

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE

SYNTHÈSE 2012

Octobre 2013





INTRODUCTION

➔ En 2012, en France, les conséquences de la crise économique sur la santé et l'accès aux soins sont prégnantes. Les inégalités sociales de santé s'accroissent chez les plus démunis. À cela s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires que sociales, notamment envers les migrants, les personnes se prostituant et les usagers de drogues. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins, avec pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

En 2012, plus de 30 500 personnes ont été accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde. L'activité globale des Caso ne cesse d'augmenter, avec notamment une hausse inquiétante et constante de l'effectif des mineurs depuis 2008.

Les personnes accueillies cumulent difficultés financières, précarité des conditions de logement et problèmes de santé et d'accès aux soins. Dans les consultations, les médecins des Caso constatent que 43 % des personnes recourent trop tardivement aux soins et que 22 % ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois. Ces deux indicateurs, en constante progression depuis plusieurs années, prouvent la dégradation de l'accès aux soins et de la santé des populations les plus précaires.

En 2012, en période d'alternance politique, des signes positifs concernant la santé et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité existent, avec notamment la suppression, dès le mois de juin, du droit d'entrée de 30 euros pour l'AME. Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, issu d'un travail de concertation entre associations et institutions, marque une volonté de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé avec des annonces concernant le champ sanitaire : relèvement du seuil de la CMUc, renforcement des Permanences d'accès aux

soins de santé (Pass), simplification des procédures de domiciliation.

Concernant l'hébergement, le gouvernement s'est aussi engagé à augmenter le nombre de places dans les Centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) et à mettre fin aux plans saisonniers. Cependant, le droit à l'hébergement et l'inconditionnalité de l'accueil ne sont pas respectés. Des femmes et des enfants dorment dehors. Il faut réellement en finir avec la gestion saisonnière de l'hébergement d'urgence et créer des structures d'hébergement ouvertes toute l'année en nombre et capacité d'accueil suffisants, avec un accompagnement social vers le logement pérenne.

Par ailleurs, des manquements persistent sur la question de l'accueil des étrangers vivant en France. Les expulsions forcées de Roms de leurs lieux de vie sans alternative se poursuivent, violant les droits au logement, à la santé et à l'éducation inscrits dans les engagements internationaux de la France et rappelés dans la circulaire du 26 août 2012.

Le droit au séjour pour raison médicale des étrangers résidant en France a été vidé de son contenu par la loi Besson de 2011. Désormais, il suffit que le traitement médical existe dans le pays d'origine du malade pour l'expulser, indépendamment de l'effectivité de l'accès à ce traitement. De fait, des étrangers atteints de maladies graves sont renvoyés dans leurs pays alors qu'un pro-



nostic vital est engagé. Cet amalgame entre immigration et santé est contraire aux intérêts de la santé publique et au respect des droits fondamentaux. Médecins du Monde demande donc le rétablissement de la protection des étrangers gravement malades en revenant à la législation de 1998.

Dans ce contexte de crise économique, le gouvernement doit aller plus loin dans son engagement auprès des personnes précaires. Il doit mener une politique sociale plus ambitieuse en faveur du respect des droits fondamentaux des personnes et pour un meilleur accès aux soins pour tous.

Médecins du Monde plaide pour un dispositif simplifié d'accès aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la CMU, proposée dans le rapport Igas-IGF de novembre 2010¹, serait une mesure courageuse permettant des économies de gestion et une simplification de l'accès aux droits pour toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif. Il est indispensable de renforcer et de garantir l'efficacité du dispositif des Pass afin d'assurer une prise en charge des personnes sans droits ouverts dans le système de droit commun.

Depuis plus de vingt ans, Médecins du Monde est engagé auprès des usagers de drogues et des personnes se prostituant dans une démarche de réduction des risques. Il s'agit d'intervenir avec et auprès d'eux, dans le but de leur proposer des services de santé adaptés à leurs besoins, tout en travaillant à faire évoluer leur statut

social et légal. Le débat en France, contraint pendant des années par une politique plus répressive que préventive, a empêché la mise en place de dispositifs adaptés à la prévention de la transmission du VIH et des hépatites, en particulier de l'hépatite C. Des réponses efficaces peuvent être apportées, notamment en autorisant l'ouverture expérimentale de salles de consommation à moindres risques, pour limiter l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, ainsi que l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique pour l'hépatite C.

Après de nombreux mois de débats auxquels Médecins du Monde a participé, le gouvernement a confirmé la création de la première salle de consommation de drogues en France pour 2013.

À l'heure de la réforme du droit d'asile, du projet de loi sur le logement et du projet de loi sur la prostitution avec l'abrogation du délit de racolage public et le risque de pénalisation du client, Médecins du Monde rappelle la nécessité de respecter les principes de santé publique et les droits fondamentaux au sein des politiques publiques.

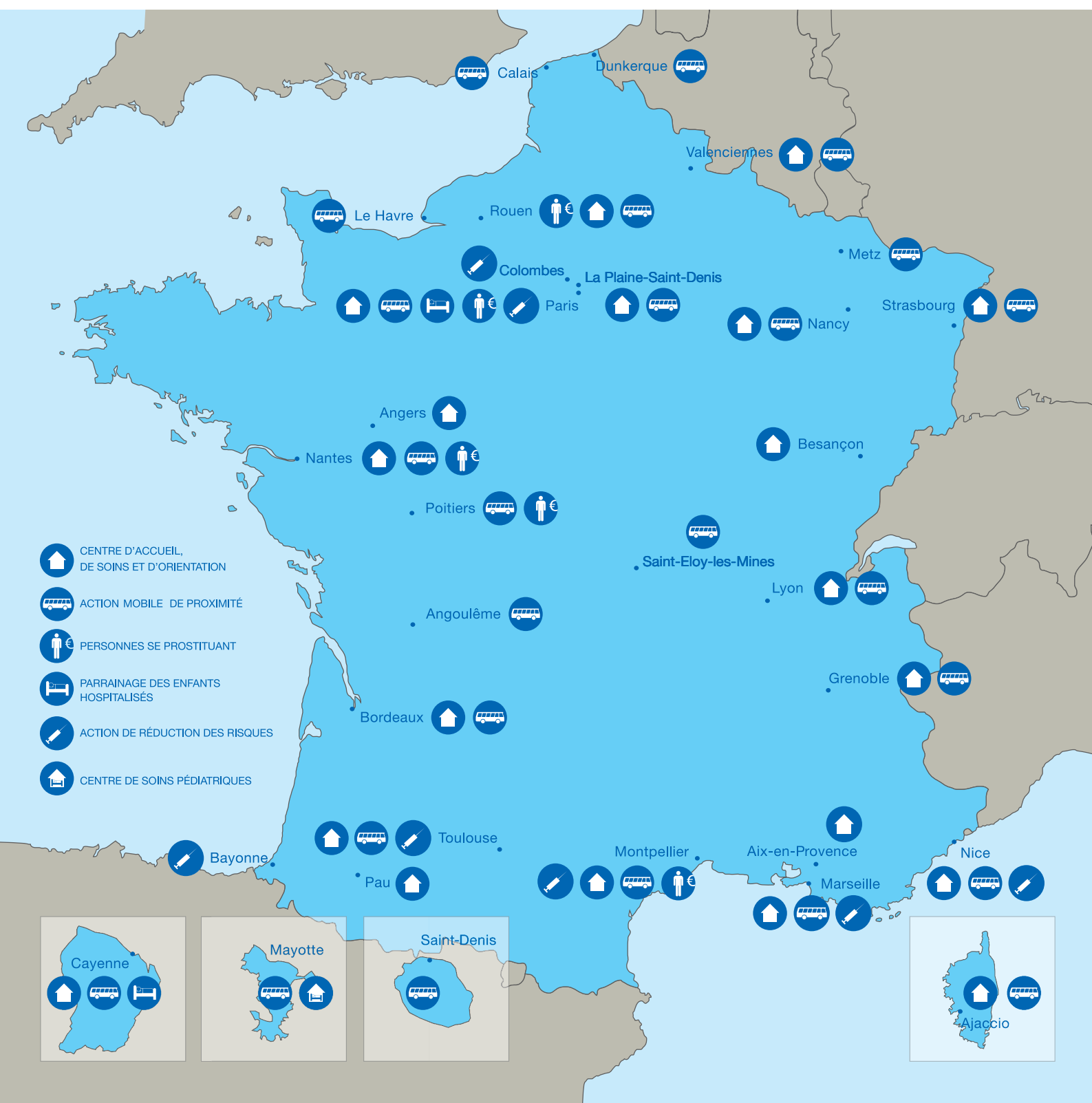
De fait, l'alternance politique doit s'intéresser davantage au sort des grands précaires.

Nous attendons, quinze ans après la première loi sur les exclusions, la mise en œuvre effective d'une politique médico-sociale solidaire et efficace, quel que soit le statut administratif des personnes.

(1) « Analyse de l'évolution des dépenses de santé au titre de l'aide médicale d'État », rapport établi par Alain Cordier, inspecteur général des finances, et Frédéric Salas, inspecteur des affaires sociales, novembre 2010.

LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2012

→ La Mission France est présente sur le terrain
au travers de 98 programmes dans 30 villes



Créé en 1980, Médecins du Monde (MdM) intervient lors de grandes crises internationales. En 1986, l'association ouvre à Paris un centre de soins gratuits pour les plus démunis et le premier centre de dépistage du VIH, volontaire, anonyme et gratuit. Ce projet, prévu initialement pour durer six mois, devait faire office d'alerte sur la situation des exclus du système de sécurité sociale. Malgré la création des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) hospitalières en 1998 et la mise en place de dispositifs publics nationaux et territoriaux, les nombreux obstacles pour l'accès aux droits et le manque de solutions pour les populations précaires ont plutôt généré le développement d'un réseau de centres de santé et de services sociaux gratuits – en témoignent les 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) en activité en 2012. Cette action auprès des populations vulnérables s'est également déclinée en actions mobiles de proximité. Ainsi, en 2012, la Mission France compte 98 programmes menés dans 30 villes.

En 2000, l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France est créé afin de témoigner des difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun des populations accueillies par l'association. L'Observatoire constitue un outil de connaissance des populations vulnérables, par ailleurs ignorées par les statistiques officielles de santé publique. Il renseigne sur les conditions de vie, les difficultés d'accès aux soins et aux droits, les dysfonctionnements des dispositifs de santé et l'état de santé des personnes bénéficiaires des programmes des Missions France.

→ 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation

Les Caso assurent un accès aux soins pour les personnes vulnérables exclues du système de santé français. Ce sont des structures « à bas seuil d'exigence » : pas de contraintes de papier, pas de rendez-vous nécessaire (hors consultations spécialisées). Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des consultations médicales et sociales adaptées, les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit com-

mun, assurent les orientations nécessaires.

En plus des consultations de médecine générale proposées par l'ensemble des Caso, certains centres dispensent également des consultations de spécialistes (gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie...), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers...) et des entretiens avec des psychologues ou des psychiatres (*tableau 1*). Certains Caso réalisent des consultations dentaires et/ou des actions de prévention individuelles ou collectives, en particulier pour lutter contre le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose.

Dans quelques Caso, des actions spécifiques d'accompagnement des étrangers malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raisons médicales ont été mises en place en partenariat avec des associations œuvrant dans le domaine juridique.

La précarité et les manques du réseau institutionnel génèrent une affluence croissante de personnes en situation d'exclusion. Pour ces personnes, les Caso constituent souvent une attache sociale offrant un service d'accueil, un service médical et un service social. En 2012, les 20 Caso ont reçu 30 560 personnes différentes et assuré 41 033 consultations médicales, 3 855 consultations dentaires et 18 070 consultations sociales par un travailleur social ou un accueillant social.

→ 63 actions mobiles de proximité

Ces missions de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller vers des personnes qui ne peuvent pas faire la démarche de venir elles-mêmes dans des structures fixes. En 2012, ces missions ont comptabilisé près de 30 000 contacts.

Ces actions mobiles s'adressent en particulier :

- aux personnes à la rue en squats,
- aux Roms,
- aux gens du voyage,
- aux victimes de saturnisme et des autres pathologies en lien avec l'habitat insalubre,
- aux migrants en transit (littoral du Nord-Pas-de-Calais).

Un programme de parrainage pour des enfants hospitalisés, souvent issus de milieux défavorisés, a été

développé dans les hôpitaux de Paris et Cayenne. Le parrainage permet d'aider les enfants isolés de leur famille à affronter la maladie et les troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation.

En 2012, 166 enfants ont été parrainés, dont 33 en Guyane.

→ 14 programmes de Réduction des risques (RdR)

La RdR liée aux pratiques prostitutionnelles et à l'usage de produits psychoactifs est une priorité de MdM. Ces programmes nécessitent un accompagnement social, médical, administratif et juridique.

a/ La RdR liée à l'usage de drogues

Ces programmes ont pour objectif d'aller au-devant des usagers de produits psychoactifs pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques liés à la consommation de drogues.

En 2012, quatre missions Rave sont intervenues en milieu festif et urbain (Bayonne, Méditerranée, Montpellier et Toulouse), elles ont comptabilisé près de 13 000 contacts. Ces missions disposent d'un pôle d'analyse de drogues avec le soutien de la mission transversale XBT. Celle-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs présents sur les lieux d'usage. Les produits sont analysés sur place (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire. En 2012, 194 échantillons (toutes drogues confondues) ont été collectés, documentés et analysés par la mission.

Le programme Erli, basé en Île-de-France, totalise une file active de 90 personnes. Son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en proposant une approche éducative individuelle lors de séances où l'usager s'injecte son produit habituel sur la base d'un protocole explicite.

b/ La RdR auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés

L'action de MdM auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés se traduit par des actions (mobiles et en lieux fixes) de promotion de la santé et de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles. Des informations adaptées (et traduites si nécessaire) sont données sur les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, sur la contraception et sur les droits. Du matériel de prévention est mis à disposition.

En 2012, cinq équipes travaillent auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Elles ont réalisé plus de 18 000 contacts.

→ 1 centre de soins pédiatrique à Mayotte

En 2009, un centre de soins pédiatrique a ouvert à Mayotte dans un quartier de la commune de Koungou. Il dispense des consultations médicales et sociales. Les informations recueillies lors de ces consultations permettent à MdM de témoigner des obstacles à l'accès aux soins spécifiques à ce territoire. Depuis mars 2010, des consultations médicales sont réalisées sur d'autres sites grâce à la mise en place d'une clinique mobile. En 2012, 3 177 consultations médicales ont été réalisées auprès de 1 887 enfants.



SYNTHÈSE

➔ Avec 20 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et plus de 30 500 patients en 2012, Médecins du Monde est un acteur essentiel pour témoigner des conditions de vie et de la détérioration de l'accès aux soins et aux droits des précaires en France. Ce rapport analyse les données médico-sociales des bénéficiaires des Caso et de certaines actions mobiles gérées par l'association dans diverses villes françaises. Ces analyses sont étayées par les témoignages des équipes.

En 2012, Médecins du Monde compte 20 Caso, au sein desquels 63 212 consultations ont été effectuées : 41 033 médicales, 3 855 dentaires et 18 070 sociales, concernant 30 560 personnes. Entre 2008 et 2012, les conditions d'accès aux droits et aux soins se sont dégradées, avec une augmentation constante de la file active. Ainsi, l'activité globale des Caso a augmenté de 3,7 % depuis 2011 et de près de 24 % depuis 2008.

Le principal motif de recours à Médecins du Monde est le besoin de soins, avec 80,7 % des personnes qui souhaitent une consultation avec un professionnel de santé. La majorité des consultants ne sont pas couverts par un régime de protection sociale et n'ont pas les moyens financiers pour avancer les frais de soins. Outre le besoin de soins, plus d'une personne sur quatre se présente la première fois pour des questions d'ordre social (couverture maladie essentiellement) ou juridique.

Caractéristiques des patients

En 2012, les personnes rencontrées dans les Caso sont essentiellement des hommes (60,7 %). Elles sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (25,8 %),

du Maghreb (23,2 %) et de l'Union européenne (17,9 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines avec 139 nationalités différentes recensées. Les Roumains, les Algériens, les Français, les Tunisiens et les Marocains sont les plus représentés, avec toutefois une baisse constante du nombre de Français depuis dix ans. Cette diminution est certainement liée à un meilleur accès aux soins, grâce à la CMU, des Français en situation précaire.

Entre 2011 et 2012, on observe une diminution sensible de la proportion de Roumains et de Bulgares parmi les ressortissants communautaires. À l'inverse, une progression sensible de la part des Portugais, Espagnols et Italiens est constatée, certainement en lien avec la situation économique de ces pays.

En 2012, la moyenne d'âge des consultants est de près de 33 ans. Les mineurs, majoritairement étrangers, représentent 12,5 % de la file active, poursuivant ainsi l'augmentation amorcée en 2007. En effet, la hausse de l'effectif des patients mineurs constatée depuis cinq ans est de 69 %, hausse beaucoup plus marquée que celle de l'ensemble des patients, qui est de 30 % sur la même période.



Un cumul de difficultés : familiales, financières, d'habitat...

En 2012, 76,6 % des personnes majeures reçues dans les Caso vivent seules. Lorsqu'elles ont des enfants, la majorité d'entre elles (61 %) sont séparées d'au moins l'un d'entre eux.

Dans ce contexte actuel de crise et d'aggravation de la précarité, les patients des Caso ne sont pas épargnés : la quasi-totalité d'entre eux (98,1 %) se situent en dessous du seuil de pauvreté ; 87,2 % ne disposent d'aucunes ressources officielles (soit 18,5 % de personnes en plus qu'en 2011) ; 70 % ne bénéficient pas d'un logement stable. Plus de la moitié d'entre eux vivent dans des conditions de logement précaires : 42,3 % des personnes sont hébergées de manière temporaire ; 13,2 % sont sans domicile fixe ; 10,9 % occupent un lieu de façon illégale. De mauvaises conditions de logement sont un élément discriminant sur la santé physique, mentale et sociale des personnes : moindre couverture vaccinale, retard et renoncement aux soins, souffrance mentale et situations plus fréquentes de violences.

Au début de 2013, Médecins du Monde a mené une enquête sur le dispositif d'hébergement d'urgence, qui conclut à une insuffisance des capacités d'hébergement

et à une détérioration de la situation des personnes sans logement personnel. Désormais, les facteurs de vulnérabilité ne sont plus des critères de priorisation dans la distribution des places : par exemple, de plus en plus de femmes enceintes et d'enfants dorment dehors.

Des problèmes de santé aggravés par la précarité

Les troubles respiratoires touchent 27,7 % des patients, les pathologies digestives 25,3 %, les troubles ostéoarticulaires 20,4 % et les problèmes dermatologiques 16,7 %. Viennent ensuite les affections cardio-vasculaires (11,7 %) et les troubles psychologiques (11,1 %). À l'issue des consultations, un suivi ou un traitement sont nécessaires pour plus des trois quarts des patients reçus, qu'ils souffrent d'une affection aiguë ou chronique. Et, parmi ceux souffrant d'une pathologie chronique, 58 % n'étaient ni suivis ni traités avant leur passage aux Caso.

Certaines pathologies peuvent devenir potentiellement graves en l'absence de prise en charge régulière et adaptée. Elles concernent plus d'un patient sur dix qui souffre d'hypertension artérielle, de diabète ou d'asthme. La quasi-totalité d'entre eux ne disposent pas de droits ouverts à une couverture maladie et sont démunis sur le plan

financier, renforçant ainsi les difficultés d'accès aux soins. Des troubles de santé mentale sont repérés pour 11 % des consultants des Caso en 2012. Les troubles anxieux ou les syndromes dépressifs sont les plus diagnostiqués. Chez les étrangers, la fréquence des troubles mentaux (stress et troubles anxieux) est accentuée pour les personnes en demande d'asile, en raison des violences qui les ont amenées à fuir leur pays mais aussi des conditions de vie déplorables qu'elles connaissent une fois en France. Les consultations transculturelles doivent être développées afin de répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes.

Par ailleurs, l'état bucco-dentaire des patients examinés est particulièrement dégradé, avec un nombre moyen de dents cariées qui s'élève à 3,2. À titre de comparaison, en France, un adulte a en moyenne 1,1 à 1,2 carie en bouche. Pour ces populations, la prévention de la carie doit être intégrée dans une démarche de prévention globale.

Quelles que soient les pathologies, le dispositif des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), notamment psychiatriques et dentaires, doit être renforcé et effectif pour permettre une meilleure prise en charge de ces publics.

Des actions de prévention spécifiques favorisent un meilleur recours aux dépistages et aux soins

La vaccination et les dépistages sont des fondements essentiels de la prévention en santé et doivent être accessibles à tous.

La couverture vaccinale des patients des Caso est globalement insuffisante, en particulier chez les adultes.

La situation des mineurs est globalement meilleure mais reste cependant en deçà des objectifs de couverture vaccinale fixés dans le plan de santé publique. Ils sont environ deux tiers à être correctement vaccinés contre le BCG et le DTP, 63 % contre le ROR et la coqueluche et seulement 58 % contre l'hépatite B.

En 2012, seuls 29 % à 35 % des consultants des Caso connaissent leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH alors qu'ils sont souvent originaires de zones à forte endémie concernant ces pathologies. Parmi les personnes dépistées dans les deux Caso franciliens, la prévalence du VIH est de 2,7 %, soit 14 fois la

prévalence nationale. Pour les hépatites B et C, les prévalences sont de 9,0 % et 5,9 %, soit respectivement plus de 14 et 7 fois les moyennes en population générale. La précarité, la migration et l'absence de domicile constituent des expositions plus importantes à des risques de santé, notamment les maladies transmissibles. Par conséquent, Médecins du Monde a mis en place des actions de dépistage à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et du VHC dans une stratégie globale de réduction des risques. En 2012, ce sont sept programmes de Médecins du Monde, pour certains en partenariat avec AIDES, qui ont utilisé des Trod VIH et une équipe qui a proposé des dépistages couplés à l'aide de Trod VIH et VHC, devançant l'autorisation légale d'utilisation des Trod VHC. En effet, un dépistage simple et précoce, dans le cas d'une séropositivité, permet une prise en charge rapide limitant les risques d'aggravation. Les Trod sont particulièrement adaptés aux populations les plus exposées ayant peu accès aux dispositifs de dépistage classiques.

Concernant la tuberculose, sur les 1 924 radiographies pulmonaires réalisées dans les deux Caso d'Île-de-France, 11 cas ont été dépistés, soit une prévalence de 0,6 %. À titre de comparaison, la prévalence de la tuberculose en population générale en Île-de-France est de 0,016 %.

De nombreux obstacles dans l'accès aux soins qui relèvent de la complexité des démarches... renforcés par des dysfonctionnements administratifs

En 2012, dans les Caso, seules 12,3 % des personnes reçues ont des droits ouverts alors que 77 % relèvent d'un dispositif de couverture maladie (principalement l'aide médicale de l'État (AME)). Les difficultés d'accès à une couverture maladie semblent s'aggraver au fil du temps. En effet, en 2010 et 2011, les personnes ayant des droits effectivement ouverts étaient respectivement 18 % et 16 %. Il est important de noter que les conditions d'accès sont plus ou moins difficiles selon le régime de couverture maladie, en défaveur des étrangers puisque l'accès aux droits est limité pour les personnes relevant de l'AME.

Les obstacles rencontrés sont essentiellement liés à la

complexité de la législation en vigueur, à laquelle s'ajoutent des pratiques abusives des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le critère de résidence de trois mois en France imposé par la réglementation est un obstacle de plus en plus prégnant (32,8 % en 2012 vs 19,5 % en 2011). Les étrangers sans titre de séjour rencontrent une difficulté supplémentaire, qui est la peur d'être interpellés, qui les amène à limiter leurs déplacements, notamment vers les dispositifs de prise en charge, surtout lorsque les CPAM ne proposent que quelques points d'accueil dans le département. Fusionner l'AME dans la CMU permettrait, en plus de réduire les coûts de gestion, d'enrayer ce problème en simplifiant les dispositifs.

... et qui ont pour conséquence un retard de recours ou un non-recours aux soins plus fréquents

Le retard et le non-recours aux soins ne sont pas seulement liés aux difficultés financières et à l'absence de couverture maladie, mais aussi à certains déterminants sociaux (logement, précarité, situation administrative, représentations culturelles de la santé...) et à la complexité de l'organisation du système de santé et de protection sociale en France. On note également que les femmes sont davantage touchées par ces « phénomènes » que les hommes.

Concernant spécifiquement les patients français, on constate qu'ils sont de plus en plus nombreux à renoncer à se soigner : ils étaient 13,5 % en 2011, ils sont désormais 26,4 %, en raison sans doute de l'absence de complémentaire santé ainsi que de la baisse constante des remboursements d'assurance maladie.

À Cayenne, le retard de recours et le renoncement aux soins sont nettement plus fréquents que dans les autres Caso. En effet, l'application des politiques sociales en Guyane s'est dégradée à l'encontre des populations vulnérables, creusant ainsi les inégalités sur le territoire. Les équipes de terrain de Médecins du Monde constatent des dysfonctionnements alarmants et une véritable insuffisance des administrations du secteur social et sanitaire. Afin de limiter les retards, voire les renoncements à une prise en charge médicale, Médecins du Monde ainsi que d'autres associations réclament la fusion de l'AME dans

le dispositif CMU. Cette intégration permettrait ainsi un accès aux soins plus simple et moins stigmatisant et serait seule garante d'une politique de santé publique efficace.

Pour une prise en charge effective dans le système de droit commun : renforcer le dispositif des Pass

Les Pass doivent faciliter l'accès aux soins et à un accompagnement social pour les personnes en situation de précarité, et notamment pour celles qui n'ont pas de couverture maladie. Leur nombre insuffisant sur le territoire au regard des besoins, la méconnaissance du dispositif tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital entraînent des difficultés de prise en charge, des orientations inadaptées et des procédures de délivrance de traitements non opérantes. Afin de rendre effective la prise en charge des patients en situation de précarité, il est indispensable de poursuivre, consolider et améliorer le dispositif des Pass, notamment dentaires, psychiatriques et pédiatriques.

Certaines populations particulièrement vulnérables

■ Les mineurs

En 2012, 12,5 % des patients reçus dans les Caso sont mineurs, ce qui représente 2 993 personnes. Depuis 2007, leur nombre n'a cessé d'augmenter : 69 % de mineurs consultants supplémentaires. Plus de la moitié d'entre eux sont âgés de moins de 6 ans. Parmi eux, seuls 40 % sont suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI). Ce suivi en PMI est étroitement lié à l'état des droits à la couverture maladie. Ainsi, les mineurs de 6 ans et moins ayant des droits ouverts sont suivis à 71 % en PMI et ceux qui n'en ont pas seulement à 29 %.

Lors de leur première visite au Caso, près de 90 % des mineurs sont sans couverture maladie, alors qu'ils doivent légalement en bénéficier sans condition. Les freins à l'accès aux droits des patients mineurs concernent essentiellement les difficultés d'ordre administratif et la méconnaissance des droits et des structures. Près d'un tiers d'entre eux accusent un retard de recours aux soins

et 13,3 % ont renoncé à des soins aux cours des douze derniers mois. Les mineurs sont aussi affectés par le mal-logement : ils sont 37,4 % à vivre dans un logement précaire, 28,4 % à être hébergés par une association ou un organisme et 10,4 % à ne pas avoir de domicile fixe, avec des conséquences néfastes sur leur état de santé, leur développement et leur réussite scolaire.

Environ 6 % des mineurs sont isolés, soit 134 personnes, chiffre en nette augmentation par rapport à 2011 (3 %, soit 64 jeunes). Ces mineurs isolés sont pour la plupart (90 %) des garçons, âgés majoritairement (92 %) de 15 ans et plus, et pour beaucoup (70 %) originaires d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Mali, Guinée, Congo-Brazzaville). Plus de la moitié (56,2 %) sont en hébergement social et plus d'un mineur isolé sur quatre est sans domicile fixe.

À Mayotte, la situation économique et sociale est pire. Tous les droits applicables aux autres départements français n'y sont pas effectifs, en particulier en matière de sécurité sociale. Au total, environ un quart de la population est exclue de toute protection contre la maladie, et donc des soins. En 2012, au centre pédiatrique de Médecins du Monde, seuls 18 % des mineurs sont affiliés à la sécurité sociale. Les obstacles à l'accès aux soins des enfants sont nombreux, marqués par le coût des soins en l'absence d'un système clair de prise en charge et la peur omniprésente des expulsions.

■ Les femmes

En 2012, 39 % des consultants des Caso sont des femmes, proportion en diminution constante depuis six ans. Concernant la prise en charge médicale, le fait d'être une femme est un facteur défavorisant pour l'accès aux soins ainsi que pour la nécessité d'entreprendre des soins urgents ou assez urgents. L'analyse de la situation sociale des femmes révèle que seules 15 % d'entre elles disposent de droits effectivement ouverts lors de la première consultation.

Concernant leurs conditions de logement, deux tiers d'entre elles vivent dans des situations dégradées. Parmi celles indiquant vivre à la rue ou être hébergées au jour le jour, 90 % sont étrangères, près de la moitié sont en situation irrégulière, 12 % sont en procédure de demande

d'asile, 89 % n'ont aucune couverture maladie et environ 20 % sont accompagnées d'enfants.

Les femmes enceintes représentent près de 4 % de l'ensemble des femmes reçues en consultation médicale dans les Caso en 2012. Parmi elles, 9 % sont sans domicile, près de la moitié présentent un retard de suivi de grossesse et 70 % nécessitent des soins urgents. Concernant leur protection sociale, moins de 10 % d'entre elles disposent de droits ouverts.

■ Les demandeurs d'asile

En 2012, le contexte international a conduit de nombreuses personnes vers l'exil en Europe, et notamment en France. En témoigne l'augmentation des demandes d'asile rapportée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) (+ 7,2 % par rapport à 2011²). En 2012, 7,3 % des patients consultant dans les Caso ont une procédure de demande d'asile en cours. Les délais de traitement des dossiers et la gestion de la procédure par les préfectures de régions d'accueil des demandeurs d'asile compliquent l'accès aux droits et donc aux soins. Les demandeurs d'asile accusent un retard et un renoncement aux soins plus fréquent que les autres patients fréquentant les Caso.

Faute d'infrastructures suffisantes, en particulier de centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada), ils se retrouvent dans le circuit de l'urgence sociale. Ainsi, 28 % vivent dans un logement précaire et 16 % sont sans domicile.

Outre le droit à un hébergement en Cada, les demandeurs d'asile ont droit à une couverture maladie. Dans les faits, seuls 11 % d'entre eux ont des droits ouverts, proportion encore plus faible que celle relevée en 2011 (18 %).

Les difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile surviennent dans un contexte de grande vulnérabilité psychologique : ils cumulent à la fois le traumatisme de violences subies dans leur pays d'origine, la perte de repères familiaux, affectifs, sociaux et culturels et des conditions de vie précaires sur les plans administratif et social dans le pays d'accueil. Ainsi, les troubles psychologiques sont diagnostiqués plus fréquemment dans ce groupe de personnes.

(2) Ofpra, « Rapport d'activité 2012 », 2012, 62 pages.

MÉDECINS DU MONDE

Direction des Missions France
Observatoire de l'accès aux soins
62, rue Marcadet - 75018 Paris
tél : 01 44 92 16 01
fax : 01 44 92 99 92
dmf@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

CONCEPTION GRAPHIQUE

ET RÉALISATION :

Christel Andrieu
c.andrieu@orsmip.org

CONCEPTION GRAPHIQUE COUVERTURE :

Graziano Mannu
www.loew.fr

PHOTO DE COUVERTURE :

© Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MdM

RELECTURE :

Lionel Blot lionelblot@orange.fr

IMPRESSION :

CENTR'IMPRIM
Rue Denis Papin
Z.I. La Molière BP 16
36101 Issoudun Cedex
02 54 03 31 32
www.centrimprim.fr

En collaboration avec :

