers des consommateurs en prend occasionnellement et près de 21 % régulièrement au moment de l'enquête. Le tiers des consommateurs réguliers ont débuté leur consommation avant l'âge de 18 ans, la quasi-totalité d'entre eux en ont consommée plus de 10 fois lors des 30 derniers jours. Ils consomment très majoritairement seuls (93 %), mais aussi dans un cadre festif (59%).

L'opium (ou rachacha) a déjà été consommé par 49 % des enquêtés. Il s'agit dans 49 % des cas d'une consommation occasionnelle. Ils sont très peu à déclarer une consommation régulière (près de 3 %, soit 4 personnes).

Le Subutex a déjà été consommé par 22 % des enquêtés, dont 41.5 % qui en consomment actuellement : 26.5 % de façon occasionnelle et 15 % de façon régulière. Nous n'avons pas de précision sur le caractère thérapeutique ou non de la consommation de Subutex dans notre questionnaire. Sur les 10 personnes consommant régulièrement du Subutex, 9 en ont pris plus de 10 fois durant le mois écoulé et toutes en consomment seules.

La méthadone, quant à elle, a été consommée par 12 % de la population interrogée. Il s'agit dans 30 % des cas d'une consommation occasionnelle et dans 32 % des cas d'une consommation régulière¹⁵¹. Parmi les 12 consommateurs réguliers, on compte 7 personnes qui en ont consommée plus de 10 fois dans le mois écoulé. Il s'agit le plus souvent d'une consommation solitaire.

L'ecstasy jouit toujours d'une grande popularité avec 89.5 % de consommateurs. 55 % d'entre eux déclarent en consommer de manière occasionnelle et 5 % de manière régulière. Lors de la première consommation, plus de la moitié des consommateurs réguliers avaient moins de 18 ans. Toujours parmi les consommateurs réguliers, 2 personnes en ont pris plus de 10 fois lors des 30 derniers jours. La très grande majorité des usagers réguliers en consomment dans un contexte festif (92 %).

Les amphétamines sont consommées ou ont été consommées par 85 % des personnes interrogées. Mais plus de 67 % déclarent une consommation occasionnelle et 8 % une consommation régulière. Plus des deux tiers des consommateurs réguliers ont commencé alors qu'ils étaient mineurs. Ils sont 40 % à en avoir consommées plus de 10 fois lors des 30 derniers jours, la très grande majorité dans un cadre festif.

La cocaïne a déjà été consommée par 83 % des personnes rencontrées, plus de 72 % en consomment actuellement, 58 % de manière occasionnelle et 14.5 % de manière régulière. Parmi les consommateurs réguliers, près de la moitié en a consommée plus de 10 fois durant le dernier mois, principalement à l'occasion d'une fête (67 %), mais aussi seuls (58 %). Plus de la moitié des consommateurs réguliers ont commencé avant 18 ans.

Le crack a déjà été consommé par près d'un tiers des personnes que nous avons interrogées (32 %). Parmi elles, 49 % déclarent prendre du crack occasionnellement. 6 personnes déclarent prendre du crack régulièrement.

Les métamphétamines ont déjà été consommées par 32 % des personnes enquêtées. Parmi celles qui ont déclaré en avoir consommées, 48 % en consomment actuellement, mais très majoritairement de manière occasionnelle. Seule 1 personne déclare en consommer de manière régulière.

Les plantes hallucinogènes sont très répandues : 82 % en ont déjà consommé ou en consomment actuellement, surtout de manière occasionnelle (57 %). Ils ne sont que 6.5 % à en consommer de manière régulière. Parmi les 16 consommateurs réguliers, les trois quarts ont commencé avant 18 ans et près de la moitié en ont consommées plus de 10 fois lors des 30 derniers jours. Elles sont davantage consommées dans un cadre festif.

Le LSD a été consommé par plus de 77 % de la population interrogée, dont près de 57 % de manière occasionnelle et 12 % de manière régulière. Plus de la moitié des consommateurs réguliers ont commencé le LSD lorsqu'ils étaient mineurs. Le quart d'entre eux déclarent en avoir consommées plus de 10 fois durant le mois écoulé. La quasi-totalité d'entre eux en consomment dans un cadre festif.

La kétamine a déjà été consommée par 46 % des enquêtés. Parmi eux, 51 % à déclarer une consommation occasionnelle et 7 % une consommation régulière (soit 9 personnes). Au cours du dernier mois, 5 usagers réguliers ont consommé de la kétamine plus de 10 fois. Ils en consomment tous lors d'une fête. Trois d'entre eux ont commencé avant 18 ans.

Le protoxyde d'azote est consommé ou a été consommé par plus de 46 % des personnes interrogées. Parmi elles, 43 % disent en consommer de manière occasionnelle, 2 personnes de manière régulière.

Les colles et solvants ont été consommés au moins une fois dans leur vie par près de 30 % des personnes interrogées. Les consommateurs actuels sont très peu nombreux (11 %) et parmi ces 10 personnes, 2 disent en consommer de manière régulière. Elles n'en ont cependant pas consommés durant le mois précédent.

Les médicaments hors prescription ont déjà été consommés par 17 % du public interrogé. Un tiers en consomme de manière occasionnelle, seules 3 personnes déclarent en consommer de manière régulière.

¹⁵¹. Pour les consommateurs réguliers, il s'agit probablement d'une consommation thérapeutique, même si nous n'avons pas interrogé directement la personne sur le caractère thérapeutique de la consommation.

LA POLYCONSOMMATION DE PRODUITS

Les 306 personnes rencontrées en 2006 sont consommatrices d'un grand nombre de produits : en effet, seules 11 personnes n'avaient consommé que de l'alcool ou du cannabis. Hormis le tabac, l'alcool et le cannabis, 71 % des personnes interrogées ont déjà expérimenté entre 1 et 5 produits. Un tiers consomme régulièrement plus de 6 produits.

A la question relative au « menu type » d'une soirée en teknival, « *Sur une fête comme aujourd'hui qu'as-tu l'habitude de consommer ?* », ils sont la moitié à boire de l'alcool, 46 % à fumer du cannabis, 44 % à consommer des amphétamines, 40 % du LSD, 38 % de la cocaïne et 36 % de l'ecstasy. 47 personnes déclarent prendre de l'héroïne, soit 15 % de la population interrogée.

QUE PENSENT LES PERSONNES DU TESTING ET DE SON INTERDICTION ?

Le testing est interdit par décret depuis le 14 avril 2005.

Extrait du décret n° 347 du 14 avril 2005¹⁵² :

« *L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment la réaction colorimétrique de type marquis), n'est plus autorisée* ».

Médecins du Monde s'élève contre cette décision prise sans aucune évaluation préalable. Le testing permettait d'établir un dialogue avec les personnes concernées. Ce dispositif visait à :

- fournir une information générale sur les risques associés à l'usage de drogues
- fournir des conseils personnalisés sous forme d'entretiens et d'informations individualisées.

Un tiers des personnes rencontrées ont déjà fait tester des produits à Médecins du Monde et la moitié connaît le dispositif sans avoir fait tester. Les personnes interrogées sont donc plutôt bien informées de l'existence du testing. En 2005, ils étaient 57 % à être déjà venus faire tester des produits.

La CCM (chromatographie en couche mince) est moins connue puisque 57 % ne la connaissent pas du tout et seulement 6 % des personnes interrogées ont déjà eu recours à cette méthode pour faire tester ses produits.

Parmi ceux qui ont déjà fait tester des produits par testing, près de la moitié dit que le message de prévention a eu une influence sur leur consommation (47 %) alors que c'est le cas de 62 % de ceux qui ont eu recours à la CCM.

A Angoulême était posée la question de savoir précisément quelle influence avait eu le dernier testing qu'ils avaient fait faire : sur les 10 personnes qui ont répondu à cette question, 7 ont consommé moins que prévu. De même, cela leur a donné l'envie de se servir des outils de réduction des risques.

La principale motivation pour faire tester un produit est avant tout une préoccupation de leur santé (53 %), mais aussi une alerte sur des produits dangereux (33 %) ou l'information sur les risques (31 %) ou par envie de savoir (30 %). 28 % disent avoir recours aux méthodes de testing pour vérifier s'ils peuvent accorder leur confiance à leur fournisseur.

A la question ouverte « *Le testing est interdit depuis le 14 avril 2005, qu'en penses-tu ?* » 90 % des personnes interrogées réproouvent l'interdiction, 58 % parlent d'aggravation des risques et 56 % s'inquiètent pour la santé des consommateurs.

EVOLUTION DU PROFIL ET DE LA CONSOMMATION DES JEUNES RENCONTRÉS DE 1998 À 2006

Le questionnaire passé en 1998¹⁵³ étant différent de celui que nous avons passé dans les événements techno depuis 2003 (lui même ayant été amélioré depuis), il est difficile de procéder à une comparaison stricte de l'ensemble des indicateurs depuis 1998.

Mais nous constatons tout de même une évolution de certaines caractéristiques du public et du type de consommation des produits.

152. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de la santé publique – NOR : SANP0521129D.

153. Médecins du Monde, Rapport de Recherche Action : Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance pills, amphétamines...) », sous la responsabilité du Docteur Christian Sueur, Octobre 1999.

De 2003 à 2006, nous disposons au total de 681 questionnaires.

- En 2003 (Transmusicales de Rennes)	95
- En 2004	165
• Teknival du 1 ^{er} mai à Chambley	70
• Teknival de juillet à Scaer	39
• Teknival d'août à Revel	44
• Festival Astropolis d'août à Brest	12
- En 2005 (Teknival du 1 ^{er} mai à Marigny)	115
- En 2006	306
• Teknival du 1 ^{er} mai à Chavannes	223
• Teknival de l'été à Angoulême	83

Lors de la recherche-action menée en 1998, **946 personnes** avaient été interrogées.

Profil et comportement des jeunes rencontrés

En 1998, les femmes représentaient 30 % de la population. Elles étaient 28 % en 2003 et 38 % en 2006.

Les free parties et les teknivals étaient fréquentés respectivement par 72 % et 51 % des enquêtés : ces deux types de fête sont donc plus populaires à l'heure actuelle : 89 % et 84 % en 2006. Le cadre législatif a changé depuis 2002 (les raves sont soumises à autorisation préfectorale préalable).

En 1998, ils étaient 26 % à avoir des tatouages et 31 % à être piercés. Ils étaient 61 % en 2003. En 2006, nous avons rencontré 71 % de personnes tatouées et/ou piercées.

En 1998, 46 % des enquêtés avaient utilisé systématiquement des préservatifs dans les 12 derniers mois, ils sont aujourd'hui 52 %.

La proportion de personnes qui se sont laissé conduire ou ont conduit sous l'influence de produits (y compris l'alcool) est en hausse, passant de 58 % en 2003 à 78 % en 2006.

Le partage de matériel ne connaît pas d'évolution significative. D'une année sur l'autre, ils sont toujours près d'une personne sur quatre à partager leur matériel de consommation.

En 1998, 38 % avaient fait un dépistage du VIH dans l'année. En 2003, ils étaient seulement 30 %. En 2006, la part des personnes dépistées du VIH atteint 40 %.

Concernant l'hépatite B, ils étaient 30 % en 1998, 26 % en 2003 pour atteindre 35 % en 2006.

Concernant l'hépatite C, ils n'étaient que 21 % en 1998, pour être 34 % en 2006. On note donc une progression des pratiques de dépistage depuis 1998.

En 2003, les personnes interrogées se sentaient moins informées sur les produits qu'elles consommaient par rapport aux années suivantes (13 % vs 5 % en moyenne sur les 4 années).

Conséquence logique de l'interdiction du testing, de moins en moins de personnes ont déjà fait tester leurs produits au stand *Médecins du Monde* (51 % en 2004 contre 33 % en 2006) mais ils restent nombreux à connaître le dispositif (49 % en 2006). En 2006, la proportion de personnes qui ne connaissent pas le dispositif est deux fois plus élevée que les années précédentes (11 % vs 5 % en 2004). La proportion de personnes pour qui le dernier testing a eu de l'influence est aussi moins importante parmi les personnes interrogées en 2006¹⁵⁴ (48 % vs 57 % en moyenne) alors que pour les personnes interrogées en 2005, 7 personnes sur 10 reconnaissent que le testing avait influencé leur consommation.

La proportion de personnes rencontrées qui sont déjà venues à *Médecins du Monde* augmente nettement depuis 2003 (55 % en 2003 vs 71 % en 2006).

Les personnes qui se sentent en très bonne santé sont significativement deux fois moins nombreuses en 2006 que les années précédentes (16 % vs 34 % en 2003, ou encore 32 % en 2005).

¹⁵⁴. Le dernier testing remonte forcément à longtemps, il faut donc faire appel à des souvenirs lointains.

La consommation des produits

En 1998, 89 % des personnes enquêtées consommaient du **tabac**, contre 76 % en 2003, mais 84 % en 2004 et en 2005, et 91 % en 2006. Tout comme dans la population générale, le nombre de consommateurs de tabac interrogés dans notre enquête était à la baisse mais augmente depuis 2004.

La catégorie d'**alcool** (bière, vins, alcools forts) était détaillée en 1998, ce qui n'est pas le cas dans notre enquête depuis 2003 ; mais le caractère festif et collectif de la consommation est toujours aussi présent. En 1998, ils étaient 52 % à consommer de la bière, 31 % du vin et 34 % des alcools forts. Entre 2003 et 2006, il y a chaque année plus de 9 personnes sur 10 qui consomment de l'alcool (entre 92 et 94 %).

Depuis 2003, les personnes qui boivent 10 verres ou plus au cours d'une journée « ordinaire » où elles boivent sont moins nombreuses d'année en année alors que les personnes buvant un ou deux verres augmentent en 2006 (39 % vs 30 % en moyenne durant les 4 années).

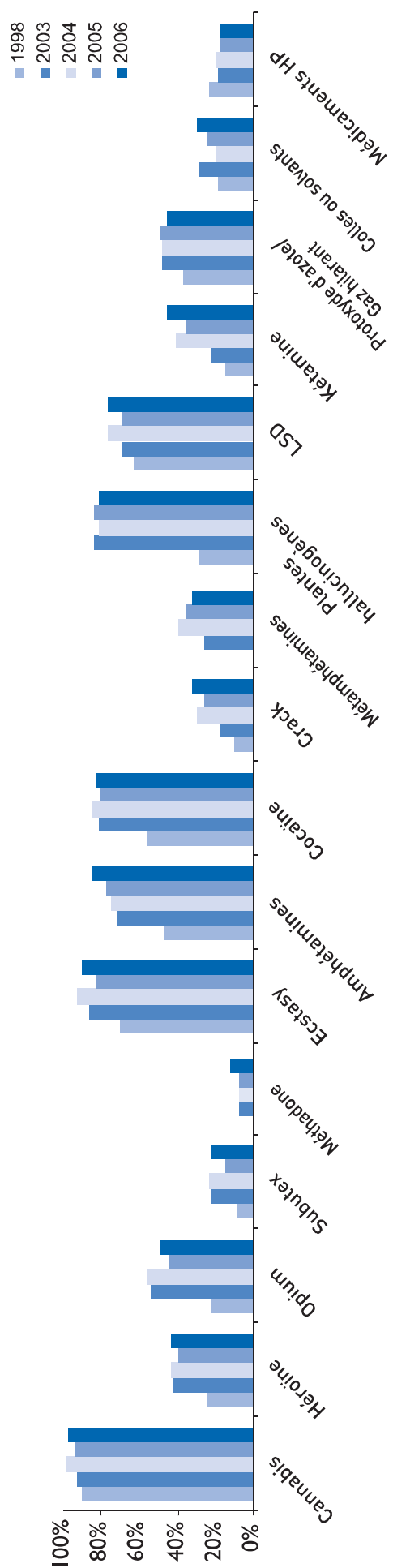
La [figure 32](#) montre l'évolution de consommation **de produits psychoactifs illicites** depuis 1998.

D'une manière générale, la consommation de produits est en nette hausse par rapport à 1998.

Si en 2005, on constate une baisse de consommation pour la plupart des produits par rapport à 2004, on observe de nouveau en 2006 une augmentation quasi générale des consommations (hormis les métamphétamines, les plantes hallucinogènes et le protoxyde d'azote).



Figure 32 : Evolution de la consommation de produits psychoactifs illicites entre 1998 et 2006 (%)¹⁵⁵



155. Il s'agit des produits pour lesquels nous disposons de l'information de 1998 à 2006.

Tableau 127 : Evolution des modes de consommation de produits entre 2004 et 2006.

	Total de consommateurs (parmi l'ensemble des personnes enquêtées ayant répondu à la question)	TYPE D'USAGE PARMIS L'ENSEMBLE DES CONSOMMATEURS (% EN LIGNE)			
		Expérimentation	Ancienne consommation régulière	Consommation occasionnelle	Consommation régulière
Cannabis					
2004	99.4% (164)	1.8% (3)	4.9% (8)	23.9% (39)	69.3% (113)
2005	93.9% (107)	3.8% (4)	17.9% (19)	19.8% (21)	58.5% (62)
2006	98.4% (300)	1.7% (5)	12.8% (38)	16.1% (48)	69.5% (207)
Héroïne					
2004	42.8% (65)	40.6% (26)	20.3% (13)	31.3% (20)	7.8% (5)
2005	40.2% (45)	44.4% (20)	13.3% (6)	24.4% (11)	17.8% (8)
2006	42.8% (131)	26.0% (34)	19.8% (26)	33.6% (44)	20.6% (27)
Opium					
2004	54.6% (83)	40.0% (32)	2.5% (2)	56.3% (45)	1.3% (1)
2005	44.2% (50)	56.9% (29)	2.0% (1)	41.2% (21)	0.0% (0)
2006	49.0% (150)	40.5% (60)	7.4% (11)	49.3% (73)	2.7% (4)
Subutex					
2004	22.8% (33)	55.2% (16)	6.9% (2)	24.1% (7)	13.8% (4)
2005	15.0% (17)	18.8% (3)	25.0% (4)	31.3% (5)	25.0% (4)
2006	22.4% (68)	35.3% (24)	23.5% (16)	26.5% (18)	14.7% (10)
Méthadone					
2004	7.7% (11)	80.0% (8)	10.0% (1)	10.0% (1)	0.0% (0)
2005	7.1% (8)	25.0% (2)	12.5% (1)	25.0% (2)	37.5% (3)
2006	12.2% (37)	29.7% (11)	8.1% (3)	29.7% (11)	32.4% (12)
Ecstasy					
2004	93.2% (150)	14.2% (21)	10.1% (15)	64.2% (95)	11.5% (17)
2005	83.2% (94)	17.0% (16)	17.0% (16)	60.6% (57)	5.3% (5)
2006	89.5% (274)	17.2% (47)	23.4% (64)	54.7% (150)	4.7% (13)
Amphétamines					
2004	75.3% (116)	14.4% (16)	5.4% (6)	69.4% (77)	10.8% (12)
2005	77.9% (88)	18.4% (16)	9.2% (8)	60.9% (53)	11.5% (10)
2006	84.6% (259)	15.1% (39)	9.7% (25)	67.4% (174)	7.8% (20)
Cocaïne					
2004	84.5% (136)	24.6% (33)	5.2% (7)	64.2% (86)	6.0% (8)
2005	79.8% (91)	17.8% (16)	13.3% (12)	62.2% (56)	6.7% (6)
2006	83.2% (252)	14.1% (35)	13.7% (34)	57.7% (143)	14.5% (36)
Crack					
2004	29.7% (44)	47.6% (20)	9.5% (4)	40.5% (17)	2.4% (1)
2005	25.7% (29)	44.8% (13)	6.9% (2)	41.4% (12)	6.9% (2)
2006	32.0% (98)	21.3% (20)	23.4% (22)	48.9% (46)	6.4% (6)
Métamphétamines					
2004	39.3% (57)	28.6% (16)	3.6% (2)	55.4% (31)	12.5% (7)
2005	36.0% (41)	48.8% (20)	14.6% (6)	34.1% (14)	2.4% (1)
2006	31.7% (97)	41.3% (38)	10.9% (10)	46.7% (43)	1.1% (1)
Plantes hallucinogènes					
2004	80.6% (125)	32.8% (39)	6.7% (8)	56.3% (67)	4.2% (5)
2005	84.1% (95)	37.6% (35)	7.5% (7)	50.5% (47)	4.3% (4)
2006	82.4% (252)	28.2% (70)	8.1% (20)	57.3% (142)	6.5% (16)
LSD					
2004	76.5% (117)	27.8% (32)	7.0% (8)	60.0% (69)	5.2% (6)
2005	69.3% (79)	28.2% (22)	17.9% (14)	47.4% (37)	6.4% (5)
2006	77.1% (236)	19.7% (46)	10.7% (25)	57.3% (134)	12.4% (29)
Kétamine					
2004	41.1% (60)	50.0% (28)	5.4% (3)	37.5% (21)	7.1% (4)
2005	36.3% (41)	39.0% (16)	12.2% (5)	41.5% (17)	7.3% (3)
2006	46.0% (139)	34.6% (47)	8.1% (11)	50.7% (69)	6.6% (6)
Protoxyde d'azote / Gaz hilarant					
2004	48.3% (72)	56.5% (39)	5.8% (4)	37.7% (26)	0.0% (0)
2005	50.4% (57)	49.1% (28)	5.3% (3)	43.9% (25)	1.8% (1)
2006	46.4% (142)	48.2% (67)	7.2% (10)	43.2% (60)	1.4% (2)
Colles et solvants					
2004	20.4% (30)	75.0% (21)	14.3% (4)	10.7% (3)	0.0% (0)
2005	24.8% (28)	57.1% (16)	14.3% (4)	28.6% (8)	0.0% (0)
2006	29.7% (90)	65.6% (59)	23.3% (21)	8.9% (8)	2.2% (2)
Médicaments hors prescription					
2004	20.3% (29)	37.0% (10)	18.5% (5)	40.7% (11)	3.7% (1)
2005	16.5% (18)	35.3% (6)	23.5% (4)	11.8% (2)	29.4% (5)
2006	16.7% (50)	32.7% (16)	28.6% (14)	32.7% (16)	6.1% (3)

Lecture de la figure 32 et du tableau 127 :

La consommation de **cannabis** connaît une relative stabilité avec au moins 9 consommateurs sur 10 enquêtés : en 1998, ils sont 90 % ; en 2003, 92 % ; en 2004, 99 % ; l'année suivante 94 % et en 2006, 98 %. De 2004 à 2005, nous avons constaté une baisse de la consommation régulière ou occasionnelle. Davantage de personnes avaient déclaré en 2005 avoir stoppé une consommation qu'elles jugeaient régulières. Mais en 2006, la consommation régulière a de nouveau augmenté.

La consommation **d'héroïne** s'élevait à 25 % de la population enquêtée en 1998 alors qu'elle atteint entre 40 et 43 % sur les 4 dernières années.

Le phénomène le plus marquant concernant les types d'usage est l'augmentation de consommateurs réguliers, passant de 8 % en 2004 à près de 21 % en 2006. Parallèlement, la proportion de consommateurs qui n'ont fait qu'expérimenter le produit a fortement diminué : 41 % en 2004 vs 26 % en 2006.

L'opium était déjà consommé en 1998 par 22 % des personnes enquêtées alors qu'elles sont 54 % en 2003 et 49 % en 2006.

La part des personnes ayant stoppé une consommation qu'elles jugeaient régulière a triplé en 3 ans : 2.5 % en 2004 vs 7.4 % en 2006. Si la part des consommateurs occasionnels a nettement diminué entre 2004 et 2005 (41 % vs 56 %), on assiste en 2006 à une nouvelle augmentation.

En 1998, le **Subutex** était déjà consommé par 9 % de la population contre 22 % en 2003 et 2006.

En 2004, nous avons rencontré une majorité de personnes qui avaient expérimenté le Subutex (55 %). En 2006, ils ne sont plus qu'un tiers. Mais la part de consommateurs déclarant avoir arrêté le Subutex a fortement augmenté (7 % en 2004 vs 23.5 %).

Nous n'avons pas de données pour la consommation de **méthadone** en 1998 mais en 2003, elle s'élève à 7 % parmi la population interrogée, pour atteindre 12 % en 2006.

Parmi les consommateurs, les expérimentateurs étaient largement majoritaires en 2004 (80 % vs 25 % en 2005 et 30 % en 2006). En 2006, la part des consommateurs occasionnels a triplé par rapport à 2003. Les consommateurs réguliers, quant à eux, représentent un tiers des consommateurs en 2006 alors qu'il n'y en avait aucun en 2004.

La consommation **d'ecstasy** a évolué durant la période 1998-2006. En 1998, ils étaient 70 % de consommateurs, pour atteindre près de 9 consommateurs sur 10 ces 4 dernières années (entre 83 % et 94 %).

Depuis 2004, l'expérimentation n'évolue pas beaucoup (entre 14 % et 17 %) mais les consommateurs habituels (occasionnels ou réguliers) sont de moins en moins nombreux (76 % en 2004 contre 59 % en 2006). En effet, nous observons une part non négligeable de personnes ayant déclaré avoir stoppé leur consommation, passant de 10 % en 2004 à 23 % en 2006.

En 1998, les consommateurs **d'amphétamines** représentaient la moitié de la population enquêtée. Et depuis 2003, ce chiffre ne cesse d'augmenter passant de 71 % en 2003 à 85 % en 2006.

Les types d'usage restent relativement stables d'une année sur l'autre : l'expérimentation représente 14 % à 18 %, la consommation occasionnelle 61 % à 69 %, la consommation régulière 8 % à 11.5 %, et l'ancienne consommation régulière 5 % à 10 %.

56 % des enquêtés déclaraient, en 1998, avoir déjà consommé de la **cocaïne** alors qu'ils sont entre 81 % et 85 % selon les années depuis 2003.

La proportion de consommateurs actuels (occasionnels ou réguliers) stagne depuis 2004 autour de 70 %, à noter que la consommation régulière augmente sensiblement (6 % en 2004 vs 15 % en 2006).

Entre 1998 les consommateurs de **crack** représentaient 10 % de la population enquêtée, 17 % en 2003. Or, depuis, leur nombre a augmenté : ils sont 32 % en 2006.

Les consommateurs occasionnels et réguliers sont de plus en plus nombreux (43 % en 2005 vs 55 % en 2006). Parallèlement, près d'un quart des consommateurs déclarent en 2006 avoir stoppé une consommation qu'ils jugeaient régulière (vs 9.5 % en 2004).

Pour ce qui concerne les **métamphétamines**, nous n'avons pas de chiffre en 1998 tant la consommation était jugée marginale. En 2003, les personnes qui déclarent en avoir consommées sont 26 %, 39 % en 2004 et 32 % en 2006. Cependant, de notre expérience, les métamphétamines restent rares. La plupart des usagers croient en avoir consommé alors qu'il s'agit le plus souvent d'amphétamines, vendues pour des métamphétamines.

Les **plantes ou champignons hallucinogènes** étaient déjà consommés par 28 % des enquêtés en 1998. En 2003, il y a 3 fois plus de consommateurs (84 %). Le niveau de consommation est resté relativement stable ces dernières années : entre 81 % et 84 %. Si la part des expérimentateurs a diminué en 2006 (28 % vs 38 % en 2005), celle des consommateurs occasionnels a quant à elle augmenté (57 % vs 50 % en 2005). Les autres types d'usage sont restés relativement stables durant les 3 années (consommation régulière entre 4 % et 6 %), l'ancienne consommation régulière entre 7 % et 8 %.

Le **LSD** a été consommé par 63 % des personnes interrogées en 1998 ; elles sont 69 % en 2003 pour atteindre 77 % en 2006.

Depuis 2004, la part des consommateurs réguliers de LSD a doublé, passant de 5 % à 12 % en 2006. Les consommateurs occasionnels restent majoritaires d'une année sur l'autre.

Le nombre de consommateurs de **kétamine** a beaucoup augmenté : alors qu'ils étaient 15 % en 1998 et 22 % en 2003, ils sont 34 % en 2004 et 46 % en 2006.

S'il s'agissait en 2004 d'une expérimentation pour la moitié des consommateurs, les consommateurs rencontrés en 2006 déclarent plus souvent en consommer de manière occasionnelle (51 %). La part des consommateurs réguliers est restée stable d'une année sur l'autre : autour de 7 % parmi les consommateurs.

37 % des personnes interrogées en 1998 avaient déjà consommé du **protoxyde d'azote**. Elles sont 48 % en 2003 et leur proportion est quasiment identique depuis 4 ans.

Les types d'usage n'ont pas évolué : il s'agissait d'une expérimentation pour plus ou moins la moitié des consommateurs ; d'une consommation occasionnelle pour près de 40 % des consommateurs, d'une ancienne consommation régulière pour 5 % à 7 % des consommateurs. L'actuelle consommation régulière reste marginale.

Entre 1998 et 2003, la consommation de **colles et solvants** est passée de 18 % à 29 % de consommateurs. Après une légère baisse en 2004 (20 % des consommateurs), le niveau de consommation en 2006 s'élève de nouveau à 30 %.

Ils restent le plus souvent expérimentés d'année en année.

En revanche, les **médicaments hors prescription sont les seuls produits pour lesquels la consommation est en baisse** depuis 1998 : 24 % en 1998, 19 % en 2003, 16 % en 2006.

Il s'agit davantage d'une expérimentation, voire d'une consommation occasionnelle.

FOCUS SUR L'INJECTION DE 2004 A 2006

Le nombre de personnes rencontrées lors de l'enquête ayant déjà eu recours à l'injection a évolué depuis 2003 : elles étaient 5 personnes en 2003, 10 personnes en 2004, 12 personnes en 2005 et 29 personnes en 2006.

Les produits principalement injectés sont l'héroïne, la cocaïne, le Subutex et les amphétamines. Nous avons par ailleurs rencontré en 2006, 4 personnes déclarant avoir injecté du crack, 3 personnes de l'ecstasy, et 2 personnes de la kétamine. Parmi les consommateurs occasionnels ou réguliers d'héroïne, on observe une augmentation en nombre d'injecteurs : ils étaient 2 en 2004, 6 en en 2005 pour être 14 en 2006.

Nous observons les mêmes tendances à l'augmentation du recours à l'injection pour les consommateurs de cocaïne, de Subutex et d'amphétamines.

Tableau 128 : Evolution du nombre d'injecteurs parmi les consommateurs actuels de 2004 à 2006

	2004	2005	2006
héroïne	2	6	14
cocaïne	4	7	10
Subutex	1	3	6
amphétamines	0	1	6



Conclusion



Ce 7^{ème} rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde est basé sur les observations faites en 2006 soit 20 ans après la création de la Mission France.

Il s'est donc passé 20 ans après la réunion de quelques médecins et assistantes sociales dans un local parisien pour prouver en 6 mois qu'il était impératif de faciliter l'accès aux soins des plus démunis dans un pays aussi riche que la France. Les french docteurs s'attendaient à des améliorations rapides et évidentes alors même que les problèmes de santé dans les pays en développement semblaient, eux, souvent inextricables.

20 ans après, ce sont 119 programmes qui travaillent chacun auprès des populations les plus fragilisées dans 27 villes. Toutes les équipes apportent leur contribution en données chiffrées et témoignages des pratiques et difficultés rencontrées par les personnes auprès desquelles la Mission France de *Médecins du Monde* intervient au quotidien.

Les reculs législatifs des dernières années concernant l'accès aux soins et la couverture maladie poussent les militants de MDM à continuer leur action pour ne pas abandonner au coin des rues les populations boucs émissaires de politiques sécuritaires. Tant les reculs législatifs que l'atmosphère de déni de droits, de discriminations, de suspicion et bien sûr les chasses à l'étranger expliquent sans doute la baisse du nombre de patients reçus en consultations médicales dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (- 16 %). Cette baisse n'est d'ailleurs pas homogène sur le territoire. De plus elle ne reflète qu'1/5 des programmes de la Mission France, composée dorénavant d'une large majorité d'actions mobiles qui continuent, elles, à rencontrer toujours autant de personnes en difficulté d'accès aux soins.

Cette année nous avons pu commencer l'exploitation des données médicales recueillies avec une nouvelle grille, la CISP. Il a fallu faire des choix pour exploiter la masse de données : ces choix étaient d'autant plus difficiles que nous n'avions pas, en cette 1^{ère} année, le recul nécessaire. Nous avons constaté que pour 39 % des consultations médicales, les patients avaient besoin de soins à moyen et long terme alors même qu'ils étaient dépourvus dans leur immense majorité de toute couverture maladie. Il faut donc simplifier les procédures, rétablir la présomption de droit, garantir la séparation du socio-médical et du contrôle de l'immigration : c'est-à-dire changer radicalement de cap !

Nous améliorerons pour l'analyse 2007 et les suivantes les critères retenus, les pathologies sélectionnées, les méthodes d'analyse... Nous sommes à l'écoute des suggestions et analyses critiques qui nous aideront à avancer.

Pour les patients vus, pas d'amélioration dans l'accès aux soins, pas beaucoup de changements non plus si ce n'est une augmentation des roumains rencontrés. Parmi eux, beaucoup de Roms qui en quittant leur pays d'origine espèrent échapper aux discriminations : malheureusement, ils les retrouvent trop souvent ici dès leur arrivée.

L'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne aura même été à l'origine d'un nouveau texte de loi qui écarte TOUS les européens en recherche de travail, voire inactifs, de la couverture maladie universelle : cette universalité rêvée un temps n'est plus qu'un mot vidé de son sens en cette année 2007.

Cette année, *Médecins du Monde* pourra publier quasiment en même temps ce rapport 2006 et la première enquête européenne sur l'accès aux soins des sans papiers dans 7 pays de l'UE.

Les patients rencontrés par les équipes de MDM partout en Europe nous permettent de pointer quels sont les systèmes de santé favorisant l'égalité de tous devant les soins. C'est sans surprise dans les pays qui ont su garder des services de santé publics de qualité et qui résistent à la privatisation du système de santé, que les populations les plus précaires, arrivent à consulter et à être soignées dignement. Nous espérons que les données quantitatives et qualitatives de ce rapport européen permettront à nos Etats de faire des choix allant vers plus de respect des droits humains fondamentaux pour ceux que la croissance oublie.