



**OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS
ET AUX SOINS**

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉELLEMENT UNIVERSEL !

En 2000, la France était auréolée du titre du pays avec le meilleur système de santé au monde par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – système qui laissait pourtant déjà de côté nombre de personnes. Vingt-trois ans plus tard, ce système est gravement malade, tandis que la France est devenue l'un des rares pays où le nombre de millionnaires augmente – à rebours de la tendance mondiale¹. Derrière ces constats, il y a des choix politiques qui façonnent notre société et la vie des personnes.

Difficultés d'accès aux soins, d'ouverture de droits à une couverture santé, recours tardif aux soins, pénurie de médicaments, augmentation des restes à charge, majoration des franchises, crise des vocations... Les inégalités sociales et territoriales de santé sont de plus en plus prégnantes. Nous le constatons quotidiennement sur le terrain.

Si chaque citoyen·ne est concerné·e, n'en doutons pas : les personnes auprès desquelles Médecins du Monde intervient sont bien plus gravement affectées par ces inégalités d'accès à la santé dans notre pays.

Notre association est une organisation de santé militante engagée auprès des plus démunis·es. Avec ce nouveau rapport annuel de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France, nous partageons nos alertes et inquiétudes en tant que professionnel·le·s de santé et citoyen·ne·s mobilisé·e·s. Il témoigne d'une terrible réalité humaine : des conditions de survie dures, un état de santé détérioré en conséquence de la situation de précarité et des entraves quant à l'accès aux droits. Dans une narration médicale nous parlerions de facteurs aggravants, voire de pronostic péjoratif pour la santé de toute une part de nos concitoyen·ne·s, même de mise en danger.

La France est le quatrième pays au monde avec les dépenses de santé les plus élevées en points de PIB (12,4 %)². Dans les faits, les inégalités se creusent et sont renforcées par un accès aux droits et aux soins discriminatoire ; et ce plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité. Procédures complexes, demandes abusives de pièces, entraves, contrôles, restrictions, dématérialisation et déshumanisation sont autant d'obstacles qui repoussent toujours plus loin le droit à la santé.

Pourtant, des améliorations sont possibles. La société française le mérite. Encore faut-il que préexiste une volonté politique forte de mettre la santé publique, les droits humains et la dignité des personnes au cœur des réflexions sur notre système de santé et de refuser sa marchandisation.

C'est une condition impérative pour atteindre un jour les standards de protection et de solidarité dont notre société se targue ; surtout, pour que la France devienne un jour un pays où le droit universel à la santé et l'accès aux soins soient véritablement effectifs.

Une politique de santé et de prévention se bâtit avec les populations concernées, et ne doit en aucun cas être discriminante. Les attaques continues contre l'Aide médicale d'État (AME) – dispositif public essentiel qui permet aux personnes exilées en situation administrative irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins – sont un autre indicateur de l'instrumentalisation politique de la santé des personnes étrangères. Un chapitre entier de ce rapport est consacré à cette prestation pourtant déjà difficile d'accès et au budget marginal (0,47 % du budget de l'assurance maladie). Il permet de déconstruire certaines contre-vérités aux antipodes de notre tradition d'accueil.

Cette couverture maladie pour les plus précaires, bien qu'incomplète, est un filet de sécurité en termes de santé publique, et est à ce titre au fondement même de notre humanité. Aussi, chaque nouvelle attaque contre ce dispositif prépare des drames à répétition. Nous devons mettre un terme à cette dynamique généralisée de multiplication des barrières à l'accès aux droits et aux soins. Chaque nouvel obstacle condamne des populations entières de notre pays et accroît également le coût final – humain, moral et financier – pour l'ensemble de notre société du fait de recours trop tardifs aux soins.

Ce nouveau rapport le rappelle : si urgence il y a, c'est bien celle de défendre le droit à la santé à l'accès aux soins, à l'accompagnement social et à une protection sociale de qualité pour chacun·e, sur tout le territoire et sans discrimination. C'est un enjeu de droit et un impératif éthique.

Pour ce faire, la première étape est incontestablement l'instauration d'une seule et même couverture maladie véritablement universelle pour toutes et tous.

Florence RIGAL

Docteure Florence Rigal
Présidente
Médecins du Monde



¹ UBS, 2023.
² OCDE, 2021.

SOMMAIRE

- p. 3 **POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉELLEMENT UNIVERSEL !**
- p. 6 **RÉSUMÉ**
- p. 10 **SIGLES ET ACRONYMES**
- p. 12 **PANORAMA DES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE**
- p. 14 **MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2022**
- p. 15 **CARTE PROGRAMMES FRANCE**

p. 17 **CHAPITRE 1 - PROFIL DES PERSONNES REÇUES AU CRIBLE DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ**

- p. 18 **PROFIL DÉMOGRAPHIQUE**
- p. 21 **DÉTERMINANTS DE SANTÉ**

p. 25 **CHAPITRE 2 - LEURS ACCÈS AUX DROITS À LA SANTÉ ET AUX SOINS**

- p. 26 **LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO**
- p. 29 **LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS**
- p. 31 **L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS**

p. 33 **CHAPITRE 3 - LEUR ÉTAT DE SANTÉ**

- p. 34 **ÉTAT DE SANTÉ SOMATIQUE**
- p. 40 **ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET VIOLENCES SUBIES**
- p. 43 **ÉTAT DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE**

p. 49 **CHAPITRE 4 - FOCUS SUR QUELQUES POPULATIONS RENCONTRÉES DANS LES CASO**

p. 50 **LES PERSONNES MINEURES**

p. 53 **LES PERSONNES VIVANT EN SQUAT OU BIDONVILLE**

p. 56 **LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE**

p. 59 **LES PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE
AU REGARD DU SÉJOUR**

p. 62 **LES PERSONNES DEMANDEUSES D'ASILE**

p. 67 **CHAPITRE 5 - UN INCONCEVABLE RECUL DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES
EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE**

p. 74 **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

p. 78 **MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES**

P. 81 **ACTIVITÉS PAR CASO**

P. 82 **ANALYSES PAR CASO**

RÉSUMÉ

DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ ACCABLANTS

Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social¹. Les aspects sociaux, environnementaux et économiques influent de manière combinée sur les inégalités. Le cumul de ces aspects dégrade considérablement le bien-être physique et moral des personnes. « *Malgré le niveau élevé des inégalités sociales de santé, un des plus élevés d'Europe occidentale, cette question a été délaissée en France*². » Les conséquences s'observent toujours en 2022 dans les Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde qui reçoivent les personnes en situation de grande précarité.

En 2022, 17 093 personnes ont été accueillies dans les 14 Caso de MdM. Dans plus de 80 % des cas, les personnes s'y rendent pour la première fois pour des besoins en santé et près de deux personnes sur cinq s'adressent à MdM pour bénéficier d'un accompagnement social, juridique ou administratif qu'elles n'ont pu trouver dans les services publics.

Les personnes rencontrées se déclarent comme hommes dans près de 64 % des cas. L'ensemble des personnes reçues dans les Caso est relativement jeune puisque au moins 61 % d'entre elles ont entre 18 et 34 ans. Elles sont en très grande majorité de nationalité étrangère (près de 98 %). Parmi les personnes étrangères, près de 37 % sont primo-arrivantes (en France depuis moins de trois mois). Les personnes reçues sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (39 %), du Maghreb (31 %) et d'Europe (18 %). La file active des Caso se caractérise par une très grande diversité des origines des personnes reçues avec 146 nationalités représentées. Suite à l'invasion de l'Ukraine par la Russie en 2022, la population ukrainienne des Caso a augmenté, même si elle reste très minoritaire. Bénéficiant d'une prise en charge et d'un niveau d'information satisfaisant en matière d'accès aux soins, elle n'a potentiellement pas eu besoin de s'adresser à MdM. **Le gouvernement a ainsi démontré qu'une politique migratoire basée sur un accueil digne était possible.**

DROITS EN SANTÉ BAFOUÉS

En 2022, lors de leur entretien d'accueil, plus des deux tiers des personnes sont éligibles à la couverture maladie mais près de 83 % n'en ont pas. Parmi les personnes éligibles à l'Aide médicale d'État (AME), près de 87 % n'ont pas de droits ouverts en France, preuve s'il en est de la complexité de son obtention. Parmi les demandeurs d'asile éligibles à la couverture maladie, près de 77 % n'en ont pas.

Des obstacles à l'accès aux droits et aux soins ont été évoqués par plus des trois quarts (77 %) des personnes reçues dans les Caso. Parmi elles, plus d'un tiers évoque des difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité, absence de preuve d'arrivée en France, etc.). Plus d'un tiers des personnes en situation irrégulière au regard du séjour indique limiter leurs déplacements ou activités par peur d'être arrêté.

En 2022, près de 97 % des personnes rencontrées dans les Caso se situent en dessous du seuil de pauvreté monétaire³ ; parmi elles, près de 42 % n'ont aucune ressource. Près de trois personnes sur dix vivent en habitat très précaire : en bidonville ou squat, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée. Plus des trois quarts perçoivent leur logement comme instable. Le mal-logement a de lourdes conséquences sur la santé et l'accès aux soins des personnes concernées. Il entraîne des difficultés de domiciliation, une entrave à l'accès aux droits, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux, des difficultés de suivi de traitement, mais aussi une difficulté à prendre soin de soi et à avoir des comportements préventifs. Parmi les personnes vivant en squat ou bidonville et éligibles à la couverture maladie, près de 78 % ne disposent pas de droits ouverts, et parmi les sans-domicile fixe reçus dans les Caso en 2022, près de 86 % n'ont pas de couverture maladie. Il n'existe pas de pathologies spécifiques à la vie à la rue, mais leur incidence et leur niveau de gravité sont exacerbés. Les médecins ont identifié un retard de recours aux soins pour au moins une pathologie chez près de 56 % des patients sans domicile fixe, plus fréquemment que parmi les autres patients (près de 47 %). De même, les besoins de soins médicaux urgents ou assez urgents ont plus souvent été repérés chez les patients sans domicile fixe avec plus de 48 % d'entre eux concernés contre près de 44 % des autres patients.

PRÉCARISATION PROTÉIFORME

Les équipes de MdM ont reçu 1 681 mineurs (soit près de 10 % de la file active totale) dont 298 mineurs non accompagnés (MNA) (soit 27 % de l'ensemble des mineurs). Seule la moitié des mineurs de 6 à 15 ans est scolarisée. Parmi les mineurs primo-arrivants, seuls 22,3 % le sont. **Au moins un tiers des mineurs sont SDF (21 %) ou vivent en squat ou bidonville (9 %).** Parmi les MNA, près de 43 % sont sans domicile fixe ou vivent en squat ou bidonville. **Comme tout mineur les MNA doivent pouvoir bénéficier d'une couverture maladie, cependant, la quasi totalité des MNA (96 %) n'en a pas. Près de la moitié des MNA nécessitent une prise en charge médicale urgente ou assez urgente selon l'avis des médecins.**

¹ On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc. (M.-J. Moquet & Potvin, 2011).

² Thierry Lang, Observatoire des inégalités, juillet 2023 <https://www.inegalites.fr/inegalites-de-sante>

³ Indice INSEE fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Un peu plus de la moitié des personnes accueillies dans les Caso sont en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour. Parmi elles, près d'une personne sur cinq est sans domicile fixe. Parmi les personnes sans titre de séjour, **plus de neuf sur dix n'ont aucune couverture maladie.** Selon l'avis des médecins, 57 % des patients en situation administrative irrégulière ont au moins une maladie chronique. Les médecins ont repéré un **retard de recours aux soins chez près de 54 % de ces personnes vues en consultation de médecine et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente pour près de 41 % d'entre elles.**

Les demandeurs d'asile représentent plus de 15 % de la file active totale. Légalement, durant l'examen de leur demande d'asile, les personnes doivent bénéficier de conditions matérielles d'accueil. Or la situation des demandeurs d'asile reçus dans les Caso témoigne de la difficulté d'être hébergé dans des conditions dignes puisque notamment près de deux sur cinq sont sans domicile fixe. Près de six demandeurs d'asile sur dix sont diagnostiqués pour au moins une pathologie chronique. **Un retard de recours aux soins est constaté chez plus de 49 % des patients reçus en consultation de médecine généraliste et un besoin de prise en charge urgente ou assez urgente a été repéré pour plus de 53 % d'entre eux. Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso en 2022, 65,6 % des demandeurs d'asile sont éligibles à la couverture maladie mais 76,8 % d'entre eux n'ont pas de droits ouverts.**

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

SANTÉ DES PERSONNES DÉTÉRIORÉE PAR LEUR PRÉCARITÉ

Les personnes en situation de précarité sont notamment exposées à un environnement quotidien qui peut entraîner des problèmes de santé, et réciproquement, leur état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance. Or, leurs conditions de vie les conduisent aussi à prioriser d'autres besoins vitaux face aux besoins liés à la santé. Ces personnes sont donc plus exposées aux barrières dans l'accès aux soins et dans l'exercice de leur droit à la santé. Les politiques publiques impactent la réduction ou l'aggravation des inégalités des conditions de vie ou d'accès au système de santé et de soins.

En 2022, 19 122 consultations médicales ou dentaires ont été réalisées auprès de 11 665 patients différents dans les 14 Caso. Lors des consultations de médecine générale, environ un patient sur cinq est diagnostiqué pour des troubles liés au système digestif (22 %), ostéoarticulaire (près de 20 %) ou respiratoire (près de 19 %).

Plus de la moitié des patients souffrent d'au moins une pathologie chronique (54 %) d'après les médecins. Les conditions de vie précaires favorisent leur survenue et leur aggravation.

Selon l'avis des médecins, **les patients reçus en consultation en 2022 nécessitent un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie dans plus de 84 % des cas.** Parmi ces derniers, plus de la moitié n'étaient pas suivis ou traités avant leur venue dans les Caso. **Près de la moitié des personnes reçues en consultation dans les Caso avaient un retard de recours aux soins.**

Les équipes MdM constatent qu'au cours des 12 mois précédant la première visite dans les Caso, **parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins, près de 87 % l'ont fait pour des raisons financières.** Dans l'incapacité de payer, ils arrêtent ou reportent leurs soins, aggravant donc leur état de santé.

Les équipes de MdM rencontrent des adultes, des enfants et des adolescents démunis, perdus, abîmés par leur parcours de vie, leur parcours migratoire, leurs conditions d'accueil en France. En 2022, une pathologie psychologique ou psychiatrique a été repérée chez plus de 8 % des patients reçus en consultation de médecine générale⁴. Les patients présentent des troubles anxieux et dépressifs couplés à des problématiques sociales (situation administrative et économique précaire, habitat précaire, etc.). Que les personnes aient ou non une couverture maladie, leur **détresse psychosociale sévère doit être prise en compte par les professionnels**, qu'il s'agisse de consultations de médecine générale ou d'activités de soutien psychosocial, psychologique et psychiatrique.

DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS : UNE PRIORITÉ DE SANTÉ NÉGLIGÉE

Jouer librement de sa sexualité, sans danger ni violence, sans crainte d'une grossesse non intentionnelle ou d'infection sexuellement transmissible (IST) est un enjeu clé de santé. Malgré un cadre politique et légal globalement favorable, dont une stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ambitieuse, les équipes de Médecins du Monde constatent que **l'accès à des informations fiables et sans jugement ainsi qu'à des services de prévention et de soins pour bien vivre et comprendre sa sexualité reste un défi majeur en France, surtout pour les personnes précarisées éloignées du système de santé.** Ces dernières sont souvent stigmatisées, discriminées et réprimées et par là-même surexposées aux violences, aux risques d'infections au VIH et aux hépatites, ainsi qu'aux grossesses non intentionnelles.

En 2022, 10 803 patients, soit plus de trois personnes sur cinq ont été reçus lors d'au moins une consultation médicale pendant laquelle des enjeux DSSR ont été abordés. Les besoins en la matière sont considérables.

La grande majorité des personnes interrogées – parce qu'éloignées des services de prévention et de soins – ne connaissent pas leur statut sérologique lors de leur première visite dans les Caso : 76 % pour le VIH, près de 83 % pour l'hépatite B (VHB) et près de 80 % pour l'hépatite C (VHC).

Près de 9 femmes sur 10 en âge de procréer et ne souhaitant pas être enceintes déclarent n'utiliser aucune contraception, avec les risques de grossesses non intentionnelles que cela peut induire. L'accès aux droits a un

⁴ Le taux est sous-estimé car les patients viennent en moyenne 1,5 fois en consultation médicale, il est difficile de repérer ces troubles lors d'une seule et première consultation.

impact important sur le recours à la contraception puisque **seules 10 % des femmes sans couverture maladie utilisent un moyen de contraception contre 24 % pour celles disposant de droits ouverts.**

Plus de 83 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un au cours de leur vie. Les femmes disposant d'un logement **personnel** ont davantage réalisé un frottis (35 %) **que les femmes vivant en squat ou bidonville ou les femmes sans domicile (13 %).** Des campagnes invitant les personnes à se faire dépister existent, mais les rappels envoyés par courrier ou les campagnes d'affichage ne sont le plus souvent pas accessibles aux personnes précarisées, faute notamment d'adresse où recevoir les courriers et de messages adaptés.

Plus de 30 % des femmes enceintes reçues en Caso présentent un retard de suivi de grossesse et 60 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente. Les équipes de Médecins du Monde observent des conditions de vie particulièrement précaires de ces femmes enceintes : près de 22 % sont sans domicile fixe et **la quasi-totalité des femmes enceintes reçues en Caso en 2022 n'ont pas de couverture maladie (près de 93 %).**

Pour atteindre de meilleurs résultats en santé, l'offre de soins doit être plus adaptée aux besoins spécifiques des personnes les plus précarisées : offre d'interprétariat, information et outils adaptés, médiation en santé, intervention dans les lieux de vie, de travail, de passage, accessibilité sans conditions à la couverture maladie, etc.

L'INCONCEVABLE RECUL DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE

Nous consacrons un chapitre entier de ce rapport à l'Aide médicale d'État et aux attaques dont elle est l'objet, et plus largement nous relevons la récurrence avec laquelle les questions de santé, dès lors qu'il s'agit de celles des étrangers, sont instrumentalisées à des fins de politique migratoire.

Nos arguments reposent sur une analyse des situations politiques, des recherches académiques et le constat quotidien de nos équipes sur le terrain. Nous voulons déconstruire certaines idées reçues et préconisons de revenir à une protection maladie réellement universelle.

La pratique quotidienne des équipes de Médecins du Monde se confronte chaque jour à l'écart entre une volonté affichée de faciliter l'accès aux soins fondée sur la mission de l'assurance maladie qui est de « *garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins* »⁵, et la réalité des immenses difficultés rencontrées par les patients pour faire valoir leurs droits.

Non, l'AME ne favorise pas l'immigration irrégulière. Idée pourtant utilisée par les ministres de l'Intérieur pour s'arroger

un droit de regard sur les politiques de santé, ce qui se fait au détriment des considérations de santé publique et du périmètre ministériel des ministres de la Santé.

Non l'AME n'est pas « incontrôlée et incontrôlable ». Dans les faits **le coût direct de l'AME est stable et représente 0,47 % du budget de l'assurance maladie (ODSE, 2023).** Des rapports réguliers de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale d'État (IGE) en examinent précisément le fonctionnement et les dépenses. Les constats se rejoignent : il n'y a pas d'abus de droit mais au contraire des risques de renoncement aux soins, l'inscription des patients à l'AME par les hôpitaux leur permet d'améliorer le recouvrement des factures auprès des CPAM, le système de facturation hospitalière majeure le coût de l'AME, etc.

Non l'AME n'est pas facile à obtenir. Méconnaissance ou non-information sur les droits, complexité administrative, quasi-fermeture des guichets d'accueil de la CPAM, dépôt physique des premières demandes, délai de traitement des dossiers, recours croissant à la dématérialisation ou à des plateformes téléphoniques payantes... les obstacles sont nombreux. **En outre, l'AME n'est valable qu'un an, l'ensemble des démarches devant être renouvelé, ce qui entraîne de véritables risques de rupture de droits et de soins pendant la période intermédiaire.**

Non, l'AME ne permet pas un accès gratuit à tous les soins. Par exemple, les médicaments considérés à service médical rendu modéré ou faible ne sont pas remboursés. De même, les programmes de prévention pourtant essentiels en matière de santé publique tels que **la prévention bucco-dentaire pour les enfants ou les dépistages gratuits du cancer du côlon ou du col de l'utérus ne sont pas accessibles aux personnes couvertes par l'AME.**

Le dispositif de l'Aide médicale d'État reste essentiel pour l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour. Mais sa complexité, le maintien d'un panier de soins réduit, les retards de soins et l'extraordinaire taux de non-recours que le dispositif engendre nous oblige à faire évoluer le système, changer de paradigme et revenir à un accès au système de santé non conditionné à la régularité du droit au séjour.

Plusieurs institutions, organisations du médico-social, ONG, sociétés savantes, en particulier l'Académie de médecine, se sont ainsi positionnées pour que les bénéficiaires de l'AME soient intégrés dans le régime général de la sécurité sociale.

Nous nous devons d'inclure l'AME dans le régime général de la sécurité sociale pour venir instaurer sur tout le territoire français une protection maladie réellement universelle.

⁵ <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins>

SIGLES ET ACRONYMES

Aiksi	Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif	DGS	Direction générale de la santé
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales	Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
ARS	Agence régionale de santé	DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ase	Aide sociale à l'enfance	Dsafhir	Droits et santé des femmes hébergées, isolées, réfugiées
C2S	Complémentaire santé solidaire	DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	DSUV	Dispositif pour les soins urgents et vitaux
CAO	Indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire	DTP	Diphtérie, tétanos, poliomyélite
Caoa	Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement	EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
CASF	Code de l'action sociale et des familles	FAP	Fondation Abbé Pierre
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	Gisti	Groupe d'information et de soutien des immigrés
CCAS	Centre communal d'action sociale	Guda	Guichet unique de demande d'asile
CCU	Cancer du col de l'utérus	HCSP	Haut conseil de la santé publique
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	Inca	Institut national du cancer
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant	INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
CISP	Classification internationale des soins primaires	IST	Infection sexuellement transmissible
CMP	Centre médico-psychologique	LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique	MdM	Médecins du Monde
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie	MNA	Mineur non accompagné
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
CNDA	Cour nationale du droit d'asile	Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
CNDH	Collectif national droits de l'Homme Romeurope	OMS	Organisation mondiale de la santé
Romeurope		ONU	Organisation des Nations unies
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
DDD	Défenseur des droits	PIB	Produit intérieur brut
		PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse

PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PUMa	Protection universelle maladie
RdR	Réduction des risques
TdS	Travailleuses-eurs du sexe
Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
UE	Union européenne
Unicef	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PANORAMA DES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE

Les équipes de Médecins du Monde (Mdm) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert un centre de soins gratuits pour les plus précaires à Paris avec la volonté de le fermer dans les six mois en alertant les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion pour obtenir leur accès inconditionnel aux soins.

Plus de trente-cinq ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent Mdm à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation/accompagnement (Caso/Caoa) mais également d'interventions mobiles de proximité.

En 2022, Médecins du Monde France mène 55 programmes répartis sur 27 sites dans l'Hexagone et dans les départements d'Outre-mer de la Réunion, Mayotte et Guyane.

14 CENTRES FIXES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA) ; ET 1 DISPOSITIF DE PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS) DE VILLE À CAYENNE

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

Ces structures accueillent les publics sans condition et offrent la possibilité de consultations gratuites et majoritairement sans rendez-vous. Les personnes rencontrent différents professionnels de santé pour une consultation ou une évaluation médicale avant d'être orientées vers les structures de droit commun adaptées dès que cela est possible. Elles peuvent également être accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits. Les Caso/Caoa proposent notamment des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses ou du dépistage spécifique pour certaines pathologies. Les conditions de vie précaires étant particulièrement délétères pour la santé

psychique et les parcours d'exil pouvant générer souffrances physiques et psychiques, une prise en charge psychosociale et de santé mentale peut être proposée.

En 2022, le projet Pass de Ville de Cayenne a démarré afin de permettre aux personnes en situation de précarité et ayant des besoins de soins chroniques d'accéder à la médecine de ville.

1 PROGRAMME TRANSVERSAL DE PRÉVENTION EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS (DSSR) SUR 30 PROJETS ET 1 PROGRAMME EN DSSR EN PAYS DE LA LOIRE (4i - LIEUX DE VIE INSTABLES, INSALUBRES, INDIGNES ET/OU INFORMELS)

Les actions de Médecins du Monde s'inscrivent dans une **approche complémentaire de santé publique, de promotion des droits humains et de lutte contre les inégalités de genre** afin de lever les barrières d'accès à la santé sexuelle et reproductive et répondre au mieux aux besoins spécifiques des populations.

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

10 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE MIGRATION DONT 4 PROGRAMMES INTERVENANT SPÉCIFIQUEMENT SUR LES ENJEUX DE MIGRATIONS, EXIL, DROITS ET SANTÉ

Nos équipes bénévoles et salariées travaillent auprès des personnes en situation de migration dans la plupart de nos programmes en France. L'association mène aussi des programmes spécifiques à destination des personnes migrantes, à la frontière franco-italienne à Vintimille et Briançon (unité mobile de mise à l'abri), à Paris, sur le littoral des Hauts-de-France à Calais/Dunkerque, et près de Marseille (à la Fare-lès-Oliviers).

À Mayotte, le programme consiste notamment à aller vers

les populations éloignées des soins dans certains bidonvilles, pour les rapprocher du système de santé, et ainsi contribuer à diminuer les ruptures, les renoncements et les recours tardifs aux soins.

13 PROGRAMMES EN « SANTÉ ENVIRONNEMENT » (AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES À LA RUE ET MAL LOGÉES)

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

À la Réunion, le programme favorise le recours aux soins et l'inscription dans le dispositif de droit commun des personnes vulnérables, isolées et mal logées des territoires sud et ouest de l'île, tout en contribuant à l'émergence et au développement d'approches en médiation en santé adaptées à la spécificité du territoire et aux besoins des personnes.

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

MdM a développé une intervention spécifique pour faire face à la situation de plus en plus dégradée des personnes usagères de drogues dans l'espace public du nord-est parisien. MdM intervient auprès des travailleuses du sexe (TdS) à travers plusieurs programmes situés dans trois villes (Montpellier, Paris et Rouen). Ces programmes visent à renforcer les connaissances et capacités des personnes en matière de RdR et de DSSR, à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes dans le système de droit commun au travers d'interventions en unité mobile et en accueil de jour, et à promouvoir l'implication communautaire.

Parmi les quatre programmes intervenant auprès des TdS, le programme national Jasmine a pour but de lutter contre les violences faites aux personnes travailleuses du sexe dans le cadre de leur activité et à favoriser leur accès à la santé.

2 PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

MdM intervient dans une démarche communautaire au centre pénitentiaire de Nantes afin d'améliorer la santé des personnes incarcérées. Le projet se décline en plusieurs axes : renforcer le pouvoir d'agir des personnes détenues sur leur santé, faire travailler ensemble les équipes médicales et pénitentiaires sur les enjeux de santé et défendre un accès aux soins équivalent à celui disponible à l'extérieur

par le droit commun.

En étroite collaboration avec tous les ministères concernés, et en consortium avec plusieurs partenaires opérationnels, MdM s'implique dans un projet expérimental à Marseille d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Ailsi) comprenant notamment un volet recherche et proposant, en amont de la détention, un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères.

3 PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA)

En 2022, les équipes de MdM s'impliquent dans trois projets spécifiques auprès de mineurs non accompagnés (MNA) exclus des dispositifs de protection de l'enfance dans les villes de Caen, Nantes et Paris. Une intervention de court terme (trois mois) a également été déployée à Toulouse. Les équipes accompagnent les MNA afin de leur offrir une écoute bienveillante en leur proposant des espaces de répit et d'écoute, un accès aux soins et une aide à la reconnaissance de leurs droits. Elles accompagnent également les MNA dans le cadre des autres programmes (Caso, maraudes auprès des personnes à la rue ou aux frontières). Deux missions exploratoires ont été initiées en 2023 (Paris et Toulouse).

2 PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONES RURALES ET URBAINES

Dans la Haute vallée de l'Aude, MdM facilite l'autonomie des personnes en situation de précarité en zone rurale dans leur accès à la santé. L'équipe y propose des permanences de médiation en santé accessibles à tous ainsi que des actions mobiles vers les personnes les plus éloignées de la santé. À Lens-Henin dans le Pas-de-Calais, le projet vise à favoriser la promotion de la santé auprès des habitants de cinq communes de l'arrondissement. Diagnostic perceptuel auprès des habitants et co-construction d'actions avec les partenaires actifs et les habitants permettent de créer ou renforcer les ponts entre les acteurs d'un même territoire afin d'agir ensemble avec et pour les habitants. Les équipes de MdM les accompagnent dans le renforcement de leurs capacités d'agir, en partageant les connaissances et pratiques respectives en prévention de la santé.

MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2022

55

PROGRAMMES MENÉS PAR 1 309 BÉNÉVOLES ACTIFS ET 130 SALARIÉS
DANS 27 SITES

14

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

1

PROGRAMME TRANSVERSAL DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS

13

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

10

PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS DONT QUATRE SPÉCIFIQUES
SUR LE LITTORAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE,
À PARIS ET PRÈS DE MARSEILLE

5

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

4

PROGRAMMES DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

3

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

2

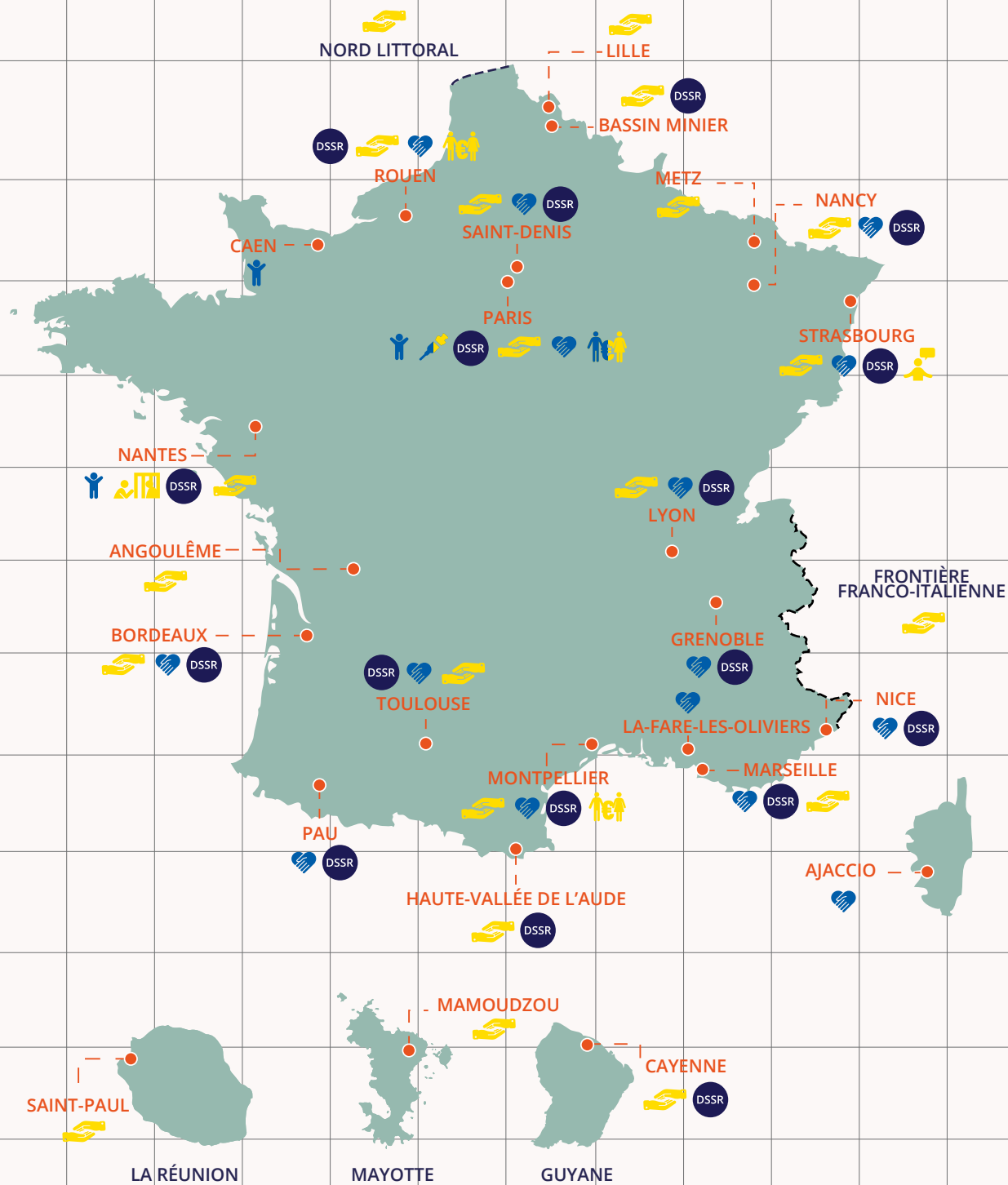
PROGRAMMES AVEC LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE À NANTES
ET À MARSEILLE

2

PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN ZONE RURALE OU URBAINE

1

DISPOSITIF PASS DE VILLE EN GUYANE



	Actions auprès des mineurs non accompagnés		Centres d'accueil, de soins et d'orientation		Actions mobiles
	Actions en milieu rural, dans la rue, les bidonvilles, auprès des migrants		Actions auprès des travailleuses et travailleurs du sexe		Actions dans les locaux de MdM
	Actions auprès des personnes détenues		Actions auprès des personnes usagères de drogues		Programmes transversaux
	Prévention en matière de droits et santé sexuels et reproductifs		Plaidoyer auprès des institutions européennes		

PROFIL DES PERSONNES REÇUES

AU CRIBLE DES
DÉTERMINANTS DE SANTÉ

01

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

LES POINTS ESSENTIELS

- 64 % des personnes accueillies dans les Caso s'identifient comme homme et 61 % ont entre 18 et 39 ans.
- 98 % des personnes sont de nationalités étrangères ; parmi elles, près de 37 % sont en France depuis moins de trois mois.

En France, Médecins du Monde rencontre des personnes en précarité extrême à travers divers programmes cités plus haut (cf. *Panorama des programmes*, p. 12). Les données quantitatives retenues pour ce rapport sont uniquement issues de l'analyse des files actives de l'ensemble des centres d'accueil, de soin et d'orientation (Caso) et du centre d'accueil d'orientation et accompagnement (Caoa).

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

Lors de sa première venue au Caso, chaque patient a un **entretien d'accueil. Les informations sont consignées une fois et une seule**, elles permettent d'établir une représentation socio-démographique des personnes reçues à leur arrivée.

En fonction des besoins des patients, des dossiers adéquats (médical, social, paramédical, etc.) sont ouverts et complétés à chaque visite. Ils permettent d'enregistrer toutes les consultations et actes réalisés¹ (cf. *Méthodologie*, p. 79).

Au cours de l'année 2022, 17 093 personnes ont été accueillies² dans l'un des 14 Caso de Médecins du Monde au cours de 31 271 visites. Au total, 37 174 consultations ont été réalisées en 2022 : 19 122 médicales ou dentaires, 4 658 infirmières ou de prévention, 13 305 sociales³.

La file active et le nombre de visites et de consultations avaient fortement chuté en 2020 (- 40,1 %) en raison de la crise sanitaire et de la fermeture temporaire de centres et de la réduction d'activités. En 2022, la reprise de l'activité des Caso, amorcée l'année précédente, reste encore relativement faible par rapport à 2020 puisque la hausse est de seulement 18,3 % pour les personnes accueillies et de 22,5 % pour les consultations médicales généralistes ou spécialistes.

Entre 2019 et 2021, les besoins exprimés de santé avaient baissé tandis qu'ils augmentaient pour les besoins d'accompagnement social. En 2022, plus de quatre personnes sur cinq se sont rendues dans les Caso pour la première fois pour des besoins de soins (80,7 %). Les besoins d'accompagnement social (administratif, social ou juridique) lors des premières visites représentent 36,8 % des personnes concernées. Si les personnes viennent moins souvent en première intention pour un motif social, elles reviennent plus souvent consulter les travailleurs sociaux lors des visites suivantes, du fait entre autres de la complexité des démarches pour l'ouverture des droits.

Un des motifs de venue à MdM

Je n'y comprends rien aux papiers. C'est ce qu'ils ne comprennent pas dans les bureaux là-bas. Ils disent de se faire suivre, mais encore faut-il pouvoir... Si on est mal foutu, si on est éloigné dans un petit village... C'est trop compliqué. Quand ils expliquent, ils vont trop vite pour moi. Mais avec vous, je suis confiant. Vous les comprenez.

[Personne concernée, programme accès aux soins]

¹ Lorsque le rapport précise « lors de l'entretien d'accueil » ou « situation au jour de leur première visite », il s'agit de la situation des personnes lors de leur première visite au Caso, quelle que soit l'année (en 2022 ou antérieure à 2022). Lorsque le rapport précise « lors de la première visite réalisée dans l'année 2022 », il s'agit de la situation des personnes vues en 2022.

² Personne ayant eu au moins une consultation et/ou un entretien d'accueil dans les Caso en 2022.

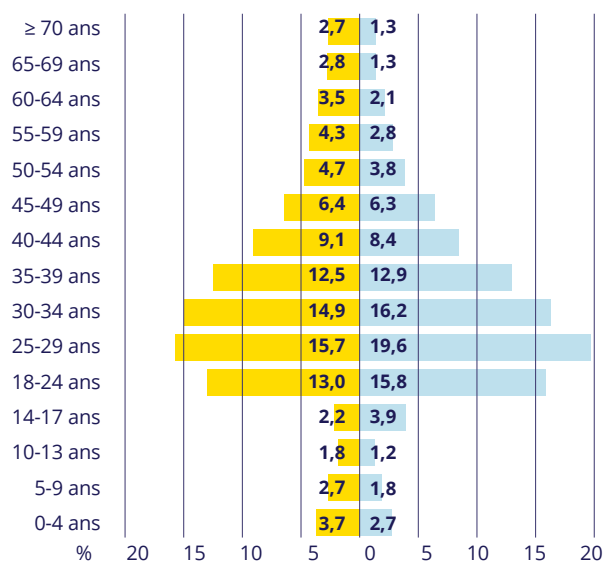
³ Hors entretien d'accueil et entretiens spécifiques concernant les violences subies.

en zone rurale, Haute vallée de l'Aude, 2022]

En 2022, parmi les personnes accueillies dans les Caso de MdM en France, 63,9 % s'identifient comme homme, 36,0 % s'identifient comme femme et 0,1 % comme transgenre. Après une hausse importante en 2021 (68,2 %), la proportion d'hommes et garçons en 2022 (63,9 %) retrouve presque le niveau de 2019 (64,4 %). Cette année, la proportion de femmes et filles (36,0 %) a augmenté par rapport à 2021 (31,7 %). Les mineurs représentent 9,9 % de l'ensemble des personnes reçues dans l'année. Que des mineurs aient besoin d'être suivis en Caso questionne l'accessibilité aux soins des enfants indépendamment de la situation de leurs parents. En moyenne, les personnes reçues dans les Caso sont âgées de 33,6 ans (médiane : 32 ans) ; plus de trois personnes sur cinq a entre 18 et 39 ans (61,4 %). Les hommes restent en moyenne moins âgés que les femmes venant dans les Caso (respectivement 32,7 ans et 35 ans) (figure 1).

Au jour de leur première venue dans les Caso⁴, la quasi-totalité des personnes reçues sont de nationalité étrangère (97,5 %). La majorité de ces personnes déclare venir d'Afrique subsaharienne (39,3 %) ou du Maghreb (30,8 %). Cette année, 17,8 % sont originaires d'Europe (dont 8,2 % d'Union européenne y compris la France et 9,6 % d'Europe hors UE), et 6,9 % du Proche et Moyen-Orient (figure 2).

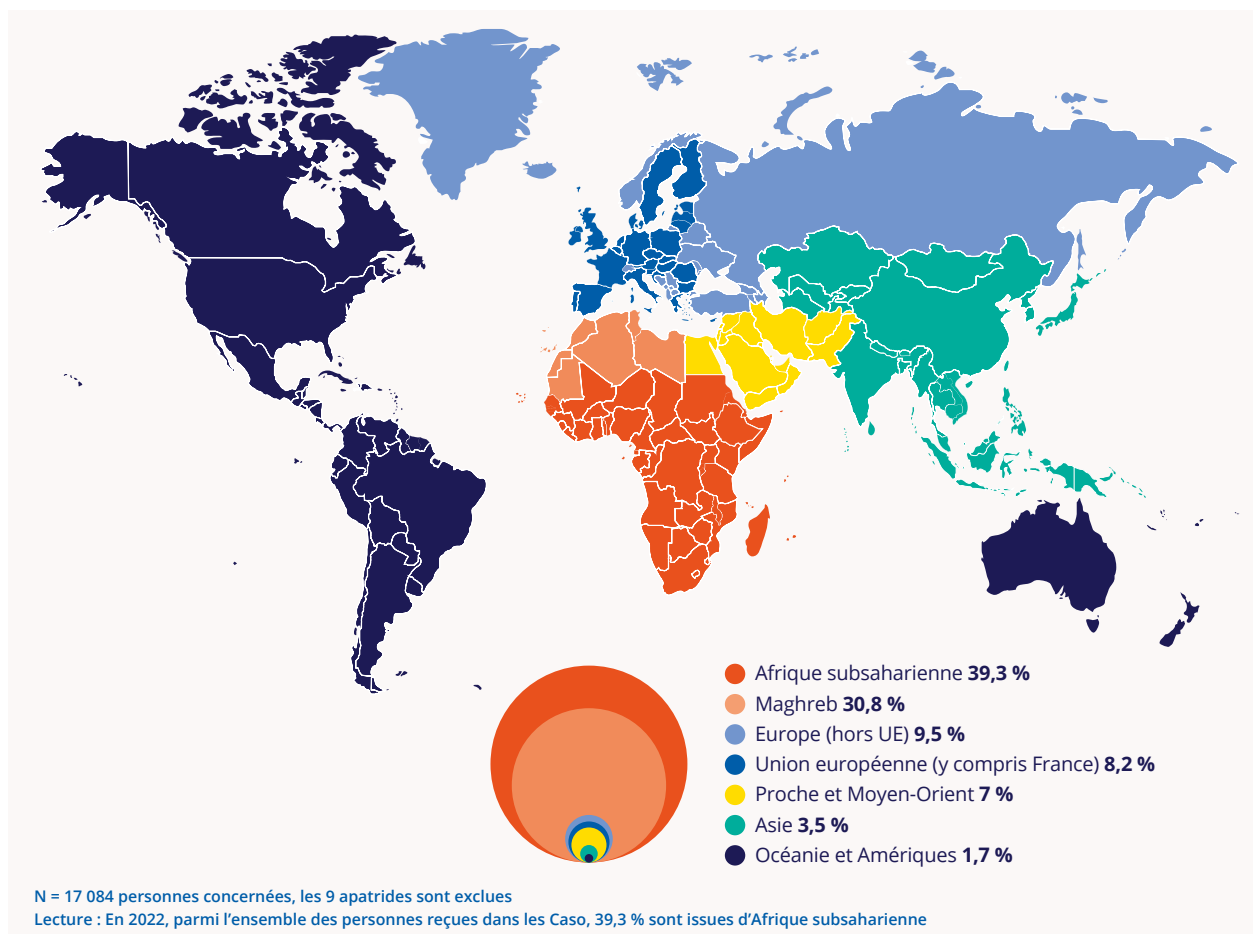
FIGURE 1 - PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2022 (EN % DE LA FILE ACTIVE)



Taux de réponse : 99,8 %
Lecture : En 2022, 3,7 % des personnes de genre féminin reçues dans les Caso sont âgées de 4 ans ou moins et 2,7 % des personnes de genre masculin.

● Femmes ● Hommes

FIGURE 2 - RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL (EN %)



⁴ Les informations socio-démographiques sont recueillies lors de l'entretien d'accueil, réalisé en théorie lors de la première venue dans les Caso.

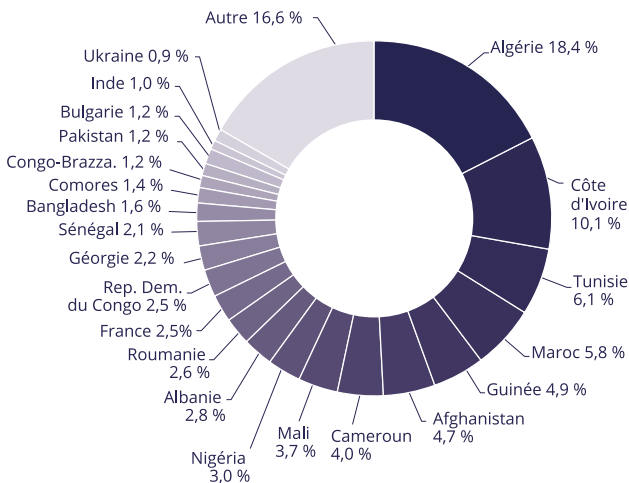
Le nombre de nationalités différentes augmente en 2022 avec 146 nationalités (contre 134 en 2021). Les ressortissants algériens et ivoiriens restent majoritaires (respectivement 17,7 % et 10,1 %). Les ressortissants tunisiens sont devenus la troisième population la plus importante (6,1 % en 2022 contre 4,3 % en 2021). La répartition des principales nationalités est relativement semblable à celle observée les années précédentes (figure 3).

Suite à l'invasion de leur pays par la Russie le 24 février 2022, les personnes ukrainiennes se sont exilées (près de 6 millions enregistrées en Europe en juin 2023, dont 70 570 en France au 31 décembre 2022⁵). Le gouvernement français a rapidement organisé l'accueil⁶ des personnes de nationalité ukrainienne⁷. Même si la part des personnes de nationalité ukrainienne reçues dans les Casos a doublé, elle est toujours minime (0,5 % en 2021 et 0,9 % en 2022). Il est possible qu'elles n'aient pas eu besoin de s'adresser à MdM parce qu'elles ont trouvé une prise en charge et un niveau d'information satisfaisants : protection temporaire, hébergement, gratuité des transports, accessibilité à l'emploi, affiliation immédiate effective à la Protection universelle maladie (PUMa)⁸, accès aux soins, passeport santé. En effet **le gouvernement a démontré qu'une politique migratoire basée sur un accueil digne est possible et « c'est également la confirmation que les moyens existent et que promouvoir les droits fondamentaux de toute personne migrante est in fine une question de volonté politique »⁹.**

FIGURE 3 – RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2022 SELON LA NATIONALITÉ (EN %)

Taux de réponse : 100 % (apatrides inclus).

En raison notamment de l'assouplissement des restrictions de déplacements entre pays après la crise sanitaire, la proportion de primo-arrivants¹⁰ a augmenté par rapport à la



période de la pandémie puisqu'elle représente 36,5 % des étrangers rencontrés (23,5 % en 2020, 27,3 % en 2021) se

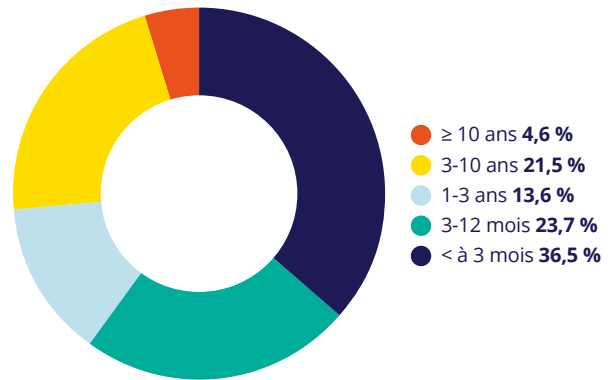
rapprochant de la proportion de 2019 (38,3 %). Moins d'un quart des personnes étrangères est en France depuis trois à 12 mois, plus d'un sur dix est présent depuis un à trois ans et plus d'un quart depuis trois ans et plus (figure 4).

La proportion de primo-arrivants est plus importante parmi les ressortissants du Proche et Moyen-Orient (53,5 %). Parmi les personnes originaires d'Asie, la proportion de celles arrivées en France depuis moins de trois mois a presque doublé entre 2021 (26,8 %) et 2022 (45,8 %). La proportion la plus importante des personnes sur le territoire depuis plus de dix ans est originaire de l'union européenne (hors France) avec 15,3 % d'entre elles.

FIGURE 4 - DURÉE DE PRÉSENCE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VISITE DANS LES CASO DANS L'ANNÉE 2022

Taux de réponse : 94,1 %

Lecture : En 2022, 36,5 % des personnes étrangères étaient en France depuis moins de trois mois lors de leur première visite dans les Casos dans l'année.



⁵ https://data.unhcr.org/fr/situations/ukraine#_ga=2.225794265.23908030.1676625674-1452194390.1675156302

⁶ Instruction relative à la mise en œuvre de la décision du Conseil de l'Union européenne du 5 mars 2022, prise en application de l'article 5 de la directive 2001/55/CE du Conseil du 20 juillet 2001 <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45302>

⁷ Les ressortissants étrangers résidant en Ukraine (travail ou études ou demande d'asile) n'ont pas les mêmes droits : <https://www.lacimade.org/presse/pas-de-repit-en-france-pour-les-etranger-es-dukraïne/>

⁸ L'assurance maladie a mis en ligne un dispositif d'accompagnement particulier : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/refugie-ukrainien>

⁹ <https://www.lacimade.org/presse/guerre-en-ukraïne-pour-un-accueil-digne-de-toutes-et-tous/>

¹⁰ En France depuis moins de trois mois. Certains migrants étant amenés à réaliser des allers-retours, il s'agit ici de leur situation au jour de leur première visite au cours de l'année 2022. La durée de résidence en France est calculée à partir de la dernière date d'entrée en France.

02

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- 51 % des personnes ayant des enfants mineurs ne vivent pas avec eux.
- 97 % des personnes ont déclaré vivre sous le seuil de pauvreté monétaire¹¹.
- 75 % des personnes perçoivent leur logement comme temporaire ou instable.

Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social¹² de santé (Marmot, 2004). Les déterminants intermédiaires de santé dont l'accès aux soins, les aspects sociaux, environnementaux et économiques (le logement, le type de quartier, l'environnement physique du travail, les moyens financiers pour acheter des aliments sains, des vêtements chauds) influent de manière combinée sur les inégalités. La causalité inverse selon laquelle l'état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance est aussi importante (A.-M. Moquet, 2008).

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Parmi les adultes accueillis dans les Caso, plus de sept personnes sur dix indiquent vivre seules et sans enfant à charge en France. Un tiers des personnes a des enfants mineurs, bien que dans la moitié des cas (51,2 %), ils ne vivent pas avec eux, ce qui met en évidence l'éclatement des familles, lié en partie à la migration (tableau 1). Les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille peuvent avoir des effets néfastes sur la santé mentale des personnes migrantes séparées de tout ou une partie de leurs enfants (Bouris et al., 2012 ; Miller et al., 2018 ; Schapiro, 2009).

TABLEAU 1 - SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS ET PLUS AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VENUE DANS LES CASO, 2022

	n	%
Parent d'un ou plusieurs enfants mineurs		
- Oui	3 446	30,0
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
- Vivent avec tous leurs enfants	1 341	41,1
- Vivent avec une partie de leurs enfants	250	7,7
- Ne vivent pas avec leurs enfants	1 667	51,2
Situation familiale en France¹		
- Vivent seuls sans enfant à charge	7 964	70,1
- Vivent seuls avec un ou plusieurs enfant(s) à charge	684	6,0
- Vivent en couple sans enfant à charge	1 490	13,1
- Vivent en couple avec un ou plusieurs enfant(s) à charge	1 216	10,7

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

Lecture : Parmi les personnes majeures rencontrées dans les Caso en 2022, 30 % sont parents d'au moins un enfant mineur au jour de leur entretien d'accueil. Parmi ces parents d'enfants mineurs, 41,1 % vivent avec tous leurs enfants.

¹¹ Indice INSEE fixé à 60 % du revenu médian de la population.

¹² On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc. (M.-J. Moquet & Potvin, 2011).

ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

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

Les personnes rencontrées subissent une précarisation économique importante. En 2021 et en 2022, 96,8 % des personnes ont déclaré vivre sous le seuil de pauvreté, dont 41,7 % n'ont aucune ressource. **En plus de montrer le niveau économique des personnes, cette information est importante puisqu'il s'agit de l'un des critères d'accès à la couverture maladie.** Le sujet n'est pas facile à aborder lors d'une première consultation, quand bien même les personnes sont informées des raisons pour lesquelles ces questions sont abordées.

L'exercice d'une activité concerne 18,2 % des personnes âgées de 16 ans et plus (tableau 2). Il est nettement plus élevé chez les hommes : 23,1 % déclarent une activité contre 9,5 % des femmes. Parmi les personnes de nationalité étrangère, il augmente avec la durée de présence en France : 5,6 % pour les primo-arrivants, et jusqu'à 39,9 % après trois ans de présence en France.

TABLEAU 2 – ACTIVITÉS ET RESSOURCES DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2022

	n	%
Exercent une activité pour gagner leur vie en France	1 964	18,2
- Activité déclarée	327	3,0
- Activité non déclarée	1 637	15,2
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
- Aucune ressource	1 306	41,7
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté ¹	1 725	55,1
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	99	3,2

Taux de réponse : Activité : 82,8 % ; Ressources du foyer : 24 %¹³

(1) Ce seuil s'établit en 2019 à 1 102 € mensuels pour une personne seule et correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population (source : INSEE)¹⁴.

Lecture : Parmi les personnes de 16 ans et plus rencontrées dans les Caso en 2022, 18,2 % indiquent exercer une activité rémunérée en France lors de leur entretien d'accueil.

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

Cercle vicieux santé-précarité

L'équipe rencontre pour la première fois un jeune homme de 21 ans. En France depuis trois ans, il se débrouillait jusque-là, en faisant des petits boulots, et était logé chez un « compatriote », qui lui sous-louait un « espace ». Il a perdu son travail à la suite d'un accident ayant entraîné plusieurs fractures d'une jambe. Ne pouvant plus payer son hébergement, il s'est retrouvé à la rue, alors que son état nécessite une rééducation importante. Sans rééducation, il ne pourra pas retrouver l'usage de sa jambe, ni retrouver d'activités rémunérées pour subvenir à ses besoins.
[Équipe MdM, Caso, Nancy, 2022]

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE (HABITAT)

Les problématiques de l'habitat précaire touchent tous les publics rencontrés par les programmes de MdM : qu'ils vivent en bidonvilles, squats ou qu'ils soient isolés à la rue.

Lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, les trois quarts des personnes perçoivent leurs conditions de logement comme temporaires ou instables (75,2 %). Plus de la moitié des personnes ont déclaré être hébergées, majoritairement par de la famille ou des amis (50,7 %), 12,3 % des personnes déclarent être hébergées au sein d'un foyer ou d'une structure d'hébergement pour une durée supérieure à 15 jours (tableau 3). Seules 7,1 % des personnes disposent d'un logement personnel. Elles sont ensuite 5,7 % à vivre dans un squat ou un bidonville et 21,4 % sont sans domicile fixe : 17,2 % des personnes sont à la rue et 4,2 % sont logées dans un hébergement d'urgence pour une durée de moins de 15 jours. Ainsi près d'un tiers des personnes (27,1 %) vivent dans des conditions de très grande précarité : en bidonvilles ou squats, à la rue ou dans des hébergements d'urgence de courte durée. Toutefois, un hébergement n'est pas un gage de stabilité ni de conditions satisfaisantes. En effet, un hébergement personnel, familial ou amical peut lui aussi être précaire (la durée peut être courte, les logements surpeuplés, l'habitat insalubre, avec des contreparties sexuelles, financières, garde d'enfants, ménage, etc.).

¹³ Il est souvent difficile d'aborder le sujet dès le premier entretien.

¹⁴ Au moment de l'écriture de ce rapport l'INSEE n'a pas calculé de seuil pour 2021 ni pour 2020.

TABEAU 3 - SITUATION DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN CASO, 2022

	n	%
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	943	7,1
Hébergé(e)s	8 594	64,8
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis	6 717	50,7
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours (hôtel, foyer, CADA...)	1 626	12,3
- Hébergé par un réseau/collectif militant/hébergement solidaire	251	1,9
Squat, bidonville	752	5,7
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	533	4,0
- Occupant un terrain sans droit (campement illégal)	219	1,7
Sans domicile fixe	2 838	21,4
- Personne à la rue	2 278	17,2
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, Samu social, etc.)	560	4,2
Autre situation¹	134	1,0
Ressenti des patients vis-à-vis du logement		
- Temporaire / Instable	9 137	75,2
- Stable	3 016	24,8

Taux de réponse : type de logement : 77,6 % ; ressenti sur le logement : 71,1 %

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

Lecture : Parmi les personnes rencontrées en Caso en 2022, 7,1 % vivent dans un logement personnel et 64,8 % sont hébergées au jour de leur entretien d'accueil.

LEURS ACCÈS AUX DROITS

À LA SANTÉ ET AUX SOINS

01

LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2022, lors de leur entretien d'accueil, plus des deux tiers des personnes sont éligibles à une couverture maladie.
- 87 % des personnes éligibles à l'AME ne sont pas couvertes.

Parmi l'ensemble des personnes reçues dans les Caso en 2022, **82,7 % n'ont aucune couverture maladie** (figure 5).

Lors de leur première venue en 2022, **67,3 % des personnes sont éligibles à une couverture maladie** (41,1 % à l'AME, 25,5 % à la PUMa et plus de 1 % à une couverture de base européenne ou une assurance visa). La proportion de personnes éligibles doit être mise au regard des difficultés d'accès à l'éligibilité. En effet, la réforme de la couverture santé de 2019¹⁵ mise en place au 1^{er} janvier 2020, qui concerne les personnes en situation administrative régulière et irrégulière, a complexifié les procédures et entravé l'accès aux soins des personnes étrangères précarisées :

- Instauration d'un délai de carence de trois mois avant l'affiliation des demandeurs d'asile au régime général d'assurance maladie PUMa¹⁶ ;
- Réduction de la période de maintien des droits.
- Instauration d'un critère de délai de résidence en situation irrégulière en France de trois mois pour l'AME¹⁷ ;
- Instauration d'un délai de carence de neuf mois avant l'accès au panier de soins complets de l'AME ;
- Obligation de dépôt physique en caisse primaire d'assurance par tous les primo-demandeurs d'AME.

L'ouverture effective des droits est particulièrement limitée puisque parmi les personnes reçues dans les Caso en 2022, 86,5 % des personnes éligibles à l'AME et 54,9 % des personnes éligibles à la PUMa ne sont pas couvertes. Ce faible taux de couverture au regard de leurs droits est dû à de multiples facteurs politiques et à des pratiques limitantes décrites plus bas.

Difficultés administratives entraînant des ruptures de soins

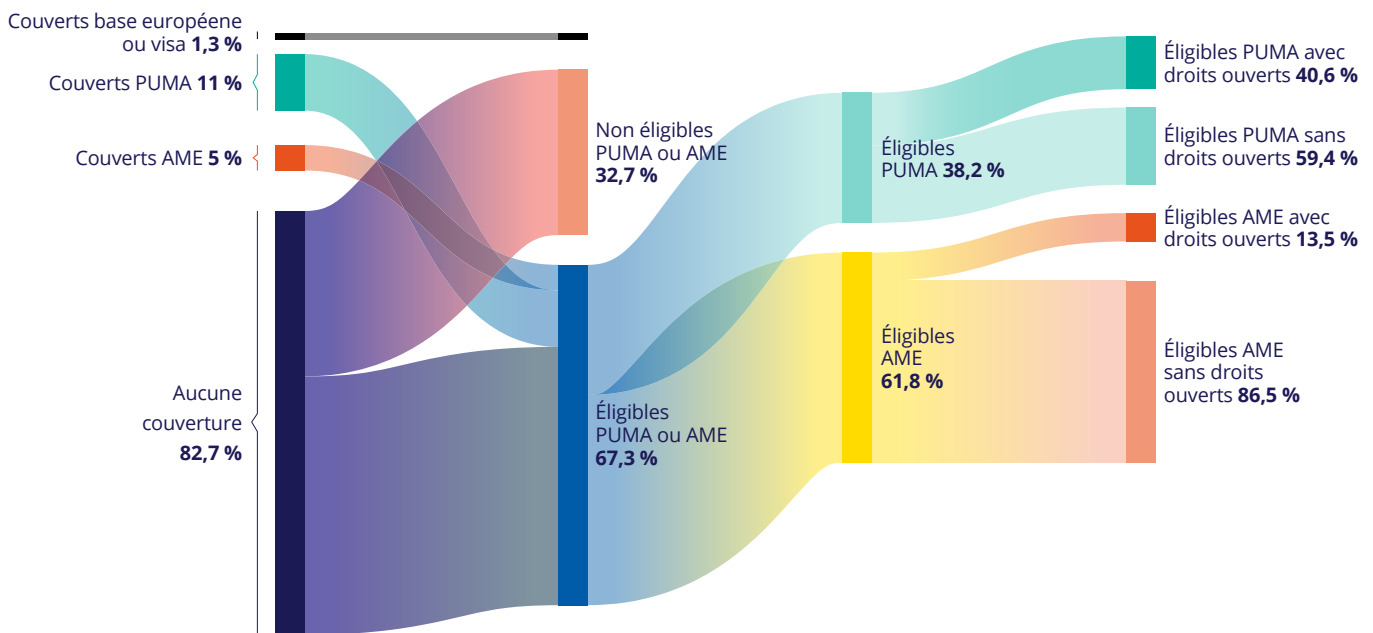
À la suite d'une demande de prolongation de droits de la complémentaire santé solidaire (C2S) pour M., nous contactons la CPAM car M. n'a pas de nouvelles depuis plusieurs mois suite au dépôt de son dossier. La CPAM affirme avoir envoyé un courrier à M. lui demandant un document complémentaire, courrier que M. n'a jamais réceptionné à son adresse de domiciliation. Nous apprenons que le dossier de M. est clos et qu'il faut entamer une nouvelle demande. M. est atteint d'un cancer et une rupture de soins peut entraîner des conséquences importantes sur sa santé. [Équipe MdM, Caso, Strasbourg, 2022]

15 Constituée des articles 264 et 265 de la Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, du Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France, du Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé, du Décret n° 2020-715 du 11 juin 2020 relatif à la consultation du traitement de données VISABIO et du Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

16 Prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale sous conditions de résidence régulière ou de travail en France.

17 Prise en charge complète des frais de santé dans la limite des tarifs de la sécurité sociale s'adressant aux personnes en situation irrégulière au regard du séjour sous conditions de ressources et de résidence en France en situation administrative irrégulière.

FIGURE 5 - COUVERTURE EFFECTIVE ET ÉLIGIBILITÉ AUX DIFFÉRENTES COUVERTURES POSSIBLES DES PERSONNES AU JOUR DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS LES CASO EN 2022 (EN %)



Taux de réponse : 71,9 %

Lecture : Parmi l'ensemble des personnes reçues, au jour de leur entretien d'accueil, 67,3 % étaient éligibles à une couverture maladie. Parmi ces personnes éligibles, 61,8 % l'étaient à l'AME. Parmi les personnes éligibles à l'AME, 86,5 % n'avaient pas de droits ouverts.

Parmi l'ensemble des personnes rencontrées dans les Caso en 2022, seules 11,0 % sont couvertes par la PUMa, 5,0 % par l'AME, et moins de 1 % par une couverture maladie européenne ou assurance visa.

La probabilité d'avoir des droits ouverts est fortement liée au type de couverture maladie à laquelle sont éligibles les personnes rencontrées. **Les personnes éligibles à la PUMa ont en effet une probabilité six fois plus élevée d'avoir des droits ouverts par rapport aux personnes relevant de l'AME** (tableau 4).

TABLEAU 4 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX PERSONNES DISPOSANT DE DROITS OUVERTS À LA COUVERTURE MALADIE PARMI LES PERSONNES ÉLIGIBLES À LA COUVERTURE MALADIE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2022

	Droits ouverts à la couverture maladie ¹		
	n	%	OR ²
Ensemble	1 948	23,9	
Sexe			
- Homme	1 218	22,6	réf
- Femme	729	26,2	1,2**
Âge			
- Moins de 20 ans	203	14,2	0,6***
- 20-39 ans	1 004	23,0	réf
- 40-59 ans	571	30,2	1,3***
- 60 ans et plus	164	35,7	1,4*
Nationalité et présence en France			
- Français	167	54,1	3,7***
- Étranger présent depuis moins de 1 an	495	12,1	réf
- Étranger présent depuis 1 à 3 ans	404	29,8	4,4***
- Étranger présent depuis 3 ans ou plus	561	32,3	5,7***
Éligibilité à la couverture maladie			
- PUMa	1 267	40,6	6,5***
- AME	681	13,5	réf

(1) Les patients disposant de droits dans un autre pays européen ou couverts par l'assurance du visa sont exclus de l'analyse. Les patients ayant des droits ouverts n'ont pas nécessairement des droits ouverts complets (C2S notamment)

(2) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau ; *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

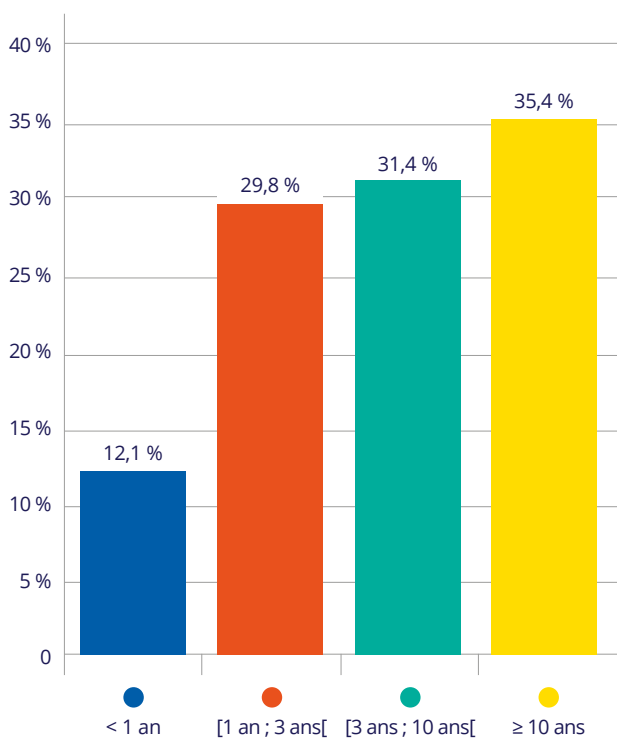
Modèle réalisé sur 7 488 personnes reçues en Caso éligibles à la couverture maladie pour lesquelles l'ensemble des variables du tableau ont été renseignées.

Lecture : Indépendamment des autres variables du modèle, la probabilité d'avoir des droits ouverts à la couverture maladie est significativement plus élevée pour les personnes âgées entre 40 et 59 ans que pour celles âgées entre 20 et 39 ans. (OR = 1,3 ; p>0,001).

L'absence de couverture a des conséquences sur l'accès à la prévention et aux soins. Deux facteurs influencent le choix du lieu de soins habituel : **le fait d'être couvert par l'AME mais aussi la durée écoulée depuis la première fois que la personne a été couverte par l'AME**. Les personnes couvertes par l'AME dans la durée ont moins recours aux services des associations, des Pass et des services d'urgences mais s'orientent de plus en plus en cabinet médical (Marsaudon et al., 2023).

Parmi les personnes reçues en 2022, les personnes étrangères éligibles à une couverture maladie ayant des droits ouverts et présentes en France depuis moins d'un an lors de leur entretien d'accueil représentent 12,1 % pour 35,4 % des personnes résidant en France depuis plus de dix ans (figure 6). Ainsi, même si les personnes présentes depuis dix ans et plus ont trois fois plus de chances d'avoir des droits ouverts, ils ne sont qu'un tiers à l'être.

FIGURE 6 - PART DES PERSONNES ÉTRANGÈRES ÉLIGIBLES À LA COUVERTURE MALADIE ET AYANT DES DROITS OUVERTS SELON LA DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN CASO, 2022



Lecture : Parmi les personnes reçues en 2022, 12,1 % des personnes étrangères éligibles à la couverture maladie et présentes en France depuis moins d'un an avaient des droits ouverts lors de leur entretien d'accueil.

Devant le nombre important de demandes de consultation, certains Caso privilégient le fait de recevoir les personnes qui n'ont aucune couverture maladie et, quand c'est possible, orientent dès l'accueil les personnes qui disposent de droits ouverts vers le système de droit commun. Les équipes continuent toutefois d'accueillir des personnes qui disposent de droits ouverts parce qu'elles continuent de rencontrer des difficultés d'accès aux soins : méconnaissance des lieux, barrière linguistique, mauvaise expérience dans le système, barrière psychologique, difficultés à trouver un médecin traitant, refus de soins.

Utilisation de vigile comme nouvelle barrière d'accès

Le 9 mars, S. est orienté vers la CPAM pour une prise de rendez-vous dans le cadre d'un premier dépôt d'AME. À l'entrée, le vigile lui propose uniquement un rendez-vous téléphonique pour le 20 avril. M. nous recontacte, nous appelons le 3646, au bout d'une demi-heure d'attente, nous arrivons à avoir une agente qui fixe un rendez-vous physique à M. pour le 21 mars. [Équipe MdM, Caso, Strasbourg, 2022]

02

LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

- Des obstacles à l'accès aux droits et aux soins ont été évoqués par plus des trois quarts (77 %) des personnes lors des entretiens d'accueil.
- Les principaux obstacles rencontrés sont la méconnaissance des droits et des structures (33 %) et les difficultés administratives (31 %).
- Plus d'un tiers des personnes en situation irrégulière au regard du droit de séjour indiquent limiter leurs déplacements ou leurs activités par peur d'être arrêtées.

Lors de 76,8 % des entretiens d'accueil, de multiples obstacles à l'accès aux droits et aux soins sont évoqués et évalués. Certains d'entre eux sont spécifiques à l'accès aux droits, d'autres à l'accès aux soins et d'autres concernent les deux types d'accès.

La méconnaissance des droits et des structures, notamment du fait du manque d'information par les services en charge, et les difficultés administratives sont les obstacles les plus souvent rencontrés (respectivement 32,5 % et 31,0 % des personnes concernées). Pour 22,1 % des personnes la barrière linguistique est un obstacle, 19,8 % estiment ne pouvoir prétendre à aucune couverture maladie et 16,0 % évoquent les difficultés financières (tableau 5). Les personnes sans droits ouverts sont plus nombreuses à évoquer une méconnaissance des droits et des structures (34,0 % vs. 21,1 % des personnes ayant une couverture santé).

TABLEAU 5 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS LES CASO, 2022

	n	%
Aucun obstacle déclaré	2 009	23,2
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecin traitant)	2 812	32,5
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.)	2 681	31,0
Barrière linguistique	1 915	22,1
Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.)	1 712	19,8
Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraires, soins non pris en charge, etc.)	1 388	16,0
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	443	5,1
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.)	192	2,2
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	140	1,6
Éloignement des structures administratives ou de soins	76	0,9
Droits ouverts dans un autre pays européen	45	0,5
Autre raison exprimée (refus officine, Pass non fonctionnelles, etc.)	222	2,6

Taux de réponse : 50,6 %

Lecture : en 2022, 32,5 % des personnes rencontrées dans les Caso ont évoqué leur méconnaissance des droits et des structures comme obstacle à l'accès aux droits et aux soins lors de leur entretien d'accueil.

L'accès à la couverture maladie requiert d'avoir une adresse permettant de recevoir son courrier. Les CCAS doivent en premier lieu leur délivrer une domiciliation, **or 28,4 % des personnes rencontrées en 2022 ne disposent pas d'adresse postale lors de leur entretien d'accueil** (tableau 6). Elles sont 40,1 % à disposer d'une adresse personnelle ou chez un proche et 31,4 % d'une domiciliation administrative, principalement en association (69,4 % parmi ces dernières), elles sont assez peu nombreuses à avoir une adresse dans un CCAS (16,0 %).

Parmi les personnes reçues dans les Caso, 34,5 % des personnes en situation administrative irrégulière disent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtées (sans spécifier l'objet du déplacement). Se rendre à la CPAM ou sur un lieu de soin peut donc paradoxalement être source de danger.

TABLEAU 6 - SITUATION DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO VIS-À-VIS DE L'ADRESSE POSTALE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2022

(Plusieurs réponses possibles)	n	%
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille/amis)	4 835	40,1
Dispose d'une domiciliation administrative	3 785	31,4
Dont :		
- Dans un centre communal d'action sociale (CCAS)	522	16,0
- Dans une association	2 262	69,4
- Autre	477	14,6
A besoin d'une adresse postale	3 424	28,4

Taux de réponse : dispose d'une adresse : 70,5 % ; Lieu domiciliation administrative : 86,2 % ; Détail pour besoin de domiciliation : 63,8 %.
Lecture : Parmi les personnes rencontrées en 2022, 31,4 % disposent d'une domiciliation administrative au jour de leur entretien d'accueil. Parmi ces personnes, 69,4 % sont domiciliés dans une association.

Barrière administrative entraînant une barrière financière d'accès aux soins

En mars 2022, une dame vient nous voir car elle n'a aucune réponse pour une demande d'affiliation à l'AME qu'elle a déposée en décembre 2021.

L'assistante sociale appelle le 3646 : la demande est rejetée car l'agent considère que Madame est en règle par rapport au séjour puisque la facture EDF est à son nom. L'assistante sociale explique qu'une facture EDF n'est pas un titre de séjour, l'interlocuteur assure que le dossier sera revu.

Toujours sans nouvelle sept mois plus tard, l'assistante sociale rappelle le 3646, l'interlocuteur promet de recontacter la personne concernée. Il lui sera ensuite proposé un rendez-vous pour faire une nouvelle demande. Les trois factures hospitalières (urgences, urgences dentaires et urgences pédiatriques) reçues depuis la première demande d'AME ne pourront donc pas être prises en compte.

[Équipe MdM, Caso, Nice, 2022]

03

L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

- Parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé aux soins, près de 9 personnes sur 10 l'ont fait pour des raisons financières.
- Près de la moitié des patients présentent un retard de recours aux soins selon l'avis du médecin.
- 45 % des patients sont dans une situation médicale urgente ou assez urgente selon le médecin.

RENONCEMENTS AUX SOINS ET RETARDS DE SOINS

Lors de la première visite dans les Caso, 16,7 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédents, dont 86,5 % pour des raisons financières. Ce chiffre paraît toutefois très sous-estimé, en raison de la banalisation de ces renoncements, de l'intégration par les personnes de la « normalité » de leur non-accès, de la méconnaissance de leurs droits, du fait que la santé est souvent reléguée derrière d'autres priorités vitales.

Non-application du dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV)

S. a reçu une facture hospitalière d'un montant de près de 12 000 euros suite à une hospitalisation et une opération pour des soins urgents et vitaux ayant eu lieu en décembre 2021 au CHU. Il a demandé pour lui et sa famille l'AME qui leur a été refusée car leurs ressources étaient supérieures au plafond annuel¹⁸. Par ailleurs, la famille est actuellement en cours de régularisation par le travail auprès de la préfecture. Bien que la famille ait été suivie par la Pass, aucune démarche n'avait été effectuée concernant la demande de DSUV, qui recevait régulièrement des courriers

de relance du service facturation de l'hôpital. Cette situation a créé un grand stress et a nécessité un suivi psychologique de S. durant cette période. La situation a pu se régulariser suite au rappel de la loi DSUV par l'équipe MdM. [Équipe MdM, Caso de Rouen, 2022]

Selon l'avis des médecins, **près de la moitié des personnes reçues en consultation dans les Caso avaient un retard de recours aux soins¹⁹ (49,7 %), et 44,6 % nécessitaient des soins médicaux urgents ou assez urgents** (tableau 7).

Ressources financières et continuité des soins
J'ai eu un accident et j'ai été longtemps hospitalisée. J'ai travaillé trois mois au début de l'année. Je rame pour récupérer les dettes que j'ai eues pendant que j'étais à l'hôpital. Je ne travaillais plus mais il fallait bien continuer de payer le loyer et tout le reste. Et avec ce petit boulot, je n'ai plus le droit à la mutuelle. Je vais chaque semaine chez le kiné. Mais je ne vais plus avoir les moyens. Il est bien gentil le kiné, il m'a offert les deux dernières séances... Je suis à bout. [Personne concernée, programme accès aux soins en zone rurale, Haute vallée de l'Aude, 2022]

¹⁸ https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php

¹⁹ Pour chaque pathologie (codage CISP), le médecin déclare s'il y a un « retard de soins urgents ou assez urgent ».

TABLEAU 7 – RETARD, URGENCE, RENONCEMENT ET REFUS DE SOINS DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO EN 2022

(Plusieurs réponses possibles)	n	%
En consultation de médecine générale		
Retard de recours aux soins médicaux	1 609	49,7
Soins médicaux urgents ou assez urgents	2 694	44,6
Pendant l'entretien d'accueil		
Renoncement aux soins déclaré au cours des 12 derniers mois	1 335	16,7
<i>Dont renoncement pour des raisons financières</i>	1 072	86,5
Refus de soins dans une structure de santé	226	3,0

Taux de réponse : Retard de soins : 37,6 % des patients reçus en consultation médicale, avec diagnostic d'appareil ; Urgence du cas : 55,9 % des patients reçus en consultation médicale ; Renoncement aux soins : 46,7 % des personnes de la file active ; Renoncement pour raisons financières : 96,0 % des personnes ayant renoncé aux soins ; Refus de soins : 43,7 % des personnes de la file active.

Lecture : En 2022, parmi les patients reçus en consultation médicale avec diagnostic d'appareil, 49,7 % ont été déclarés comme ayant un retard de recours aux soins médicaux selon l'avis des médecins.

Parmi les personnes éligibles à l'AME reçues dans les Caso en 2022, celles sans droits ouverts renoncent deux fois plus aux soins au cours des 12 derniers mois que celles couvertes par l'AME (respectivement 22,4 % et 12,6 %).

TABLEAU 8 - RENONCEMENT AUX SOINS CHEZ LES PERSONNES ÉLIGIBLES À L'AME LORS DE L'ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS LES CASO, 2022

	Personnes couvertes par l'AME		Personnes éligibles à l'AME sans droits ouverts	
	n	%	n	%
Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois	44	12,6*	627	22,4

* p<0,001

Taux de réponse : Renoncement aux soins : 63,4 %.

Le besoin d'une prise en charge médicale urgente ou assez urgente identifiée par un médecin est plus importante pour les patients présentant un retard de soins (53,9 % vs. 39,0 % pour les patients sans retard de soins). **Les personnes disposant de droit à la couverture maladie (PUMa ou AME) présentent moins de retard de soins (35,5 %) que celles sans droits ouverts (51,4 %).** Ne pas permettre l'accès à une couverture maladie ne fera qu'aggraver les problèmes de santé à long terme et, par conséquent, augmenter les coûts de prise en charge des personnes concernées. À besoins de soins équivalents, les personnes couvertes par l'AME recourent plus aux soins que celles non couvertes (Marsaudon et al., 2023).

Le besoin d'une prise en charge médicale urgente ou assez urgente identifiée par un médecin est plus importante pour les patients présentant un retard de soins (53,9 % vs. 39,0 % pour les patients sans retard de soins). Les personnes disposant de droit à la couverture maladie (PUMa ou AME) présentent moins de retard de soins (35,5 %) que celles sans droits ouverts

(51,4 %). Ne pas permettre l'accès à une couverture maladie ne fera qu'aggraver les problèmes de santé à long terme et, par conséquent, augmenter les coûts de prise en charge des personnes concernées. À besoins de soins équivalents, les personnes couvertes par l'AME recourent plus aux soins que celles non couvertes (Marsaudon et al., 2023).

Refus et renoncements aux soins

À Nice, il est souvent difficile de trouver des professionnels de santé ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires. Certaines spécialités, notamment celles en « accès direct », sont conventionnés secteur 1 : quatre pédiatres, huit gynécologues, neuf ophtalmologistes. Cette situation engendre une « répartition » très inégale des patients bénéficiaires de l'AME pour lesquels la télétransmission est plus difficile (en l'absence de carte à puce) et certains praticiens renoncent maintenant à recevoir de nouveaux patients bénéficiaires de l'AME.

En conséquence, nous rencontrons toujours des patients qui se heurtent soit à des refus de soins (8,5 % des répondants en 2022 vs. 6 % en 2021), ou qui ont dû régler des dépassements d'honoraires. Au total, 18 % des patients viennent nous voir après avoir renoncé aux soins dans le système de droit commun. [Équipe MdM, Caso de Nice, 2022]

Lors des consultations de médecine générale, un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 53,5 % des personnes en situation administrative irrégulière contre 44,4 % pour les personnes en situation administrative régulière. La grande fréquence des problèmes de santé, une plus grande exposition aux risques de santé en raison des conditions de vie difficiles et une grande précarité, cumulée avec la faiblesse de l'accès à une médecine préventive, montrent que l'AME est un véritable filet de sécurité de santé publique et individuelle (Assemblée Nationale, 2021).

Les médecins ont diagnostiqué que les retards de soins concernent plus souvent des pathologies chroniques (51,1 %) que des pathologies aiguës (34,8 %) (tableau 9).

TABLEAU 9 – RETARDS DE RECOURS AUX SOINS ET RENONCEMENT AUX SOINS SELON LE CARACTÈRE CHRONIQUE DE LA PATHOLOGIE ET L'URGENCE MÉDICALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION DANS LES CASO EN 2022

	Pathologie chronique		Soins urgents ou assez urgents	
	n	%	n	%
Retard de recours aux soins	***		***	
- Non	708	44,3	585	39,0
- Oui	1 047	65,9	799	53,9
Renoncement aux soins	***		ns	
- Non	1 046	53,6	1 144	46,3
- Oui	216	64,9	190	45,7

Test du Khi-deux : *** p<0,001 ns : non significatif.

Lecture : 65,9 % des personnes présentant un retard de recours aux soins lors de leurs consultations de médecine générale ont été diagnostiqués pour au moins une pathologie chronique en 2022, contre 44,3 % des personnes qui ne présentaient pas de retard de recours aux soins.

LEUR ÉTAT DE SANTÉ

01

ÉTAT DE SANTÉ SOMATIQUE

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2022, 15 706 consultations de médecine générale ont été réalisées : les principales pathologies diagnostiquées sont d'ordre digestif, ostéoarticulaire et respiratoire.
- Plus de la moitié des patients a été diagnostiquée pour au moins une pathologie chronique.
- 84 % des patients diagnostiqués nécessitent un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie, selon l'avis du médecin.

La France fait partie des pays où, malgré un bon état de santé général en moyenne, les inégalités sociales de santé sont parmi les plus fortes en Europe occidentale (Menvielle & Lang, 2021). **L'ensemble des déterminants (conditions de vie avant et pendant leur parcours migratoire, accueil sur le territoire, accès aux droits de séjour, de logement digne, à une couverture maladie, aux structures de santé) impacte durement la santé des personnes rencontrées dans les programmes de Médecins du Monde.**

Les médecins des Caso utilisent depuis 2006 la classification internationale des soins primaires (CISP) créée par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) et reconnue par l'OMS (Cf. annexes).

En 2022, lors de 19 122 consultations médicales (généralistes ou spécialistes) ou dentaires, 11 665 patients différents ont été reçus dans l'un des 14 Caso de MdM. Plus spécifiquement, 15 706 consultations de médecine générale ont été réalisées auprès de 10 803 patients, avec en moyenne 1,5 consultations par patient.

Dans les Caso, les patients sont orientés dès que possible vers le système de droit commun et ne bénéficient que très peu au sein des Caso d'examens paracliniques permettant d'étayer des diagnostics. En 2022, lors des consultations de médecine générale, environ un patient sur cinq est diagnostiqué pour des troubles liés au système digestif (22,1 %), ostéoarticulaire (19,5 %) ou respiratoire (18,5 %). Les troubles d'ordre dermatologique (14,5 %) ou général (10,9 %) sont également fréquents (tableau

10). Les déterminants sociaux tels que les mauvaises conditions de vie, l'insalubrité, les difficultés d'accès à l'alimentation rendent les patients reçus dans les Caso encore plus vulnérables à ces pathologies (Huaume et al., 2017 ; Kentikelenis et al., 2015).

TABEAU 10 - PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2022

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	n	%
Système digestif	1903	22,1
Symptômes et plaintes du système digestif	1083	12,6
Affections dents-gencives	477	5,5
Autres diagnostics du système digestif	256	3,0
Infections gastro-intestinales	96	1,1
Hépatite virale	69	0,8
Pathologies ulcéreuses	22	0,3
Ostéoarticulaire	1677	19,5
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	677	7,9
Syndromes dorsolombaires	369	4,3
Symptômes et plaintes du rachis	361	4,2
Autres diagnostics locomoteurs	292	3,4
Respiratoire	1590	18,5
Infections respiratoires supérieures	544	6,3
Toux	273	3,2
Autres diagnostics du système respiratoire	239	2,8
Infections respiratoires inférieures	232	2,7
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	210	2,4
Asthme	143	1,7
Symptômes et plaintes nez-sinus	86	1,0
Peau	1247	14,5
Parasitoses/ Candidoses	401	4,7
Symptômes et plaintes cutanés	275	3,2
Autres pathologies cutanées	190	2,2
Dermatites atopiques et contact	155	1,8
Infections cutanées	148	1,7
Éruptions cutanées/ Tuméfactions	135	1,6
Général et non spécifié (1)	938	10,9
Symptômes et plaintes généraux	659	7,7
Diagnostics non classés ailleurs	112	1,3
Tuberculose	11	0,1
Cardiovasculaire	765	8,9
Hypertension artérielle	506	5,9
Pathologies vasculaires	106	1,2
Cardiopathies, troubles du rythme	90	1,1
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	55	0,6
Autres diagnostics cardiovasculaires	28	0,3
Psychologique	701	8,2
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques	506	5,9
Syndromes dépressifs	112	1,3
Autres problèmes psychologiques	39	0,5
Psychoses	38	0,4
Usage de substances psychoactives (tabac/médicaments)	14	0,2
Usage de substances psychoactives (alcool)	13	0,2
Usage de substances psychoactives (drogues)	10	0,1

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	n	%
Métabolisme, nutrition, endocrinien	480	5,6
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	336	3,9
Autres diagnostics métaboliques	113	1,3
Symptômes et plaintes métaboliques	27	0,3
Excès pondéral-Obésité	20	0,2
Neurologique	411	4,8
Symptômes et plaintes neurologiques	188	2,2
Autres diagnostics neurologiques	181	2,1
Épilepsie	41	0,5
Système génital féminin	357	4,2
Symptômes et plaintes du système génital féminin	136	1,6
Troubles des règles	95	1,1
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	65	0,8
Autres diagnostics du système génital féminin	51	0,6
Grossesse, accouchement	315	3,7
Grossesses et couches non pathologiques	218	2,5
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	53	0,6
Contraception	18	0,2
Grossesses et couches pathologiques	12	0,1
Œil	280	3,3
Symptômes et plaintes du système oculaire	115	1,3
Infections de l'œil	107	1,2
Autres diagnostics du système oculaire	44	0,5
Lunettes-Lentilles	12	0,1
Oreille	280	3,3
Infections du système auditif	123	1,4
Symptômes et plaintes du système auditif	81	0,9
Autres diagnostics du système auditif	45	0,5
Système urinaire	304	3,5
Infections urinaires/rénales	144	1,7
Symptômes et plaintes urinaires	132	1,5
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	35	0,4
Système génital masculin	119	1,4
Symptômes et plaintes du système génital masculin	65	0,8
Autres diagnostics du système génital masculin	26	0,3
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	18	0,2
Sang, système hémato/immunologique	101	1,2
Anémies	42	0,5
VIH	25	0,3
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	21	0,2
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	11	0,1
Catégories transversales	484	5,6
Traumatismes	236	2,7
Maladies infectieuses non classées ailleurs	121	1,4
Peurs de / Préoccupations	77	0,9
Cancers	50	0,6

Taux de réponse : 79,7 %. Les 10 résultats de consultations les plus fréquentes sont signalés en gras.

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

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

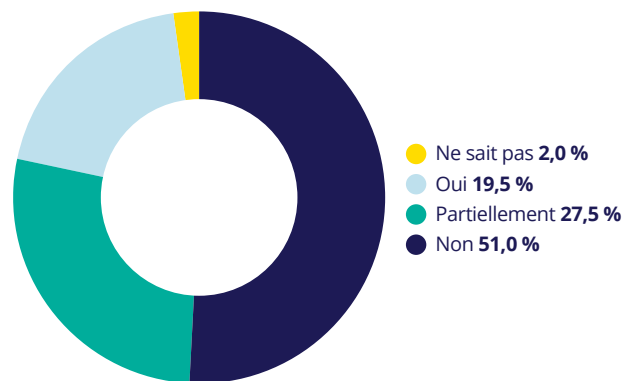
Lecture : En 2022, 12,6 % des patients vus en consultations de médecine générale ont été diagnostiqués pour des symptômes et plaintes du système digestif.

Hormis ces données quantitatives qui concernent les patients reçus dans les Caso, les listes de diagnostics des médecins des programmes mobiles sont impressionnantes. Ainsi dans un programme hors centre pour les personnes à la rue, on peut lire par exemple en 2022 :

- X. a une santé très dégradée, avec des problèmes au niveau pulmonaire, cardiaque, nutritif et digestif.
- Y. a des douleurs au niveau des pieds, troubles psychiatriques. Dermate sur insuffisance veineuse avec petite ulcération jambe droite.
- Z. est un patient souffrant d'un cancer du larynx en phase terminale. Décision de l'hôpital (non contestée) de ne pas le faire bénéficier de soins, au regard de sa pathologie psy et de ses conditions de vie.
- B. est une patiente souffrant d'une santé précaire (foie défaillant, œdèmes au niveau des jambes) et ne bénéficiant d'aucun suivi social/médical.
- C. est un patient souffrant de divers troubles somatiques, dont des troubles neurologiques liés à une consommation très importante d'alcool.
- D. a un état de santé extrêmement dégradé, associé à des problèmes psys et à un manque de maîtrise de la langue française, qui rendent complexe toute orientation à l'hôpital (malgré des prises de rendez-vous).
- E. est un patient souffrant d'une double amputation et de plaies non traitées nécessitant un passage infirmier régulier pour la réfection des pansements, difficile à organiser en rue.
- F. est à la rue sans traitement pour ses pathologies somatique et psychiatrique.
- G. a une poche de stomie qu'il doit changer régulièrement, ce qui est bien sûr incompatible avec le fait qu'il dorme à la rue, puisque le risque d'infection/de complication dans cette situation est majeur.
- H. est un patient ayant perdu complètement la vue brutalement, et ne pouvant du coup pas réaliser seul les gestes du quotidien nécessaires à sa survie : se rendre à des distributions alimentaires, aller dans son centre d'hébergement, etc.
- J. est un patient pouvant à peine se déplacer (très péniblement), en raison d'inflammations sévères des jambes.
- K. est une patiente souffrant de troubles pulmonaires majeurs, pour lesquels elle n'a plus accès à ses traitements.
- L. est une patiente souffrant de coliques hépatiques, sans couverture maladie ni suivi médical.
- M. est un patient ayant subi un traumatisme grave mi-2022, ayant entraîné de gros problèmes de mobilité, qui demandent un suivi en neurochirurgie et de la rééducation, très difficiles à organiser en rue.
- N. souffre d'une infection sur les deux pieds qui demandent des soins de pédicurie urgents.
- O. est un patient polypathologique ne parvenant pas à avoir un suivi médical dans le libéral malgré plusieurs tentatives, étant accompagné de son assistante sociale. O. n'a accès à son traitement pour l'asthme que grâce à un réseau de solidarité bénévole, et de fait, aléatoire.

Une grande majorité des patients diagnostiqués en 2022 lors des consultations médicales avec un médecin généraliste dans les Caso nécessite un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie (84,4 %), selon l'avis des médecins. En 2022, parmi les patients reçus en Caso nécessitant un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie, 51,0 % n'en avaient aucun avant leur première consultation à MdM et 27,5 % avaient un suivi partiel (figure 7). Par rapport à 2019, les problèmes de santé sont plus souvent déjà traités ou suivis au moins partiellement avant la consultation dans les Caso mais nettement moins qu'en 2021. Ainsi, 1 221 patients concernés sont suivis au moins partiellement en 2022 (47,0 %) ; pour les patients arrivés relativement récemment (depuis moins d'un an), ces suivis avaient pu être réalisés dans le pays d'origine ; d'autres ont pu avoir des droits et des ruptures de droits (interrompant ainsi la continuité des soins) ; certains ont également pu avoir recours à des médecins en payant leurs frais médicaux mais n'ont plus assez d'argent. Rappelons que **l'AME n'est valable qu'un an, et les longues démarches pour son obtention ou son renouvellement peuvent aussi avoir des conséquences sur la continuité des soins.**

FIGURE 7 – ANTÉCÉDENTS DE SUIVI ET/OU DE TRAITEMENT AVANT LA CONSULTATION EN CASO POUR AU MOINS UNE PATHOLOGIE IDENTIFIÉE PARMIS LES PATIENTS NÉCESSITANT UN SUIVI SELON L'AVIS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE, 2022



Lecture : En 2022, parmi les patients reçus en Caso nécessitant un suivi ou traitement pour au moins une pathologie, 51,0 % n'avaient aucun suivi ou traitement avant sa première consultation à MdM et 27,5 % avaient un suivi partiel.

DES RETARDS DE SOINS POUR PLUS DE LA MOITIÉ DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

En population générale en France, près de 40 % des personnes âgées de 16 ans ou plus déclarent avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique (ou durable) en 2017 (INSEE, 2019). **Il existe une double interaction entre la précarité et les maladies chroniques. Les conditions de vie précaires favorisent la survenue et l'aggravation des maladies chroniques, et inversement celles-ci peuvent participer à la précarisation des personnes qui en souffrent. Dans les Caso en 2022, plus de la moitié des patients reçus souffre d'au moins une pathologie chronique (53,6 %) (tableau 11).**

TABLEAU 11 - NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES EN CONSULTATION GÉNÉRALISTE MÉDICALE CHEZ LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO EN 2022

	n	% ¹
Pathologie chronique	2 545	53,6
Pathologie aiguë	2 585	54,4
Indéterminée	197	4,1

Taux de réponse : 55,2 %.

(1) Le total dépasse 100 % dans la mesure où un même patient peut présenter simultanément une pathologie aiguë et une pathologie chronique.

Lecture : Au cours de l'année 2022, 53,6 % des patients vus en consultations de médecine générale ont été diagnostiqués pour au moins une pathologie chronique.

Des retards de soins ont été constatés par les médecins généralistes pour près de la moitié des patients (49,7 %) et pour plus de la moitié des maladies chroniques repérées (51,1 %). Les personnes souffrant d'une affection chronique comme par exemple le diabète ou l'hypertension nécessitent des consultations régulières et des bilans fréquents.

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

Retard de soins psychiatriques

A., jeune adulte migrant en demande d'asile, dort à la rue. Il n'a pas de couverture maladie puisqu'il faut attendre trois mois avant de la demander. Porteur d'une pathologie psychiatrique, il doit recevoir des injections de neuroleptiques-retard une fois par mois. Il devrait être prioritaire pour accéder à un hébergement sécurisant avec un accompagnement par des professionnels adaptés et ce pour lui permettre une qualité de vie avec une évolution favorable de sa santé. Il a particulièrement besoin de stabilité au regard de sa pathologie.

Il vient au Caso en septembre et novembre pour nous demander de l'accompagner au Centre médico-psychologique (CMP) pour faire ses injections car la démarche est complexe : il doit aller à la Pass demander à avoir une étiquette sur son ordonnance pour se rendre à la pharmacie de l'hôpital où il faut prendre un ticket pour être appelé à un guichet. Une fois le produit obtenu, il doit faire 20 minutes de tram pour rejoindre le CMP afin que son injection soit réalisée.

En octobre, il n'a pas réussi à se rendre seul au CMP. Même si A. y a rendez-vous avec le psychiatre, son secteur a changé et il doit aller dans un autre CMP pour réaliser son injection. En novembre, le bénévole de MdM a dû parlementer un moment avec l'infirmière et la psychiatre pour que l'injection soit réalisée ce jour sur ce site au regard de la situation de A. et du retard de plusieurs semaines de son injection.

[Équipe MdM, programme mobile, Nantes, 2022]

ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La santé bucco-dentaire est un domaine particulièrement dépendant des conditions de vie de l'individu : l'activité professionnelle, le revenu, le statut administratif, le niveau d'éducation, le type de couverture sociale, les conditions de vie ou les disparités d'accès aux soins (Azogui-Levy & Rochereau, 2012 ; Pegon-Machat et al., 2018). Pour les personnes confrontées à de multiples vulnérabilités, « la mauvaise santé bucco-dentaire tend à être un indicateur de précarité et plus encore de grande précarité » (Boissonnat-Pelsy & Tiebot, 2012).

À part dans les quatre Caso²⁰ qui proposent des soins spécifiques, les personnes rencontrées dans les Caso souffrant de problèmes bucco-dentaires sont la plupart du temps orientées vers les urgences hospitalières ou les Pass bucco-dentaires lorsqu'elles existent.

En 2022, 1 572 consultations dentaires ont été réalisées auprès de 779 patients. Lors de ces consultations, 126 personnes de 12 ans ou plus ont bénéficié d'un bilan de l'état bucco-dentaire au cours duquel l'indice CAO a été calculé²¹.

Sur l'ensemble des patients reçus dans les consultations dentaires des trois Caso, 95 étaient mineurs, soit 12,2 % du total (10,9 % en 2021). Plus précisément encore, 45 patients

²⁰ Montpellier, Nancy, Nice et Pau.

²¹ L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire qui permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population. Il est couramment utilisé au niveau international et est un marqueur fréquemment utilisé pour souligner les inégalités sociales de santé. Il se décompose en trois indices : nombre de dents cariées (C), absentes (A), obturées ou soignées (O). L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées.

avaient moins de 12 ans, ce qui correspond à 5,8 % de l'ensemble. Pour ce qui est de la répartition par genre, 29,7 % des patients pris en charge étaient des femmes (23,4 % en 2021). Les patients rencontrés en consultation dentaire ont en moyenne 4,5 dents absentes, 2,3 dents cariées et 1,9 dents obturées. La littérature ne manque pas sur le lien entre le non-recours aux soins dentaires et l'absence de couverture maladie ou de complémentaire santé, comme c'est le cas pour les personnes reçues dans les Caso. Dans tous les territoires, l'accès aux soins dentaires pour les personnes bénéficiaires de l'AME et pour les patients sans droits est extrêmement défaillant. Les Pass dentaires sont peu nombreuses, et quand elles existent elles répondent le plus souvent uniquement aux urgences, elles ne permettent pas un suivi et des soins dentaires de conservation. **Médecins du Monde alerte sur le manque important de dispositifs de prise en charge dentaire sur le territoire, pour un public en situation de précarité dont les besoins sont importants et posent de graves problématiques de santé, y compris chez de très jeunes enfants.**

Les effets de la santé bucco-dentaire sur la vie quotidienne et de mauvaises expériences dans le système de santé

Avant j'avais une vie chaotique. J'ai complètement changé et je fais attention à moi. Il ne reste que mes dents à refaire qui me rappellent cette vie d'avant et qui me gênent. Impossible de sourire, j'ai trop honte. Alors pour espérer une vie amoureuse, c'est même pas la peine. Je suis motivé mais j'ai quand même bien peur avec les expériences très violentes chez les dentistes que j'ai pu rencontrer.

[Personne concernée, programme accès aux soins en zone rurale, Haute vallée de l'Aude, 2022]

02

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET VIOLENCES SUBIES

LES POINTS ESSENTIELS

- Parmi les personnes étrangères, les troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique sont plus souvent diagnostiqués parmi les patients déclarant avoir été victimes de violence (20 %) et les demandeurs d'asile (13 %).
- 41 % des personnes pour lesquelles un entretien spécifique a été réalisé ont subi des violences ou agressions intrafamiliales.

La détresse psychologique ébranle les capacités de l'individu à répondre et à conduire des activités quotidiennes indispensables et à pouvoir prendre soin de soi et d'autrui. Elle se distingue des troubles psychiques tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs caractérisés ou les troubles psychotiques. Ces troubles peuvent avoir, s'ils ne sont pas pris en charge, des conséquences importantes en termes de morbidité ou d'invalidité psychosociale (M&M, 2017). Cette terminologie est utilisée en codage CISP par les médecins des Caso. Plusieurs personnes rencontrées ont une **angoisse psychosociale non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte par des professionnels. Lorsque cette détresse psychologique est liée à une problématique sociale (par exemple perte de son logement, de son travail, situation de précarité, etc.), elle est appelée souffrance psychosociale (ou souffrance psychique d'origine sociale) (OMS, 1946).**

En 2022, parmi les patients reçus en consultation de médecine générale, 8,2 % ont été diagnostiqués pour une pathologie d'ordre psychologique ou psychiatrique, soit 701 patients.

Les principaux troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique diagnostiqués lors des consultations de médecine générale sont des troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) (5,9 %). On retrouve ensuite des diagnostics de syndromes dépressifs chez 1,3 % des patients (tableau 12).

TABLEAU 12 - TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE DIAGNOSTIQUÉS CHEZ LES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE, 2022

	n	%
Troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués	701	8,2
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques ¹	506	5,9
Syndromes dépressifs	112	1,3
Autres problèmes psychologiques	39	0,5
Psychoses	38	0,4
Usage abusif de substances psychoactives	34	0,4

Taux de réponse : 79,7 %.

(1) Parmi ces patients, 62 ont été diagnostiqués pour un syndrome de stress post-traumatique (soit 8,8 % des patients diagnostiqués pour troubles psychologiques ou psychiatriques).

Lecture : Parmi les patients reçus en consultation de médecine générale en 2022, 8,2 % ont été diagnostiqués pour au moins un trouble psychologique ou psychiatrique.

Lors des consultations de médecine générale, les troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique sont rarement la raison principale des consultations, ces problèmes pouvant être plus souvent abordés lors d'une seconde consultation. Étant donné que près des trois quarts (74,3 %) des patients reçus en consultation n'ont été vus qu'une seule fois au

cours de l'année, la fréquence de ces troubles peut donc être sous-estimée. En effet, parmi les personnes vues une seule fois en consultation de médecine générale au cours de l'année, 6,9 % ont été diagnostiquées pour un trouble psychologique ou psychiatrique contre 11,0 % pour les personnes vues au moins deux fois.

Les patients vus pour des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique ont par ailleurs été diagnostiqués pour au moins un autre problème de santé dans la moitié des cas (49,2 %). Ils sont en particulier 13,7 % à avoir été diagnostiqués pour un trouble du système digestif et 13,0 % pour un trouble lié à l'appareil ostéoarticulaire.

Lors des consultations de médecine générale, les patients de nationalité française ont été plus souvent diagnostiqués pour des troubles psychologiques ou psychiatriques avec 15,7 % d'entre eux concernés contre 8,0 % des patients étrangers. Cette différence peut toutefois en partie s'expliquer par un échange plus difficile sur cette problématique avec les personnes d'origine étrangère en raison de la barrière linguistique. Les Français sont en particulier plus souvent diagnostiqués pour des consommations de substances psychoactives (5,6 % vs. 0,3 % des étrangers) ainsi que pour les syndromes dépressifs (3,7 % vs. 1,2 %) et les troubles anxieux (9,3 % vs. 5,8 %).

Manque de moyens dans les structures de santé

Le référencement et la prise en charge de nos patients vers des lieux adaptés est souvent compliquée car toutes les autres structures manquent de moyens. En Seine-Saint-Denis, les PMI ne prennent plus d'enfants de plus de 2 ans, les maternités sont saturées, les lits en psychiatrie introuvables. L'été dernier, grâce à une association qui vient ici chaque semaine faire du dépistage du VIH par test rapide, une jeune femme a découvert sa séropositivité. Elle était effondrée et le psychiatre du Caso a demandé une hospitalisation en urgence, car elle était suicidaire. Faute de lit, aucun hôpital psychiatrique n'a été en mesure de l'accueillir, elle a dû passer plusieurs jours aux Urgences... c'est inadmissible.

[Équipe MdM, Caso, Saint-Denis, 2022]

LES VIOLENCES SUBIES

Dans le DPI, est considérée comme ayant subi des violences toute personne ayant déclaré au moins une violence lors d'un entretien. Il n'y a aucun entretien systématique : interroger une personne sur les violences peut être vécu comme une réminiscence de cette violence. L'indicible ne peut se dire que lorsqu'une relation de confiance est établie et la plupart des patients ne viennent dans les Caso qu'une fois pour des demandes somatiques et/ou sociales et administratives. Dans ce contexte, seuls quelques-uns abordent ces questions très intimes, les chiffres sont donc très probablement sous-estimés.

En 2022, 630 personnes ont déclaré lors d'un entretien sur des violences subies ou lors d'une consultation médicale avoir été victimes de violences. Parmi eux, 409 ont un dossier de violences subies renseigné au fur et à mesure des

échanges avec les équipes (travailleur social, professionnel de santé). Bien que moins nombreuses, les femmes et les filles ont déclaré proportionnellement plus de violence que les hommes et les garçons (4,5 % vs. 3,2 %). L'enquête Dsafhir auprès de femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France a ainsi montré la diversité des formes de violences qu'elles ont subies (physiques, psychologiques, sexuelles, économiques et administratives) avant pendant et après le parcours migratoire (Andro et al., 2019). Parmi les personnes ayant déclaré des violences, 75,9 % d'entre elles en ont été victimes dans leur pays d'origine ou sur le trajet migratoire et 17,4 % en France.

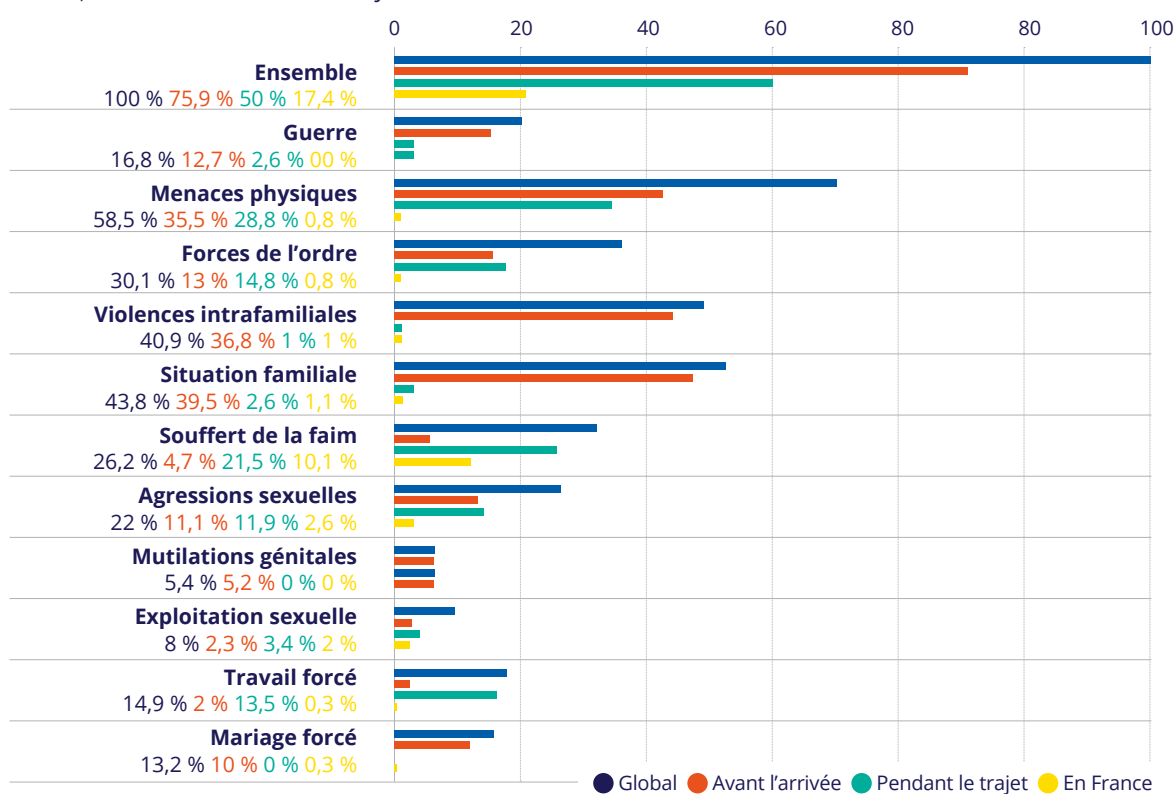
Les principales violences déclarées sont les menaces physiques ou tortures (58,5 %), que ce soit dans le pays d'origine ou sur le parcours migratoire. Les violences ou agressions intrafamiliales sont citées par 40,9 % des personnes.

Violences multiples et difficultés d'accès aux soins

Mme souffre d'une maladie diagnostiquée pour laquelle elle n'a pas ses traitements. Elle et ses enfants ont subi des violences physiques et sexuelles, et ont besoin d'un suivi médical (biologie, sérologie, suivi gynécologique, rappel des vaccins, etc.). Lors d'une maraude, l'infirmière a constaté de multiples symptômes de lourdes violences physiques, y compris des traces de morsures de chiens sur les enfants (visage et cou) ; des rappels de vaccins sont nécessaires. L'équipe identifie que la fille aînée a subi un viol. Sa maman et elle ont besoin d'une orientation pour une sérologie et un suivi gynécologique. Mme a aussi des problèmes cardiaques (infarctus du myocarde en 2021).

Les deux plus jeunes enfants ont rapidement eu un rendez-vous avec la PMI. Les seuls créneaux possibles pour une prise en charge psychologique sont un à quatre mois plus tard. Une mise en lien avec la Pass pour le renouvellement de ses traitements médicaux urgents (hyperthyroïdie) pour huit jours plus tard et une consultation médicale pour douze jours plus tard.

[Équipe mobile, Strasbourg, 2022]

FIGURE 8 - TYPES ET LIEUX DES SITUATIONS VIOLENTES VÉCUES PARMI LES PERSONNES AYANT SUBI DES VIOLENCES AVANT, PENDANT ET APRÈS LE TRAJET MIGRATOIRE EN 2022*

* Parmi les personnes ayant complété un dossier sur les violences subies.

Taux de réponse : 94,4 %

Lecture : « Parmi les personnes reçues en 2022 et ayant réalisé un entretien sur les violences subies, 16,8 % ont indiqué avoir subi des violences de guerre et 12,7 % avoir subi ce type de violence dans leur pays d'origine ».

03

ÉTAT DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

LES POINTS ESSENTIELS

- Les personnes en situation de précarité sont particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses, aux grossesses non intentionnelles, aux cancers génitaux, aux violences liées au genre, à la morbidité et mortalité maternelles.
- 76 % des patients ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VIH, 83 % pour l'hépatite B et 80 % pour l'hépatite C.
- 88 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et ne souhaitant pas être enceintes déclarent n'utiliser aucune contraception.
- 83 % des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un au cours de leur vie.
- 93 % des femmes enceintes n'ont pas de couverture maladie ; 30 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse.

Les droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) portent sur des aspects fondamentaux de la vie de chacun, et de la société dans son ensemble. Ils correspondent au **droit de disposer de son corps**, et par là-même sa vie ; au **droit de jouir librement de sa sexualité**, selon son identité et ses choix, sans danger ni crainte de grossesses non intentionnelles, de violences, d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Les DSSR impliquent que toute personne – quels que soient son sexe, son identité de genre, son orientation sexuelle, son environnement de vie – puisse **accéder à des services essentiels d'information, de prévention et de soins pour bien vivre et comprendre sa sexualité, pour être accompagnée dans ses choix et répondre à ses besoins**. Et ce, à toutes les étapes de sa vie. Éducation complète à la sexualité, méthodes contraceptives, avortement sécurisé, soins prénataux, d'accouchement et postnataux, prévention et prise en charge des IST, des troubles de la fertilité, des cancers génitaux dont le cancer du col de l'utérus : autant de services essentiels et complémentaires pour garantir la santé sexuelle et reproductive de chaque personne.

Malgré un cadre politique et légal globalement favorable, dont une Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ambitieuse, **l'accès aux DSSR n'est pas effectif pour l'ensemble de la population. Il l'est encore moins pour les personnes les plus éloignées du système de santé** que les équipes de Médecins du Monde rencontrent quotidiennement en France métropolitaine et en Outre-mer.

Des mesures récentes ont été annoncées pour faciliter l'accès au dépistage des IST, à travers notamment le déploiement d'une offre de dépistage du VIH et d'autres IST en laboratoire, sans ordonnance et pris en charge à 100 %. L'accès à la contraception est également facilité, notamment pour la contraception d'urgence qui est, depuis janvier 2023, disponible en pharmacie, sans ordonnance et sans frais pour toutes les personnes disposant d'une couverture maladie. Début 2023, les parlementaires et le président de la République se sont exprimés en faveur de l'inscription de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans la Constitution. Le délai pour y recourir a été allongé de 12 à 14 semaines de grossesse en 2022.

Par ailleurs, une campagne de vaccination généralisée contre le papillomavirus est prévue dès la rentrée 2023 auprès des adolescentes et adolescents. Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie depuis mai 2018 dans le cadre du programme national de dépistage organisé du CCU, pour toutes les personnes disposant d'une couverture maladie.

Néanmoins, l'offre de prévention et de soins est encore insuffisante, et rarement adaptée aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité. Le déploiement limité d'offres d'interprétariat, d'information et outils clairs et adaptés, de médiation en santé, d'interventions dans les lieux de vie, de travail, de passage, et par ailleurs le manque de formation des professionnels aux conséquences de la précarité sur la santé et le non-accès aux dispositifs sans couverture maladie, sont autant d'obstacles supplémentaires qui entravent le recours aux services existants, à la prévention et aux soins.

Au sein des Casos de Médecins du Monde en France, les problématiques liées aux droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR) sont essentiellement abordées lors de consultations de médecine générale et d'entretiens individuels de prévention. En 2022, 10 803 patients, soit 63,2 % de la file active, ont été reçus lors d'au moins une consultation médicale pendant laquelle des enjeux de DSSR ont été abordés. Par ailleurs, 498 patients ont été reçus spécifiquement en entretien de prévention DSSR, soit 2,9 % de la file active, avec un total de 508 entretiens réalisés. Ces sujets sont particulièrement importants, d'autant plus pour les personnes primo-arrivantes sans couverture maladie pour qui une consultation au Caso constitue souvent la première occasion d'accéder à la prévention et aux soins en France.

UN ACCÈS INSUFFISANT AU DÉPISTAGE ET À LA PRÉVENTION DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES

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

En 2022, **la grande majorité des personnes interrogées – parce qu'éloignées des services de prévention et de soins – ne connaît pas son statut sérologique avant leur consultation de médecine générale : 82,7 % pour l'hépatite B (VHB), 79,7 % pour l'hépatite C (VHC) et 76,0 % pour le VIH** (tableau 13). Elles ne viennent pas toujours en première instance pour un dépistage.

Accès au dépistage, pathologies multiples et accès aux soins

A. est en demande d'asile, mais aucune place en Cada (centre d'accueil de demandeurs d'asile) ne lui a été proposée. Elle s'est présentée au Caso trois mois après son arrivée en France pour un problème de dos.

Elle témoigne avoir subi un viol dans son pays, et ne pas avoir eu d'examen depuis. Nous lui

avons proposé de réaliser un dépistage rapide qu'elle a accepté. Le dépistage pour l'hépatite B s'est révélé positif. La confirmation a eu lieu par la Pass. Elle a eu une échographie du foie et un suivi avec un hépatologue.

Par ailleurs, un suivi pour une tuberculose latente et un suivi psychiatrique se mettent en place.

Un suivi de médiation en santé a été nécessaire pour construire au fur et à mesure son parcours de soins : trouver un médecin traitant, un kinésithérapeute, expliquer le système de santé, prendre en compte ses inquiétudes par rapport aux différentes pathologies.

[Équipe MdM, Caso, Rouen, 2022]

TABLEAU 13 – ABSENCE DE CONNAISSANCE DES PERSONNES DE LEURS STATUTS SÉROLOGIQUES (VIH, VHB, VHC) LORS DE LEUR PREMIÈRE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO EN 2022.

	VIH		VHB		VHC	
	n	%	n	%	n	%
Statut sérologique inconnu	1 307	82,7	1 250	79,7	1 187	76

Taux de réponse : VIH : 14,4 % ; VHB : 14,6 % ; VHC : 14,5 %

Lecture : Parmi les personnes reçues en consultation de médecine générale, 82,7 % ne connaissent par leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B lors de leur 1^{re} consultation médicale dans les Casos.

La méconnaissance des statuts sérologiques change selon différentes variables, telles que l'origine des personnes, leur âge et la durée de présence en France.

Elle est ainsi plus marquée parmi les personnes d'origine étrangère reçues dans les Casos par rapport aux personnes d'origine française. Elles sont en effet 83,0 % à ne pas connaître leur statut sérologique pour l'hépatite B, 80,3 % pour l'hépatite C et 76,3 % pour le VIH, contre respectivement 69,1 %, 59,5 % et 65,0 % parmi les Français. Elle varie également selon l'âge des personnes : quelle que soit l'infection, parmi les personnes étrangères, celles âgées de moins de 29 ans connaissent moins souvent leur statut sérologique que celles de plus de 30 ans. La durée de présence en France est aussi un élément déterminant pour l'accès au dépistage, puisque la méconnaissance du statut sérologique diminue progressivement après un an de présence en France, et ce quelle que soit l'infection (tableau 14).

TABLEAU 14 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA MÉCONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VHB, VHC ET VIH DES ÉTRANGERS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2022

	VIH			VHB			VHC		
	n	%	OR	n	%	OR	n	%	OR
Ensemble des patients étrangers	1 278	83		1 225	80		1 161	76	
Genre									
- Homme	811	83	réf	782	81	réf	757	79	réf
- Femme	467	82	0,9 ^{ns}	443	79	0,9 ^{ns}	404	72	0,7*
Âge									
- < 20 ans	101	92	2,7**	96	88	1,4 ^{ns}	74	82	3,6***
- 20-29 ans	405	88	1,9***	383	85	1,6**	675	78	1,9***
- 30-59 ans	685	79	réf	656	76	réf	190	72	réf
- 60 ans et plus	86	87	1,8 ^{ns}	89	86	2,1*	65	77	2,5**
Durée de résidence en France									
- < 1 an	730	86	réf	707	84	réf	668	79	réf
- Entre 1 an et 3 ans	165	83	0,7 ^{ns}	154	78	0,6*	148	77	0,7 ^{ns}
- 3 ans et plus	343	76	0,5***	325	73	0,5***	308	70	0,5***

Modèle multivarié réalisé sur 1 495 patients d'origine étrangère ayant répondu à l'ensemble des items pour le VHB, 1 451 patients pour le VHC et 1480 pour le VIH.

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif. 1 Odds Ratio ajustés sur le genre, l'âge et la durée de résidence

Lecture : En considérant les autres variables du modèle comme constante, la probabilité de méconnaître son statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B lors de la première consultation de médecine générale est plus élevée pour les étrangers ayant entre 20 et 29 ans que pour ceux ayant entre 30 et 59 ans. (OR : 1,9 ; p<0,001)

Au cours des consultations médicales et entretiens de prévention dans les Caso, les personnes qui le souhaitent peuvent bénéficier d'un dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (TroD) sur place lorsque c'est possible – par MdM, un partenaire associatif ou de droit commun se déplaçant dans les Caso –, ou sont orientées (et accompagnées si besoin) le plus souvent vers des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de ville ou des centres d'examen de santé.

Dépistage IST et mauvaise expérience dans le système de soins

Au début d'une relation amoureuse, je suis allée faire une prise de sang pour le dépistage des IST à l'hôpital. Je me suis fait juger et j'ai reçu des paroles déplacées. Je n'y suis jamais retournée et je ne sais pas où faire un dépistage maintenant.

[Personne concernée, programme accès aux soins en zone rurale, Haute vallée de l'Aude, 2022]

UNE TRÈS FAIBLE COUVERTURE CONTRACEPTIVE

Lors des consultations médicales ou lors des entretiens de prévention DSSR dans les Caso, 854 femmes âgées entre 15 et 49 ans et concernées par la contraception²² ont échangé avec les médecins sur l'utilisation de contraception. **Parmi elles, près de neuf femmes sur dix (88,3 %) déclarait n'utiliser**

aucune contraception. Cela suppose un risque important de grossesses non intentionnelles, dont certaines non désirées.

L'utilisation d'un moyen de contraception varie selon les conditions de vie des personnes : ainsi près d'un tiers des femmes vivant dans un logement personnel (27,4 %) déclarent utiliser une contraception, pour 9,3 % des femmes hébergées²³ ou 10,9 % des femmes sans domicile fixe. Pourtant, les personnes à la rue sont surexposées aux risques de violences sexuelles – et par là-même à de potentielles grossesses non désirées (Eberhard et al., 2018). L'utilisation de la contraception varie également selon le pays d'origine des femmes : les femmes originaires d'Union européenne utilisent plus souvent un moyen de contraception (20,9 %) que les femmes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne (9,3 %) ou d'Europe hors UE (9,2 %). La différence d'utilisation de la contraception est importante entre les femmes déclarant vivre en couple et celles indiquant ne pas l'être (20,5 % contre 7,5 %).

Des mesures ont été prises pour garantir un meilleur accès à un plus large choix de contraceptifs, remboursés pour les personnes ayant une couverture maladie, y compris l'AME. Cependant, rares sont les femmes reçues dans les Caso en 2022 qui disposent d'une couverture maladie en France. **Seules 10,4 % des femmes sans couverture maladie ont une contraception contre 24,2 % pour celles disposant de droits ouverts. C'est pourquoi il est nécessaire de privilégier la gratuité de la contraception, plutôt qu'une prise en charge pour les seules personnes ayant une couverture maladie.**

²² Sont exclues : les femmes ne pouvant pas être enceintes ou qui souhaitent un enfant actuellement.

²³ Pour rappel, les personnes déclarant être hébergées le sont soit par de la famille ou des amis, soit par un organisme ou une association pour plus de 15 jours, soit par un réseau, collectif militant, hébergement solidaire.

Perceptions de la contraception

F. dit qu'elle n'a plus de contraception, qu'elle a retiré son implant car elle avait ses règles tout le temps et a beaucoup maigri avec. Elle croit qu'on ne peut pas mettre de stérilet quand on est mineure. Par ailleurs, il lui semble impensable d'avoir un stérilet car elle ne veut pas « qu'on rentre quelque chose à l'intérieur d'elle ».

Lorsqu'on parle de préservatif, les personnes disent n'en n'avoir jamais utilisé

et ne le considèrent pas comme un moyen de contraception envisageable. Mais elles savent que ça protège des IST. L'une d'elles dit que les hommes devraient en utiliser avant de rencontrer « leur femme ».

Les personnes mentionnent la complexité de prendre la pilule au regard de leurs conditions de vie.

Les deux personnes n'ont pas de contraception et ne souhaitent plus avoir d'enfant pour le moment. Questionnées sur les stratégies qu'elles adoptent : « Aucune, si ça vient c'est comme ça ». Le mari de F. aimerait avoir au moins un autre enfant, elle pas forcément.

[Équipe MdM, atelier sur la contraception du programme 4i²⁴, Nantes, 2022]

En matière d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), les femmes dont le niveau de vie est classé parmi les 10 % les moins élevés ont une probabilité de recourir à l'IVG dans l'année supérieure de 40 % à celle des femmes ayant un niveau de vie médian. Autrement dit, les femmes précarisées ont davantage recours à l'IVG que les femmes plus aisées (Vilain et al., 2020). Lors des consultations de médecine générale dans les Caso en 2022, 7,1 % des femmes enceintes ont formulé une demande d'IVG. Cependant, cette donnée est largement sous-estimée en raison notamment de l'orientation des femmes parfois par le travailleur ou la travailleuse sociale, sans nécessairement passer par une consultation médicale²⁵.

MOINDRE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Chaque année, près de 3 000 personnes développent un cancer du col de l'utérus (CCU) et 1 000 femmes en meurent (G. Defossez et al., 2019). C'est pourtant un cancer évitable, notamment d'une part grâce à la vaccination contre le papillomavirus (HPV) – virus à l'origine de la majorité des cas de CCU, et d'autre part au dépistage, à bas coût, qui permet de détecter des lésions précancéreuses et de les surveiller avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Parmi les femmes reçues dans les Caso en 2022, seules 16,8 % ont déjà eu recours à cet examen préventif au cours de leur vie et elles sont 24,4 % à ne pas savoir répondre à la question. Ainsi **plus de quatre femmes sur cinq (83,2 %) n'ont jamais réalisé de frottis ou ne savent pas si elles en ont déjà réalisé un.**

Ici aussi les variations s'observent au regard du logement comme facteur de précarité. Parmi les femmes reçues dans les Caso, un tiers de celles habitant dans un logement personnel

ont réalisé un frottis (35,3 %) alors qu'aucune femme vivant en squat ou bidonville n'en a réalisé et que rares sont les femmes sans domicile à en avoir réalisé (13,2 %). Des campagnes invitant les personnes à se faire dépister existent, mais les rappels envoyés par courrier ou les campagnes d'affichage ne sont le plus souvent pas accessibles aux personnes précarisées, faute notamment de messages adaptés ou d'adresse où recevoir les courriers.

Absence de suivi gynécologique par éloignement du système de soin

Je n'ai pas le permis. Je ne peux pas conduire. Je vais voir mon médecin dans mon village mais je ne peux pas me déplacer quand il faut voir quelqu'un d'autre. Je ne me suis pas occupée depuis vingt ans pour ce qui est de l'utérus.

[Personne concernée, accès aux soins en zone rurale, Haute vallée de l'Aude, 2022]

DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ

Parmi les femmes reçues en consultation médicale dans les Caso en 2022, plus de sept femmes sur dix âgées de 15 ans et plus ont déjà été enceintes avant la consultation (71,3 %), que la grossesse ait été menée à terme ou non, et un peu plus d'une sur cinq (21,9 %) avant 20 ans (tableau 15).

Parmi les femmes ayant déjà été enceintes, un peu moins d'une sur cinq avait moins de 18 ans lors de sa première grossesse (17,6 %) et près d'une sur dix avait moins de 16 ans (6,8 %). À titre de comparaison, l'âge moyen à la première maternité était de 28,5 ans au niveau national en 2015 (INSEE, 2017).

En 2022, parmi les 2 900 adolescentes et femmes en âge de procréer (11 à 49 ans) reçues en consultation de médecine générale ou entretiens de prévention dans les Caso, 8,2 % sont enceintes²⁶.

Plus de la moitié des femmes étrangères enceintes sont arrivées sur le territoire français depuis moins de trois mois (54,5 %). Un grand nombre de femmes enceintes vivent seules en France (45,0 %) et près d'un quart des femmes enceintes ont un ou plusieurs enfants à charge en France (25,4 %).

Les conditions de vie des femmes enceintes rencontrées dans les Caso sont particulièrement précaires. Plus de neuf femmes enceintes sur dix n'ont pas de logement personnel : 65,1 % sont hébergées par des proches, un organisme, une association, 21,9 % des femmes enceintes sont sans domicile fixe (à la rue ou en hébergement d'urgence de moins de 15 jours), 4,7 % vivent en squats ou bidonvilles.

La situation administrative des femmes enceintes ne fait pas exception : plus de la moitié (54,4 %) est en situation irrégulière au regard du droit au séjour en France. Plus d'une femme sur cinq est en cours de demande d'asile (22,1 %). Ces femmes devraient pourtant être reçues dans les dispositifs de droit commun. **La quasi-totalité des femmes enceintes (92,9 %) reçues dans les Caso ne possède pas de couverture maladie.**

²⁴ Programme DSSR auprès de personnes vivant en lieux de vie instables, insalubres, indignes et/ou informels.

²⁵ Sans être enregistrées dans la base de données.

²⁶ Les personnes diagnostiquées enceintes lors de la consultation de médecine générale ne sont pas comptabilisées.

TABEAU 15 - CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES DES FEMMES ENCEINTES REÇUES DANS LES CASO EN 2022

	Femmes enceintes N = 212	
	n	%
Âge moyen	28,3	
Groupe continental		
Union européenne (y compris France)	8	3,4
Europe (hors UE)	15	6,3
Afrique subsaharienne	147	61,8
Maghreb	49	20,6
Proche et Moyen-Orient	11	4,6
Asie, Océanie et Amériques	8	3,4
Logement		
Personnel	14	7,3
Hébergé	125	65,1
Squat, campement	9	4,7
Sans domicile fixe (dont hébergement d'urgence < 15 jours)	42	21,9
Autre	2	1,0
Situation familiale		
Seule (avec ou sans enfant)	85	45,0
En couple (avec ou sans enfant)	104	55,0
A déjà des enfants mineurs		
Oui	73	39,7
Durée de résidence en France (étrangères uniquement)		
< 3 mois	128	54,5
3 à 12 mois	69	29,4
1 à 3 ans	18	7,7
≥ 3 ans	20	8,5
Couverture maladie		
Droits ouverts	15	7,1
Demandeuse d'asile (en cours)		
Oui	38	22,1
Situation administrative au regard du droit de séjour		
Nationalité française	2	1,1
Étrangère en situation régulière	81	44,5
Étrangère en situation irrégulière	99	54,4

Taux de réponse : Logement : 83,2 % ; Situation familiale : 80,6 % ; Enfants mineurs : 78,8 % ; Durée de résidence : 96,2 % ; Couverture maladie : 89,0 % ; Demandeur d'asile : 77,9 % ; Situation administrative : 81,4 %.
Lecture : Parmi les femmes enceintes reçues dans les Caso, 7,1 % a des droits ouverts.

Près de la moitié des femmes enceintes reçues dans les Caso a déclaré n'avoir pas eu de consultation pour des soins prénataux au cours de la grossesse (47,1 %). **Au moins trois femmes sur dix présentaient un retard de suivi de grossesse (30,3 %), c'est-à-dire une absence de suivi après 12 semaines d'aménorrhée.**

Les facteurs altérant la surveillance nécessaire sont les situations administratives précaires et l'arrivée récente en France. Le suivi de grossesse peut aussi être entravé par des expulsions, des changements de lieux de vie successifs, une errance importante rendant difficile le respect des dates de consultations et des échéances (*ORS Auvergne-Rhône-Alpes, 2019*).

Ce défaut de surveillance prénatale chez les femmes enceintes en situation de précarité est très préoccupant pour leur santé et celle de leur enfant : risques plus importants d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou d'enfants de faible poids à la naissance. Au cours des consultations de médecine générale, les médecins bénévoles des différents Caso ont ainsi évalué que **six femmes enceintes sur dix nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente (60,0 %).**

FOCUS SUR QUELQUES POPULATIONS

RENCONTRÉES
DANS LES CASO

01

LES PERSONNES MINEURES

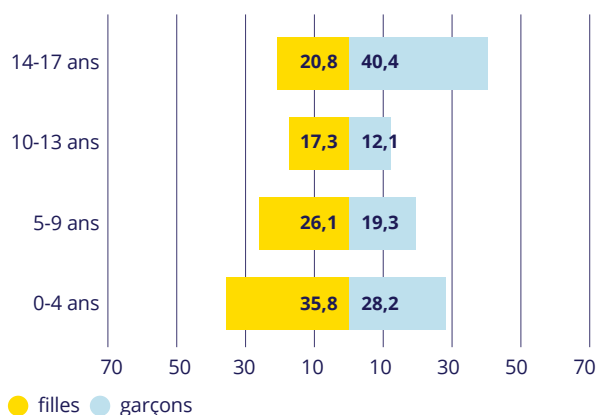
LES POINTS ESSENTIELS

- La moitié des mineurs de 6 à 15 ans est scolarisée. Parmi les mineurs primo-arrivants, seuls 22 % le sont.
- Près d'un tiers des mineurs sont SDF (20 %) ou vivent en squat ou bidonville (9 %).
- 43 % des MNA sont sans domicile fixe ou vivent en squat ou bidonville.
- 87 % des mineurs et 96 % des MNA ne disposent pas de couverture maladie malgré leur éligibilité lors de leur entretien d'accueil en CASO.
- Près de la moitié des MNA nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente selon l'avis des médecins.

L'article 388 du Code civil français définit le mineur comme « l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de 18 ans accomplis ». L'État a l'obligation de protéger l'enfant contre toute forme de discrimination et de mettre en place les mesures positives favorisant le respect de ses droits (CIDE, 1989).

En 2022, 1 681 mineurs ont été accueillis au sein des Caso, soit 9,9 % de la file active totale. Plus de trois mineurs sur cinq s'identifient comme garçon (61,9 %). Les mineurs de moins de 5 ans représentent 31,1 % des mineurs reçus et ceux ayant entre 14 et 17 ans représentent 33,0 % d'entre eux. Les filles sont plus jeunes que les garçons avec 35,2 % d'entre elles ayant moins de 5 ans contre 28,2 % des garçons ; à l'inverse, 20,8 % des filles ont entre 14 et 17 ans contre 40,4 % des garçons (figure 9).

FIGURE 9 - PYRAMIDE DES ÂGES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO (EN % DES MINEURS), 2022



Lecture : En 2022, 35,8 % des filles et 28,2 % des garçons (< 18 ans) reçus dans les Caso sont âgés de moins de 5 ans.

La plupart des mineurs sont originaires d'Afrique subsaharienne (41,2 %) ; 22,0 % viennent du Maghreb et 29,1 % d'Europe (dont 14,9 % d'Union européenne et 14,2 % hors Union). Lors de leur première visite au Caso en 2022, près de la moitié (47,9 %) des mineurs étaient des primo-arrivants.

Bien qu'étant un droit affirmé par la Convention internationale des droits de l'enfant, **les conditions de vie des mineurs reçus dans les Caso sont toujours aussi mauvaises : 20,5 % sont sans domicile fixe, 9,3 % vivent dans des squats ou bidonvilles et 59,9 % déclarent être hébergés** (26,8 % par de la famille ou des amis, 26,4 % par un organisme ou une association pour plus de 15 jours, 6,7 % par un réseau ou collectif militant). Au 19 décembre 2022 en France, malgré l'ouverture de gymnases dans le cadre du plan Grand froid, 4 029 personnes en famille étaient refusées le soir même par le 115, dont 1 172 enfants et même 335 de moins de trois ans (Fondation Abbé Pierre, 2023). Les conditions de vie précaires (par exemple les « nuisances, insalubrité, exigüité, insécurité et manque de commodités ») les contraignent à vivre et grandir dans un environnement non propice à leur développement et à leur bien-être et délétère pour leur santé physique et mentale au long de leur vie. (Unicef France et al., 2022).

Outre un droit fondamental érigé par la CIDE (art. 28), la législation française impose une obligation d'instruction pour les enfants âgés de 3 à 16 ans révolus et depuis la rentrée de 2020, une obligation de se former jusqu'à l'âge de 18 ans afin qu'aucun jeune ne soit laissé dans une situation où il ne serait ni en études, ni en formation, ni

en emploi. Toutefois, **seuls 50,4 % des enfants ayant entre 6 et 15 ans compris reçus dans les Caso sont scolarisés. Parmi les primo-arrivants, 77,7 % ne sont pas scolarisés.** Le taux de scolarisation augmente nettement après trois mois de présence (22,3 % des mineurs étrangers présents depuis moins de trois mois sont scolarisés, contre 72,4 % pour ceux en France depuis 3 à 12 mois et 89,7 % après un an).

Les Caso ne devraient pas avoir à recevoir les enfants de moins de 6 ans pour la prévention et les consultations médicales, ceux-ci étant normalement suivis en PMI. **Or deux tiers des enfants vus ne sont pas suivis par les PMI (65,9 %) (tableau 16).**

TABLEAU 16 - SUIVI ET SCOLARISATION DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS LES CASO, 2022

	n	%
Suivi en PMI (< 6 ans)	109	34,1
Scolarisation (de 6 à 15 ans compris)	215	50,4

Taux de réponse : PMI : 79,4 % ; Scolarisation : 90,3 %
Lecture : Lors de leur entretien d'accueil, 34,1 % des mineurs âgés de moins de 6 ans sont suivis par un service de PMI.

ÉTAT DE SANTÉ

Conséquences de leur précarisation, les mineurs reçus dans les Caso sont en mauvaise santé. En 2022, les Caso ont réalisé 1 796 consultations médicales (généralistes et spécialistes) auprès de 1 304 mineurs. Les mineurs souffrent plus fréquemment d'une pathologie aiguë (77,7 %). Ils sont toutefois plus d'un quart à être diagnostiqués pour une pathologie chronique (25,2 %) (tableau 3). Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées – celles liées au système respiratoire (infections supérieures et inférieures, toux, symptômes et plaintes, autre) – le sont chez les mineurs. À l'inverse, les symptômes et plaintes du système digestif et ostéoarticulaires sont moins fréquents parmi les mineurs que parmi les majeurs. Par ailleurs, les mineurs sont plus souvent diagnostiqués pour des infections, quelle que soit leur nature, que les patients majeurs (respectivement 40,0 % et 20,4 %).

TABLEAU 17 - PRINCIPALES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES CHEZ LES PATIENTS MINEURS ET MAJEURS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE, 2022

% en colonne	Patients mineurs	Patients majeurs	P
Diagnostiques les plus fréquemment posés			
Infections respiratoires supérieures	17,8	4,8	***
Toux	10,0	2,3	***
Symptômes et plaintes du système digestif	8,3	13,2	***
Infections respiratoires inférieures	7,0	2,1	***
Symptômes et plaintes généraux	6,7	7,8	ns
Affections dents-gencives	5,2	5,6	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	4,9	8,3	***
Autres diagnostics respiratoires	4,4	2,6	**
Maladies infectieuses non classées ailleurs	4,1	1,1	***
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	4,0	2,2	***
Nature des pathologies présentées par les patients¹			
Aiguës	77,7	51,2	***
Chroniques	25,2	57,5	***

Taux de réponse : Diagnostic : 79,7 %. Nature des diagnostics : 55,2 %.
*** p<0,001 ** p<0,01 : non significatif.

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

Lecture : En 2022, 17,8 % des mineurs reçus en consultation de médecine générale ont été diagnostiqués pour des infections respiratoires supérieures contre 4,8 % des patients majeurs.

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Le terme « mineur non accompagné » (MNA) désigne une personne âgée de moins de 18 ans, qui se trouve en dehors de son pays d'origine et n'est pas accompagnée de ses représentants légaux ou d'une personne exerçant l'autorité parentale sur elle.

De par leur âge et leur isolement, ces jeunes sont particulièrement vulnérables et exposés à de nombreux risques. À ce titre, les MNA doivent être protégés et pris en charge par les services de protection de l'enfance et relèvent donc de la compétence des conseils départementaux.

En 2022, 298 MNA²⁷ ont été accueillis dans les Caso, soit 27,1 % de l'ensemble des mineurs. Ils ont très majoritairement déclaré être des garçons (86,9 %) et sont en moyenne âgés de 14,7 ans. **Près de neuf MNA sur dix ne sont pas scolarisés en 2022 (89,0 %).** Les MNA sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (83,6 %) ou du Maghreb (9,4 %). Plus de la moitié d'entre eux sont en France depuis moins de trois mois (52,2 %).

Le code de l'action sociale et des familles²⁸ prévoit que **toute personne se déclarant mineure et privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille soit mise à l'abri**. En effet le président du conseil départemental du lieu où elle se trouve doit « *mettre en place un accueil provisoire d'urgence, d'une durée de cinq jours à compter du premier jour de sa prise en charge*²⁹ ». Cette prise en charge est variable selon les territoires : faute de place, des jeunes dont l'évaluation de minorité est prévue n'ont aucune solution d'hébergement (IGAS, 2018). **Selon l'IGAS, 95 % des mineurs hébergés à l'hôtel seraient des MNA** (pendant l'évaluation et après l'admission à l'ASE)³⁰. **L'hôtel est une modalité de placement peu sécurisante** : faible contrôle de la qualité des lieux d'accueil, promiscuité dans les chambres, isolement, faible surveillance, proximité de lieux de trafics, etc. (Denieul et al., 2020).

Enfant avant migrant

On est toujours sur le même débat, c'est-à-dire de moins en moins de protection de l'enfance, de moins en moins de santé, de plus en plus de ministère de l'Intérieur [en France, l'immigration relève du ministère de l'Intérieur], ce qui est une manière de penser la question à partir de l'étranger en situation d'irrégularité plutôt que du jeune à protéger, qu'il ait 16 ans ou 18 ans et deux jours ! C'est la figure de l'étranger qu'on n'accueille pas. [Psychologue Équipe MdM, Caoa de Paris³¹]

Selon la loi relative à la protection des enfants du 7 février 2022³², le recours à l'hébergement hôtelier sera interdit en 2024. MdM sera vigilante sur l'effectivité du remplacement de ce type d'hébergement par des solutions appropriées.

Alors même que l'enfance constitue une période essentielle du développement de l'être humain, l'absence de logement a des conséquences graves sur la santé de ces enfants. Plus d'un quart des MNA reçus dans les Caso en 2022 sont sans domicile fixe (26,9 %) et 15,9 % vivent en squat ou bidonville. Ils sont plus de la moitié à être hébergés (55,5 %), dont plus d'un quart par un organisme ou une association (26,9 %).

ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Comme tout mineur, les MNA doivent pouvoir bénéficier d'une couverture maladie : soit la Protection universelle maladie (PUMA) s'ils sont pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) soit, l'Aide médicale d'État (AME) dans les autres cas³³. Ainsi, lors de leur entretien d'accueil, 71,9 % sont éligibles à l'AME et 28,1 % à la PUMA. Cependant, **l'accès à la couverture maladie paraît encore particulièrement**

inexistant pour les mineurs non accompagnés reçus dans les Caso avec 95,6 % d'entre eux non couverts. Plus de quatre MNA sur cinq évoquent au moins un obstacle à l'accès aux droits et aux soins (83,9 %). Les difficultés administratives (39,8 % des MNA) et la méconnaissance des droits et des structures (38,7 %). Près d'un quart des MNA pensent ne pas avoir de droits (23,7 %) Par ailleurs, près de la moitié d'entre eux (43,7 %) ne disposent d'aucune adresse postale leur permettant de faire leur demande de droits.

ÉTAT DE SANTÉ

Parmi les mineurs non accompagnés reçus en 2022, 212 ont été reçus en consultation de médecine générale avec en moyenne 1,7 consultations par MNA. Dans 27,7 % des cas, les médecins ont diagnostiqué au moins une pathologie chronique, et au moins une pathologie aiguë dans 73,9 % des cas. **Les MNA sont plus d'un tiers (32,8 %) à présenter un retard de soins selon l'avis du médecin et près de la moitié (48,8 %) à nécessiter une prise en charge urgente ou assez urgente.**

Le parcours migratoire des MNA reçus dans les Caso est éprouvant, ces derniers subissent des violences, que pourtant seulement 3,4 % d'entre eux sont parvenus à déclarer. Souvent la grande précarité dans leur pays, parfois le décès d'un ou de leurs deux parents dans le pays d'origine ou pendant le trajet migratoire, la déscolarisation dans leur pays et des violences souvent intrafamiliales (l'exploitation, l'abandon, l'excision ou le mariage forcé, etc.) accroissent leur vulnérabilité. Sur le trajet pour rejoindre l'Europe, ils connaissent la faim et la soif, subissent des mauvais traitements et des agressions de plusieurs ordres (séquestrés, battus, exploités, humiliés, violés, etc.).

Comment soigner un MNA non reconnu mineur ?

Je suis en train de me battre pour un jeune qui a un problème de fistule anale avec une indication opératoire évidente. Le chirurgien demande une échographie endoanale. Ce n'est pas un geste dangereux mais personne ne veut la faire parce qu'il n'a pas de référent parental ; donc on ne peut pas l'opérer. Il a donc en permanence des poussées infectieuses et souffre pratiquement tout le temps. On n'arrive pas à trouver de solution. L'absence de référent parental, ou au moins d'un adulte qui se porte garant, pose un problème.

[Médecin généraliste Équipe MdM, Caoa de Paris³⁴]

²⁸ La loi française prévoit que le président du conseil départemental du lieu où se trouve un jeune se déclarant mineur et privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille met en place un accueil provisoire d'urgence (article R. 221-11 du CASF), également désigné sous le terme de « mise à l'abri » à l'article R.221-12 du même code.

²⁹ Article R221-11, Code de l'action sociale et des familles.

³⁰ « L'hébergement hôtelier est aujourd'hui la principale forme d'hébergement d'urgence ».

³¹ (Gautier et al., 2020).

³² LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants ; JORF n°0032 du 8 février 2022.

³³ Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide médicale d'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).

³⁴ (Gautier et al., 2020).

02

LES PERSONNES VIVANT EN SQUAT OU BIDONVILLE

LES POINTS ESSENTIELS

- Les mineurs représentent 14 % des personnes vivant en squat ou bidonville.
- 30 % des personnes vivant en squat et bidonville sont en France depuis moins de trois mois.
- 79 % des personnes vivant en squat ou bidonville sont éligibles à la couverture maladie ; parmi elles, 78 % ne disposent pas de droits ouverts.

Depuis les années 1960, l'existence de bidonvilles est un véritable marqueur de l'exclusion et illustre le mal-logement. Les bidonvilles métropolitains s'installent le plus souvent dans des espaces non bâtis, des interstices urbains, des friches industrielles ou des zones rurales peu fréquentées (CNDH Romeurope, 2017 ; Delon, 2007). Les politiques publiques tout au long des années 1990 et 2000 ont essentiellement visé à faciliter l'expulsion des terrains, d'abord considérés sous l'angle de l'illicéité. Sans proposition de relogement, bloquant toute démarche d'insertion, ces actions ont perpétué les bidonvilles et aggravé la précarité des personnes concernées sans résoudre cette problématique.

Situations de travailleurs sans accès à des douches

Pour les personnes qui travaillent, c'est important de se laver après le travail. Ils reviennent avec de la sueur, de la poussière, de la saleté. Tout ce qu'on demande ce sont des toilettes et des douches. On peut se débrouiller avec les caravanes mais on a besoin d'aide pour ça. Mon fils est éboueur. Quand il rentre la nuit, il a besoin de se laver. L'été il peut se laver avec le tuyau d'arrosage mais l'hiver il a besoin de plusieurs poêles. J'ai deux fils qui travaillent l'un dans le ménage,

l'autre dans les fleurs. Ils rentrent sales le soir et ne peuvent se laver.

Ma belle-fille travaille dans un abattoir, elle n'a pas accès aux douches là-bas. Elle part à 3 heures du matin. Elle rentre et ne peut se laver facilement.

[Personnes concernées, programme 4i, Nantes, 2022]

Le terme « squat ou bidonville » employé dans ce rapport désigne l'habitat des personnes ayant déclaré vivre dans un logement sans bail ou sur un terrain sans droit lors de leur première venue au Caso ; si leur situation au niveau du logement a depuis évolué, celle-ci n'est pas prise en compte. Ainsi, en 2022, 752 personnes reçues dans les Caso ont déclaré vivre en squat ou bidonville, soit 5,7 % de l'ensemble des personnes reçues dans les Caso³⁵. Moins des deux tiers d'entre elles (64,5 %) sont des hommes.

Parmi les personnes de 18 ans et plus vivant en squat ou bidonville, plus d'une personne sur cinq vit avec au moins un enfant à charge (21,5 %). **Les mineurs représentent 13,7 % des personnes qui vivent en squat ou bidonville (vs. 8,1 % des personnes qui ne vivent pas en squat/bidonville).**

³⁵ Dans des programmes spécifiques, les équipes de Médecins du Monde rencontrent des personnes vivant en squat, bidonville et à la rue. Elles ne sont pas comptabilisées ici.

Discrimination d'accès aux sanitaires et discrimination sociale

Nos enfants sont à l'école toute la semaine, du lundi au vendredi. Mes enfants n'ont pas de conditions, pas d'accès aux toilettes ni aux douches. Ils souffrent car ils sont la risée des autres élèves. Ils finissent par ne plus vouloir aller à l'école. Ils pleurent et disent « maman, je ne veux plus aller à l'école, les autres élèves se moquent de moi ». [...] On voudrait avoir un accès à un minimum de conditions : douches et toilettes. Ça nous fait peur que les enfants aillent dans les bois à côté du terrain pour faire leurs besoins car il y a des sangliers qui pourraient les attaquer. [Personnes concernées, programme 4i, Nantes, 2022]

Parmi les mineurs, 49,0 % sont non accompagnés, **ainsi les MNA représentent donc 6,4 % de l'ensemble des personnes vivant en squat ou bidonville.**

Être mineur en squat

Le jeune H. a 14 ans et n'est pas pris en charge par l'ASE au titre de MNA. Il dort depuis une semaine dans un squat. Il s'y sent très mal car il n'y a que des majeurs avec qui il peut très peu communiquer : « Chez nous c'est comme ça, les majeurs ne parlent pas avec les mineurs ». L'un d'entre eux s'alcoolise régulièrement et fait beaucoup de bruit pendant la nuit. Cette personne ayant une position de chef exercerait des pressions sur les autres personnes vivant dans le squat, qui peuvent difficilement s'y opposer, craignant des représailles de sa part. H. nous explique être extrêmement fatigué, il dort très peu et a peur des adultes du squat. Le squat n'a pas l'électricité il leur est donc impossible de préparer à manger ; le lieu de distribution de repas chaud le soir étant à 40 minutes en transport il est complexe de s'y rendre, H. ayant peur de se déplacer la nuit. [Équipe MdM, programme MNA, Nantes, 2022]

Au sein de la file active, deux personnes sur cinq vivant en squat ou bidonville sont originaires d'Afrique subsaharienne (40,0 %). Celles originaires de l'Union européenne représentent 29,4 % des personnes vivant en squat et bidonville. **Les primo-arrivants vivant en squat ou bidonville représentent 30,1 % des personnes étrangères rencontrées.**

Plus d'un quart (25,9 %) des personnes âgées d'au moins 16 ans exercent une activité pour gagner leur vie.

Vivre en bidonville

J'ai été surprise et impressionnée par le nombre de tentes, le calme qui y règne (mais nous sommes en pleine journée), les difficultés d'accès à l'hygiène malgré la présence de deux toilettes de chantier (largement insuffisantes pour le nombre de personnes présentes), un accès à l'eau à l'extérieur. On peut imaginer la situation quand il fait un froid de canard comme aujourd'hui, 1er décembre. Il y a également le point accueil que beaucoup connaissent qui permet de prendre une douche, laver son linge et boire un café : c'est un moment de réel réconfort, d'une parenthèse bienvenue. [...] J'ai été frappée par la dignité de celles et ceux que j'ai rencontrés, leur respect à notre égard mais aussi leur

angoisse de l'instant présent et de leur avenir, leur mal-être qui se manifeste souvent par des douleurs diverses et variées, leurs difficultés à se faire suivre pour des pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension ou même des troubles psychiatriques. [...]

Aujourd'hui, ma collègue a vu un rat surgir près d'une tente alors que vivent ici des enfants avec leurs parents ainsi qu'une femme présentant une bronchite depuis trois semaines, j'avoue avoir été choquée. [...] [Équipe MdM, programme mobile, Lyon, 2022]

ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Près de quatre personnes sur cinq vivant en squat et bidonville sont éligibles à la couverture maladie (78,7 %) lors de leur entretien d'accueil dans les Casos (vs. 64,3 % parmi les autres personnes). Cependant, 77,9 % de ces personnes éligibles ne disposent d'aucun droit ouvert.

Lors des consultations de médecine générale, 42,3 % des patients vivant en squat ou bidonville présentaient un retard de recours aux soins pour au moins une pathologie selon l'avis du médecin (tableau 18). Ils étaient par ailleurs 40,4 % à nécessiter des soins médicaux urgents ou assez urgents. Lors de leur entretien d'accueil, 17,8 % des personnes vivant en squat ou bidonville ont indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois et 2,7 % ont déjà rencontré un refus de soins dans une structure de santé.

TABLEAU 18 - RETARD, RENONCEMENT AUX SOINS ET URGENCE DU TRAITEMENT CHEZ LES PATIENTS VIVANT EN SQUAT OU BIDONVILLE REÇUS DANS LES CASO, 2022

Personnes vivant en squat ou bidonville		
	n	%
En consultation de médecine générale		
Retard de recours aux soins médicaux	33	42,3
Soins médicaux urgents ou assez urgents	86	40,4
Pendant l'entretien d'accueil		
Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois	76	17,8
Refus de soins en structure de santé	11	2,7
Étrangère en situation irrégulière	99	54,4

Taux de réponse : Retard de soins : 37,6 % ; Urgence du cas : 55,9 % ; Renoncement aux soins : 46,7 % ; Refus de soins : 43,7 %

Lecture : En 2022, un retard de recours aux soins médicaux a été constaté par le médecin en consultation de médecine générale pour 40,4 % des personnes vivant dans des squats ou bidonvilles et ayant eu un diagnostic d'appareil.

ÉTAT DE SANTÉ

En 2022, 455 personnes vivant en squat ou bidonville ont été prises en charge lors de 728 consultations médicales.

Soins et dignité

Lorsqu'on va voir des médecins, on sent que les examens sont faits rapidement car les médecins sont dégoûtés. Avec les masques cela réduisait le problème pour les médecins. On a honte d'aller voir les professionnels de santé. Comme je veux que la consultation soit la plus complète possible, je m'efforce de me laver au mieux avant la consultation [il n'y a ni sanitaires ni douche dans le bidonville]. J'ai du psoriasis (pathologie dermatologique génétique chronique), j'ai besoin d'être toujours propre pour mettre la crème mais sans douche c'est difficile.

[Personnes concernées, programme 4i, Nantes, 2022]

Par rapport aux autres patients, les personnes en squat et bidonville ont été significativement plus diagnostiquées en 2022 pour des infections respiratoires supérieures (respectivement 5,7 % et 10,6 %). Elles ont également été plus diagnostiquées pour de l'hypertension artérielle (9,8 % des patients concernés vs. 6,1 % des patients ne vivant pas en squat ou bidonville).

Au moins une pathologie chronique a été diagnostiquée pour 41,9 % des personnes, et au moins une pathologie aiguë a été diagnostiquée pour 62,6 %.

De plus, lors des consultations de médecine générale, 8,3 % des femmes en âge de procréer (11 à 49 ans) et vivant en squat ou bidonville étaient enceintes.

Absence de toilettes et effets sur la santé

Je me retiens pour aller faire mes besoins [dans le bois], je vais juste une fois par jour, parce que j'ai peur. Certaines femmes ont des infections urinaires ou des mycoses, à force de se retenir.

[Personnes concernées, programme 4i, Nantes, 2022]

03

LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

LES POINTS ESSENTIELS

- 55 % des étrangers sans domicile fixe sont en France depuis moins de trois mois.
- 37 % des personnes sans domicile fixe ont une demande d'asile en cours.
- Les médecins ont repéré un besoin de soins médicaux urgents ou assez urgents chez 48 % des patients sans domicile fixe.
- 86 % des personnes sans domicile fixe n'ont pas de couverture maladie.
- 11 % des patients sans domicile fixe ont été diagnostiqués pour des troubles d'ordre psychologique (vs. 7 % des autres patients) et 60 % des patients sans domicile fixe pour au moins une maladie chronique.

Selon la Fondation Abbé Pierre (FAP), le nombre de sans-domicile a doublé depuis 2012 et s'élève au 31 décembre 2022 à 330 000 au moins (300 000 en 2021). Elle rapporte que près de 4 000 personnes ont appelé le 115 le 6 décembre 2021, mais n'ont pas pu être hébergées en raison de l'absence de places d'hébergement d'urgence disponibles. Ce chiffre est en hausse de plus de 30 % par rapport à l'été 2021 (*Fondation Abbé Pierre, 2022*).

Le terme « sans domicile fixe » désigne ici les personnes ayant déclaré vivre à la rue ainsi que les personnes hébergées pour une durée maximale de 15 jours par un dispositif d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social, etc.). Ce regroupement se justifie dans la mesure où elles connaissent les mêmes conditions d'insécurité en matière de logement. Ainsi, lors de leur entretien d'accueil dans les Caso, 2 838 personnes étaient sans domicile fixe, soit 21,4 % des personnes reçues. La situation des personnes a pu évoluer après leur entretien d'accueil.

L'accueil de nuit, une prévention

Avant d'avoir une tente dans la forêt de C., je dormais souvent dans les hôpitaux. J'allais à XX, où on me donnait un bracelet, comme quelqu'un qui venait pour des soins. Il fallait partir très tôt, vers six ou sept heures, mais c'était déjà pas mal, j'étais au chaud. L'accueil est plutôt bon par les agents de sécurité. J'ai aussi dormi plusieurs fois à YY, où l'accueil était aussi plutôt bon.

[Personne concernée, programme Pas de santé sans toit, Paris, 2022]

Les personnes sans domicile fixe reçues dans les Caso sont à 67,7 % des hommes. Cette importante proportion peut s'expliquer d'une part parce qu'ils sont plus nombreux dans la file active des Caso et par le fait que les hommes ne sont souvent pas considérés comme prioritaires dans l'attribution d'une place en hébergement d'urgence. Les 18-29 ans représentent 36,6 % des personnes vivant à la rue. Concernant les situations familiales, 16,7 % des personnes majeures sans domicile fixe ont au moins un enfant à charge. Les personnes sans domicile fixe âgées d'au moins 16 ans déclarent exercer très rarement une activité pour gagner leur vie (7,7 % vs. 21,0 % des autres personnes). **Parmi les mineurs sans domicile fixe, près de deux sur cinq sont des MNA (39,6 %).**

Plus de la moitié des personnes étrangères sans domicile fixe reçues dans les Caso en 2022 sont arrivées en France depuis moins de trois mois (54,7 % d'entre elles vs. 41 % des autres étrangers). Parmi les personnes étrangères sans domicile fixe, 54,7 sont primo-arrivantes, 22,4 % présentes en France entre trois et 12 mois, et 22,9 % depuis plus d'un an.

Les personnes étrangères sans domicile fixe sont plus souvent en situation administrative régulière (51,3 %) que celles déclarant vivre dans un domicile ou un hébergement de plus de 15 jours (43,8 %). Cette différence s'explique par le taux de demandeurs d'asile parmi elles. En effet, **37,0 % des personnes étrangères sans domicile fixe ont une demande d'asile en cours au jour de leur entretien d'accueil. Un grand nombre de demandeurs d'asile accueillis dans**

les Casos rencontrent des difficultés d'accès à l'hébergement. Selon la Cimade, seuls 41 % des personnes en demande d'asile sont hébergées dans le dispositif national d'accueil (DNA) (Cimade, 2022b).

Concernant la situation administrative, les demandeurs d'asile ont un risque fortement plus élevé d'être sans domicile fixe en comparaison aux autres personnes en situation administrative régulière. Ce risque est également nettement plus important pour les personnes en situation administrative irrégulière. Les étrangers de 16 ans et plus en France depuis trois mois et plus ont moins de risque (30 % de moins) d'être SDF que ceux en France depuis moins de trois mois (tableau 19).

TABLEAU 19 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU FAIT D'ÊTRE SANS DOMICILE PARMIS LES PERSONNES ÂGÉES DE 16 ANS ET PLUS REÇUES EN ENTRETIEN D'ACCUEIL DANS LES CASO, 2022

Sans domicile fixe ²			
	n	%	OR ¹
Ensemble (≥ 16 ans et plus)	2 679	21,6	
Demande d'asile en cours et situation administrative (droit de séjour)			
- Demandeur d'asile	870	36,4	3,9***
- Autre personne en situation régulière	305	13,8	réf
- Étrangers en situation irrégulière	1 177	18,9	2,1***
Durée de présence en France			
- Français	63	28,3	1,1 ^{ns}
- Étrangers présents depuis moins de 3 mois	1 379	26,5	réf
- Étrangers présents depuis au moins 3 mois	1 195	17,6	0,7***

(1) Odds ratio ajusté sur le genre, l'âge à l'entretien d'accueil, l'activité pour gagner leur vie en France, la demande d'asile et la situation administrative, la durée de présence en France et le groupe continental ; *** p<0,001 ns : non significatif

(2) Modèle multivarié réalisé sur 9 544 personnes de 16 ans et plus reçues dans les Casos pour lesquelles l'ensemble des variables incluses dans le modèle ont été renseignées.

Lecture : À autres caractéristiques constantes du modèle, la probabilité d'être sans domicile fixe lors de l'entretien d'accueil est significativement plus importante pour les demandeurs d'asile par rapport aux autres personnes en situation irrégulière. (OR = 3,9 ; p<0,001)

ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Parmi les personnes sans domicile fixe, 61,0 % sont éligibles à la couverture maladie. Parmi elles, 76,5 % ne disposent toutefois pas de droits ouverts. Ainsi, seules 14,5 % de l'ensemble des personnes sans domicile fixe, qu'elles soient éligibles ou non, disposent d'une couverture maladie en France.

Disposer d'une domiciliation est nécessaire pour l'ouverture des droits à la couverture maladie. Or, **52,2 % des personnes sans domicile fixe ne disposent pas d'adresse postale au jour de leur entretien d'accueil.**

Lors de leur entretien d'accueil, **80,3 % des personnes sans domicile fixe ont évoqué des obstacles à l'accès aux soins et aux droits** (vs. 75,7 % pour les autres personnes). Chaque personne peut rencontrer plusieurs obstacles. Les principaux obstacles évoqués sont la méconnaissance des droits et des structures (35,9 %), les difficultés administratives (32,6 %), la barrière linguistique (27,0 %), l'absence de droits possibles (24,3 %) et les difficultés financières (16,6 %).

Retard de recours aux soins

Les gens de la rue, ils ne se soignent pas. Ils le font quand ça devient vraiment urgent. On nous critique mais c'est pas nous qui faisons le trou de la sécu.

[Personne concernée, programme accès aux soins en zone rurale, Haute vallée de l'Aude, 2022]

Lors de l'entretien d'accueil, 17,6 % des personnes sans domicile fixe déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois et 3,1 % avoir été refusées pour des soins en structure de santé, proportions similaires aux autres personnes (tableau 20).

Lors des consultations de médecine générale, le médecin a identifié **un retard de recours aux soins pour au moins une pathologie chez 55,5 % des patients sans domicile fixe, plus fréquemment que parmi les autres patients (46,8 %). De même, le besoin de soins médicaux urgents ou assez urgents a plus souvent été repéré chez les patients sans domicile fixe avec 48,1 % d'entre eux concernés contre 43,9 % des autres patients.**

TABLEAU 20 - RETARD, RENONCEMENT AUX SOINS ET URGENCE DU TRAITEMENT CHEZ LES PATIENTS SANS DOMICILE FIXE ET LES AUTRES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2022

	Sans domicile fixe		Autres personnes	
	n	%	n	%
En consultation de médecine générale				
Retard de recours aux soins médicaux	323	55,5***	994	46,8
Soins médicaux urgents ou assez urgents	525	48,1**	1 695	43,9
Pendant l'entretien d'accueil				
Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois	286	17,6 ^{ns}	1 037	16,6
Refus de soins en structure de santé	46	3,1 ^{ns}	177	3,0

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

Taux de réponse : Retard de soins : 37,6 % ; Urgence du cas : 55,9 % ; Renoncement aux soins : 46,7 % ; Refus de soins : 43,7 %

Lecture : En 2022, un retard de recours aux soins médicaux a été constaté par le médecin en consultation de médecine générale pour 55,5 % des personnes sans domicile fixe ayant eu un diagnostic d'appareil contre 46,8 % des autres patients reçus.

Le risque de tout perdre

Dans certaines bagageries, ils n'acceptent pas les gros sacs, comme les caddies. Alors le mien, je l'ai toujours avec moi, c'est pas pratique, notamment dans les lieux où il y a des étages. Et puis il faut souvent renouveler le droit de poser son sac, ça peut être pénible. Et parfois c'est même pas possible de renouveler, alors il faut changer souvent de lieu. Quand on laisse trop passer la date de fin de prise en charge, ils détruisent tout. Une fois, il y avait un gars qui avait été à l'hôpital, et qui n'avait pas pu prévenir qu'il pouvait pas renouveler. Il a tout perdu, ses sacs et ses vêtements, il en a pleuré.

[Personne concernée, programme Pas de santé sans toit, Paris, 2022]

ÉTAT DE SANTÉ

Il n'y a pas de maladies spécifiques à la précarité ni à la vie à la rue. Les personnes souffrent des mêmes pathologies que la population générale, la différence se situe au niveau des prévalences, de la sévérité de leurs pathologies et des complications secondaires renforcées par les conditions sanitaires dans leurs lieux de vie.

En 2022, 1927 personnes sans domicile fixe ont été prises en charge lors de 3251 consultations de médecine générale ou spécialisée dans les 14 Caso. **Les patients sans domicile fixe sont davantage diagnostiqués pour des pathologies chroniques (60 %) que aiguës (47 %) lors des consultations de médecine générale, à l'inverse des autres patients (resp. 53 % et 56 %).** Lors des consultations de médecine générale ou des entretiens de prévention, 8,7 % des femmes sans domicile fixe en âge de procréer (11-49 ans) étaient enceintes, soit 42 femmes.

Les patients sans domicile fixe ont été plus souvent diagnostiqués pour des troubles d'ordre psychologique que les autres patients (respectivement 11 % vs. 7 %). Les personnes sans domicile fixe ont plus souvent déclaré avoir subi des violences (6,9 %) que les autres personnes (3,3 %). Parmi les personnes sans domicile fixe ayant déclaré des violences lors d'un entretien spécifique dans les Caso, 21,3 % d'entre elles les ont subies en France.

Troubles psychologiques

M. vit à la rue. Il était soldat en Géorgie où il vivait dans un village à la frontière de l'Ossétie. Nous avons identifié des troubles d'ordre psychologiques du fait de ses expériences de vie : plusieurs amis ont été arrêtés et assassinés. Lui-même risquait en permanence la persécution de la part des soldats russes.

[Équipe MdM, programme mobile, Strasbourg, 2023]

04

LES PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE AU REGARD DU SÉJOUR

LES POINTS ESSENTIELS

- La moitié des personnes reçues dans les Caso en 2022 sont en situation administrative irrégulière.
- Seulement 4 % des personnes en situation administrative irrégulière sont hébergées par un organisme ou une association pour plus de 15 jours.
- 91 % des personnes en situation administrative irrégulière n'ont pas de couverture maladie et parmi celles éligibles à une couverture maladie en France, 85 % ne disposent pas de droits ouverts.
- 57 % des patients en situation administrative irrégulière ont au moins une maladie chronique selon l'avis des médecins.

Selon l'OMS, « l'expérience de la migration est un déterminant essentiel de la santé et du bien-être, et les réfugiés et les migrants restent parmi les personnes les plus vulnérables et les plus négligées dans de nombreuses sociétés » (OMS, 2022). En effet, si les personnes en situation de migration sont soumises aux mêmes déterminants de santé que le reste de l'humanité, leur statut migratoire complexifie leur accès aux droits et aux soins et les rend particulièrement vulnérables.

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

L'obligation de posséder un titre de séjour ne s'appliquant qu'à

partir de 18 ans³⁶, **les mineurs ne peuvent pas être considérés en situation administrative irrégulière et sont donc exclus des analyses.** En 2022, 6 748 personnes ne disposaient pas de titre de séjour lors de leur première visite dans les Caso. Elles représentent 50,3 % de la file active totale et 59,8 % des étrangers majeurs. Ce sont le plus souvent des hommes (66,7 %). Elles sont en moyenne âgées de 34,9 ans, avec 57,4 % d'entre elles ayant entre 18 et 34 ans, 35,4 % entre 35 et 54 ans et 7,2 % de 55 ans et plus.

Les personnes reçues qui étaient en situation administrative irrégulière sont majoritairement originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne (environ 42 % chacun).

Concernant le temps passé en France par les personnes d'origine étrangère au moment de leur entretien d'accueil en CASO, **quasiment les deux tiers (63,7 %) des individus en situation irrégulière au regard du droit de séjour ont passé moins d'un an sur le territoire français (81,2 % parmi les personnes en situation régulière), y compris 33,8 % depuis moins de 3 mois.** Cette situation d'irrégularité au regard du séjour perdure dans le temps pour une partie d'entre eux avec 15,9 % d'entre eux présents en France depuis un à trois ans et 20,4 % depuis plus de trois ans.

³⁶ Article L. 411-1 du Ceseda.

Du point de vue de l'environnement familial, 74,1 % des personnes en situation administrative irrégulière au regard du droit au séjour reçues dans les Casos sont seules et sans enfant à charge en France. Bien que moins d'un tiers de ces personnes aient des enfants mineurs, la majorité ne vit pas avec eux (57,4 %), avec les implications que cela peut entraîner pour les parents et les enfants (séparation, inquiétude d'être sans nouvelles, sentiment d'abandon pour les enfants, etc.) (Barou, 2011 ; Fresnoza-Flot, 2013).

Les personnes en situation administrative irrégulière rencontrées en 2022 sont pour 19,1 % d'entre elles sans domicile fixe. Plus de trois personnes concernées sur cinq (64,3 %) sont hébergées par de la famille ou des amis. Cet hébergement peut parfois être monnayé en espèces, voire en nature (Pannetier et al., 2018) (tableau 21).

TABLEAU 21 - LES CONDITIONS DE LOGEMENT DES ÉTRANGERS MAJEURS EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE ACCUEILLIS DANS LES CASO AU JOUR DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2022

	n	%
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	321	4,8
Hébergé(e)s	4 628	69,7
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis	4270	64,3
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours (hôtel, foyer, Cada, etc.)	285	4,3
- Hébergé(e) par un réseau/collectif militant/hébergement solidaire	73	1,1
Squat, bidonville	369	5,6
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	262	3,9
- Occupant un terrain sans droit (campement illégal)	107	1,6
Sans domicile fixe	1 271	19,1
- Personne à la rue	1082	16,3
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, Samu social, etc.)	189	2,8
Autre situation	56	0,8

Taux de réponse : 77,6 %

Lecture : Au jour de leur entretien d'accueil, 4,8 % des personnes majeures en situation administrative irrégulière disposent d'un logement personnel.

Situation administrative irrégulière, solutions temporaires

Depuis que la famille Y. n'a plus d'accompagnement par MdM, leurs difficultés sociales ont empiré. Les membres de la famille sont en situation administrative irrégulière, n'ont pas de problèmes de santé et les enfants sont majeurs. L'accueil de jour qui a pris la relève sur l'accompagnement de la famille refuse de leur accorder une deuxième orientation pour des colis alimentaires supplémentaires alors que ceux fournis par les Restos du Cœur sont nécessaires mais insuffisants. [Équipe MdM, programme mobile, Strasbourg, 2023]

ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Parmi les personnes en situation administrative irrégulière éligibles à une couverture maladie en France, 84,9 % ne disposent pas de droits ouverts (tableau 22). Qu'elles soient éligibles ou non, 90,6 % des personnes en situation administrative irrégulière n'ont aucune couverture maladie, contre 79,6 % des personnes en situation administrative régulière.

TABLEAU 22 - OUVERTURE DES DROITS À LA COUVERTURE PARMIS LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO ÉLIGIBLES À LA COUVERTURE MALADIE SELON LEUR SITUATION ADMINISTRATIVE AU REGARD DU DROIT DE SÉJOUR, 2022

(% en ligne)	Personnes en situation administrative irrégulière		Personnes en situation administrative régulière	
	n	%	n	%
Droits ouverts¹ à la couverture maladie	562	15,1	839	32,7
Droits non ouverts	3 166	84,9	1 726	67,3

Taux de réponse : 71,9 %.

(1) Les patients disposant de droits dans un autre pays européen ou couverts par l'assurance du visa sont exclus de l'analyse.

Lecture : Parmi les personnes en situation administrative irrégulière et éligibles à la couverture maladie, 15,1 % en disposent réellement.

Des difficultés d'accès à une protection maladie peuvent provoquer des renoncements aux soins. Il y a renoncement lorsqu'une personne ne recourt pas aux services de soins alors que son état de santé le nécessiterait. Le renoncement aux soins suppose, en effet, l'existence d'un besoin (identifié par un médecin ou par la personne elle-même) (Chaupain-Guillot et al., 2014). **Lors des consultations de médecine générale, un retard de recours aux soins est constaté chez 53,5 % des patients en situation administrative irrégulière et un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 40,7 % d'entre eux.**

TABLEAU 23 - RETARD, RENONCEMENT ET REFUS DE SOINS ET URGENCE CHEZ LES PERSONNES MAJEURES EN SITUATION ADMINISTRATIVE IRRÉGULIÈRE ET RÉGULIÈRE AU REGARD DU DROIT DE SÉJOUR DANS LES CASO, 2022

(% en ligne)	Personnes en situation administrative irrégulière		Personnes en situation administrative régulière	
	n	%	n	%
En consultation de médecine générale				
Retard de recours aux soins médicaux	599	53,5**	599	47,1
Soins médicaux urgents ou assez urgents	842	40,7***	1 066	48,9
Pendant l'entretien d'accueil				
Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois	931	20,4***	344	12,7
Refus de soins en structure de santé	142	3,3	71	2,8

ÉTAT DE SANTÉ

En 2022, 4 077 patients en situation administrative irrégulière ont été reçus au cours de 6 368 consultations de médecine générale et spécialisée dans les Caso.

Lors des consultations de médecine générale, les patients en situation administrative irrégulière ont davantage été diagnostiqués pour des affections dents-gencives (7,1 %) que les personnes en situation administrative régulière (5,0 %). Les pathologies chroniques sont plus souvent repérées (56,9 %) que les pathologies aiguës (50,3 %) chez les personnes en situation irrégulière au regard du séjour.

Analyses ajustées sur le sexe et l'âge.

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

Taux de réponse : Retard de soins : 37,6 % ; Urgence du cas : 55,9 % ; Renoncement aux soins : 46,7 % ; Refus de soins : 43,7 %.

Lecture : Parmi les étrangers majeurs en situation administrative irrégulière, 40,7 % nécessitent des soins médicaux urgents ou assez urgents selon l'avis du médecin, contre 48,9 % parmi les personnes majeures en situation régulière.

05

LES PERSONNES DEMANDEUSES D'ASILE

LES POINTS ESSENTIELS

- 62 % des demandeurs d'asile sont des primo-arrivants et n'ont de facto pas de couverture maladie ; et parmi eux 41 % sont sans domicile fixe.
- 39 % des personnes en procédure accélérée³⁷ sont sans domicile fixe contre 27 % des personnes en procédure normale.
- Près de 77% des demandeurs d'asile éligibles à la couverture maladie n'ont pas de droits ouverts.
- 55 % des patients demandeurs d'asile sont diagnostiqués pour au moins une maladie chronique et 53% nécessitent des soins médicaux urgents ou assez urgents.

L'asile est la protection qu'accorde un État à une personne de nationalité étrangère qui craint de subir des préjudices graves dans son pays d'origine en raison de sa race, sa religion, sa nationalité, ses opinions politiques ou son appartenance à un groupe social particulier, ou qui fuit la guerre, la torture ou des traitements inhumains et/ou dégradants.

En France, c'est l'Office français de protection pour les réfugiés et apatrides (Ofpra) qui est l'administration en charge de l'examen des demandes d'asile. En cas de refus de l'Ofpra, un recours peut être formé devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), juridiction administrative spécialisée. Il existe plusieurs types de protection qui peuvent être octroyés : le statut de réfugié (qui comprend l'asile constitutionnel, le mandat strict du HCR et l'article 1er de la convention de Genève), la protection subsidiaire et le statut d'apatride.

Sur l'ensemble des personnes d'origine étrangère (hors Union européenne), 35,1 % d'entre elles ont déjà déposé

une demande d'asile en France au moment de leur entretien d'accueil dans les Caso, soit 3 998 personnes. Cette demande était encore en cours de traitement pour la moitié d'entre elles (50,9 %). Plus de quatre personnes sur cinq sont en procédure accélérée que ce soit pour les réexamens (52,8 %) ou des demandes Ofpra (27,5 %). Les demandeurs étaient également près d'un sur cinq à avoir été placés en procédure Dublin (19,3 %)³⁸ et plus d'un quart d'entre eux ont été déboutés (26,2 %). Au total, 138 personnes, soit 3,7 % des demandeurs, ont obtenu une protection au jour de leur entretien d'accueil. Parmi les étrangers n'ayant pas fait de demande d'asile, 9,2 % ont indiqué vouloir en déposer une et 20,0 % ne savent pas s'ils vont le faire. En outre, ils sont 2,0 % à être déjà reconnus réfugiés dans un autre pays européen (tableau 24).

³⁷ Lors du rendez-vous au Guichet unique de demande d'asile (Guda), la personne est informée de la procédure applicable à l'examen de sa demande d'asile. La demande est automatiquement placée en procédure accélérée lorsque le demandeur provient d'un pays considéré comme sûr ou lorsque c'est une demande de réexamen. Par ailleurs, la demande peut être placée en procédure accélérée selon d'autres cas décrit par l'Ofpra <https://www.ofpra.gouv.fr/les-procedures-specifiques>

³⁸ En référence au règlement Dublin III, règlement UE n° 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride.

TABLEAU 24 - ÉTRANGERS (ORIGINAIRES D'UN PAYS HORS UE) CONCERNÉS PAR UNE DEMANDE D'ASILE LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL EN CASO, 2022

	n	%
Personnes ayant déposé une demande d'asile en France, dont :	3 998	35,1
Demande en cours	1 877	50,9
Débouté(e)s	969	26,2
Placement en procédure Dublin III	714	19,3
Accord	138	3,7
Autres statuts (parmi les personnes n'ayant pas fait de demande d'asile)		
Personnes reconnues réfugiées dans un autre pays européen	126	2,0
Souhait de déposer une demande d'asile en France		
- Oui	524	9,2
- Non	4 017	70,7
- Ne sait pas	1 138	20,0

Taux de réponse : Dépôt demande d'asile : 72,6 % ; Situation du dépôt de demande d'asile : 92,5 % ; Type de procédures : 83,7 % ; Statut de réfugiés dans un autre pays européen : 84,9 % ; Souhait de demande d'asile en France : 83,7 %.

Lecture : Parmi les étrangers rencontrés en Caso en 2022, 35,1 % avaient déposé une demande d'asile en France avant leur entretien d'accueil. Cette demande était encore en cours pour 50,9 % d'entre eux.

LES DEMANDEURS D'ASILE DONT LA DEMANDE EST EN COURS

Dans le rapport, sont considérés comme demandeurs d'asile les personnes (hors Union européenne) dont la demande d'asile est en cours lors de l'entretien d'accueil, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en Préfecture, une demande Ofpra en cours, un recours³⁹/réexamen⁴⁰ Ofpra/CNDA en cours, ainsi que les personnes placées en procédure Dublin⁴¹ (dites « dublinées »).

En 2022, 2 591 demandeurs d'asile ont été reçus dans les Caso. Ils représentent 15,4 % de la file active totale. Deux tiers d'entre eux ont déclaré être un homme (66,9 %). Les demandeurs d'asile sont en moyenne âgés de 30,8 ans, avec 6,4 % ayant moins de 18 ans et 45,8 % entre 18 et 30 ans.

Près de la moitié des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne (46,3 %), moins d'un quart d'Europe hors UE (20,5 %) et 19,0 % du Proche et Moyen-Orient. Avec les Afghans (15,6 %), les Guinéens (10,8 %) et les Nigériens (6,9 %) sont les plus représentés.

La situation des demandeurs d'asile reçus dans les Caso témoigne de la difficulté pour eux d'être hébergés dans des conditions dignes : près de deux sur cinq sont sans domicile fixe (36,0 %), dont seulement 8,8 % en hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins, et 4,5 % vivent en squat ou bidonville (tableau 25).

La majorité des demandeurs d'asile (62,0 %) sont arrivés en France depuis moins de trois mois et sont donc, du fait du délai de carence de trois mois, sans couverture maladie. Les demandeurs d'asile primo-arrivants sont par ailleurs plus souvent sans domicile fixe (41,2 %) – 31,4 % sont à la rue.

TABLEAU 25 - LES CONDITIONS DE LOGEMENT DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES AUTRES PERSONNES ACCUEILLIS EN CASO LORS DE LEUR ENTRETIEN D'ACCUEIL, 2022

(% en ligne)	Demandeurs d'asile		Autres personnes	
	n	%	n	%
Hébergé(e)s	1451	57,1	6199	66,9
Sans domicile fixe	914	36,0	1624	17,5
Squat, bidonville	114	4,5	558	6,0
Logement personnel (dont caravane)	40	1,6	790	8,5
Autre situation	21	0,8	93	1,0

Taux de réponse : 77,6 %

Lecture : Parmi les demandeurs d'asile au jour de leur entretien d'accueil, 57,1 % sont hébergés contre 66,9 % pour les autres personnes accueillies en Caso.

Des différences de condition de logement sont observées selon l'avancement de la demande d'asile. **Les personnes en procédure accélérée sont, de façon significative, plus souvent sans domicile fixe (38,5 %)** que les personnes en procédure normale (27,1 %). **Ces différences sont importantes au regard de la volonté du gouvernement d'accroître le nombre de procédures accélérées (Cimade, 2022a).**

Les conditions matérielles d'accueil (dont la proposition d'hébergement fait partie) ne sont proposées par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) qu'après l'enregistrement de la demande d'asile au Guda en préfecture. **Les personnes ayant uniquement une convocation en préfecture sont plus souvent sans domicile fixe (42,4 %), de même que les personnes en procédure Dublin III (36,9 %), que les personnes dont la demande est en cours (31,6 %) ou en réexamen (29,6 %).**

³⁹ Si la demande d'asile a été rejetée par l'Ofpra, il est possible de former un recours auprès de la CNDA pour contester cette décision.

⁴⁰ Après une décision de rejet devenue définitive (c'est-à-dire en l'absence de recours ou en cas de rejet du recours par la CNDA), le demandeur d'asile débouté peut soumettre à l'Ofpra des éléments nouveaux dans le cadre d'une demande de réexamen.

⁴¹ Selon le règlement Dublin III, un seul état membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'UE. Pour déterminer l'État responsable de la demande, trois critères ont été retenus : soit le pays dans lequel le demandeur est entré et où ses empreintes ont été relevées, soit celui qui lui a accordé un visa ou un titre de séjour ou dans lequel le demandeur a déjà introduit une demande d'asile, soit sur des critères familiaux (membres de famille bénéficiaires d'une protection/demandeurs d'asile). En France, lors de l'enregistrement de la demande d'asile, la préfecture peut estimer qu'un autre État européen est responsable de la demande et place alors la personne en « procédure Dublin » (elle est dite « dublinée »).

TABLEAU 26 – LES CONDITIONS DE LOGEMENT DES DEMANDEURS D’ASILE SELON LEUR AVANCEMENT DANS LA PROCÉDURE LORS DE LEUR ENTRETIEN D’ACCUEIL, 2022

	Convocation ou rdv en préfecture	Procédure Dublin III	Demande Ofpra en cours	Réexamen Ofpra en cours
(% en ligne)	%	%	%	%
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	2,0	0,9	1,8	1,5
Hébergé(e)s	50,8	56,3	62,3	56,8
Squat, bidonville	4,2	5,3	3,2	11,4
Sans domicile fixe (dont)	42,4	36,9	31,6	29,6
- Personne à la rue	29,5	30,2	24,0	23,5
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins (115, accueil de nuit, Samu social, etc.)	12,9	6,7	7,7	6,1

Taux de réponse : 77,6 % ; « Autres conditions de logement » non présentés (effectif faible).

Parmi les adultes demandeurs d’asile accueillis dans les Caso, 70,2 % indiquent vivre seuls et sans enfant à charge en France et 11,5 % vivent en couple avec un ou plusieurs enfants à charge. Par ailleurs, **32,7 % des demandeurs d’asile vivant en couple avec au moins un enfant à charge sont sans domicile fixe. Près d’un tiers des personnes demandeuses d’asile vivant seules avec au moins un enfant à charge sont aussi sans domicile fixe (29,3 %).**

Conditions de vie pendant et après la demande d’asile

Madame évoque des « problèmes » qui l’ont poussée à partir : « Là-bas, si tu es une femme, que tu es mariée et que tu n’as pas d’enfants, tu es traitée comme une sorcière. » De son trajet migratoire, elle ne parle que de la mer, puis de l’Italie, et mentionne juste « beaucoup de souffrances », sans en dire davantage. En arrivant en France, elle a déposé une demande d’asile. Elle reçoit alors les conditions matérielles de l’asile et est hébergée par une « amie » :

« Ils me donnaient de l’argent tous les mois et je le donnais à mon amie. Mais ensuite ils ont refusé mon asile, je n’ai plus eu d’aides et ma copine m’a mise à la rue. J’ai déposé un recours, mais ça n’a pas marché. »

Très isolée, elle dort à la rue. Elle a un travail non déclaré et semble particulièrement exploitée : moyennant un forfait non négociable de 150 euros par mois, elle fait plusieurs heures de ménage dans des endroits différents, en île-de-France, envoyée par une personne qui perçoit et distribue l’argent de ces heures de travail.

« Il y a des jours où je travaille, d’autres où je ne travaille pas. Des fois les lieux changent. C’est une dame qui me dit où aller. »

[Équipe MdM, veille sanitaire, Paris, 2022]

ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Les demandeurs d’asile disposant a minima d’une attestation remise en préfecture⁴² et présents depuis au moins trois mois en France sont éligibles à la PUMa et à la C2S.

Lors de leur entretien d’accueil dans les Caso en 2022, 65,6 % des demandeurs d’asile sont éligibles à la couverture maladie mais 76,8 % d’entre eux n’ont pas de droits ouverts. Parmi l’ensemble des demandeurs d’asile éligibles ou non, 84,6 % ne possèdent aucun droits ouverts en France (tableau 27).

TABLEAU 27 - OUVERTURE DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE DES DEMANDEURS D’ASILE ÉLIGIBLES LORS DE LEUR ENTRETIEN D’ACCUEIL, 2022

	Demandeurs d’asile	
	n	%
Droits ouverts ¹ à la couverture maladie	350	23,2
Droits non ouverts	1 160	76,8

Taux de réponse : personnes connaissant leur éligibilité et leurs droits effectifs à la couverture maladie : 71,9 %.

(1) Les patients disposant de droits dans un autre pays européen ou couverts par l’assurance du visa sont exclus de l’analyse.

Lecture : Parmi les demandeurs d’asile éligibles à la couverture maladie, 23,2 % en disposent réellement lors de leur entretien d’accueil.

Parmi les demandeurs d’asile éligibles à la couverture maladie, l’ouverture des droits diffère selon la procédure et en lien également avec leur durée de présence en France. Les demandeurs d’asile placés en procédure Dublin ont moins souvent de droits ouverts parce qu’ils sont moins souvent hébergés et accompagnés pour l’ouverture des droits. En effet, ceux éligibles à la couverture maladie possédant uniquement une attestation de dépôt en préfecture ou ceux en procédure Dublin sont respectivement 83,8 % et 86,1 % à ne pas avoir de droits ouverts. Enfin, 71,5 % des personnes éligibles avec une demande d’asile

⁴² Selon le décret relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d’asile pour la prise en charge de leurs frais de santé (décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019). La note d’information n° DSS/2A/2020/43 du 27 février 2020 relative à la prise en charge des frais de santé des demandeurs d’asile et à la carte d’admission à l’Aide médicale d’État rappelle qu’il faut joindre l’attestation de DA.

en cours et 50,9 % de celles avec une demande en réexamen ne disposaient pas de droits ouverts à la couverture maladie. Lors de leur entretien d'accueil, les personnes demandeuses d'asile sont 81,2 % à avoir évoqué des obstacles. Notamment la barrière linguistique (34,7 %), la méconnaissance des droits et des structures (24,9 %), les difficultés administratives (22,4 %) et financières (17,4 %).

ÉTAT DE SANTÉ

En 2022, 3 377 consultations médicales généralistes et spécialisées ont été réalisées auprès de 1 999 demandeurs d'asile différents, soit en moyenne 1,7 consultations par patient concerné. Parmi les femmes en âge de procréer (11 à 49 ans) en demande d'asile, 7,6 % sont enceintes au cours de leur consultation médicale ou consultation DSSR.

Lors des consultations de médecine générale, les demandeurs d'asile présentent des pathologies du système digestif (26,2 %), dermatologiques (18,6 %), du système ostéoarticulaire (17,8 %), ou encore des troubles psychologiques ou psychiatriques (12,5 %). En comparaison, les autres patients ont été moins souvent diagnostiqués pour des troubles du système digestif (21,5 %), dermatologiques (13,0 %) et psychologiques ou psychiatriques (7,0 %) et plus souvent pour les pathologies ostéoarticulaires (20,9 %) et respiratoires (18,9 %). **Parmi les demandeurs d'asile primo-arrivants, la prévalence des parasitoses/candidoses apparaît comme plus importante que parmi les autres demandeurs d'asile (9,5 % vs. 3,7 %).**

Selon le diagnostic du médecin généraliste, 53,3 % des demandeurs d'asile ont été diagnostiqués pour au moins une pathologie aiguë. **À âge et genre similaires, les demandeurs d'asile sont plus souvent diagnostiqués pour des pathologies chroniques (57,3 %) que les autres patients (54,1 %).**

D'autre part, un retard de recours aux soins est constaté chez 49,3 % des patients demandeurs d'asile et un besoin de soins urgents ou assez urgents a été repéré par le médecin pour 53,1 % d'entre eux.

UN INCONCEVABLE RECU DE L'ACCÈS AUX SOINS

DES PERSONNES
EN SITUATION
ADMINISTRATIVE
IRRÉGULIÈRE

Au moment de la publication de ce rapport, le projet de loi « Asile et immigration » présenté en Conseil des ministres le 1er février 2023 – intitulé « Contrôler l'immigration, favoriser l'intégration » – aura peut-être repris vie législative. Celle-ci a en effet été interrompue après un premier examen en commission des lois au Sénat en mars 2023.

La poursuite du processus législatif, annoncée pour l'automne, est source de grandes inquiétudes au regard des dispositions concernant l'accès aux soins des personnes étrangères, a fortiori « sans papiers ».

En effet, le texte qui ne comportait à l'origine aucune mesure de santé a été amendé, dégradé, lors du début de l'examen au Sénat.

Parmi d'autres, deux mesures sont particulièrement problématiques :

- La suppression de l'Aide médicale d'État ;
- La restriction du droit au séjour et de la protection contre l'expulsion pour raisons médicales des personnes étrangères gravement malades.

Le gouvernement, le président de la République, les groupes de la majorité présidentielle à l'Assemblée nationale décideront-ils de sacrifier des dispositifs essentiels de santé publique au nom de tractations politiques, instrumentalisant une nouvelle fois la santé des personnes étrangères à des fins politiciennes ?

L'AME CONSIDÉRÉE COMME UN OUTIL DE POLITIQUE MIGRATOIRE

L'AME fait l'objet d'attaques récurrentes au Parlement. Chaque année lors des débats sur le projet de Loi de finances, des amendements de la droite et de l'extrême-droite, viennent soit la supprimer pour ne garder qu'une aide d'urgence, soit réduire son panier de soins. Instrumentalisant politiquement ces questions de santé des personnes et de santé publique, ces groupes politiques tentent de réduire, voire anéantir les droits en santé des étrangers en situation de précarité.

L'année 2022 n'a pas fait exception. Un amendement de suppression de l'AME a été voté au Sénat lors des débats en Loi de finances, à l'initiative du groupe LR.

La Première ministre Élisabeth Borne réagissait le 6 décembre 2022 pendant le débat sur la politique migratoire pour réaffirmer certaines évidences au regard des enjeux de santé publique : « *Je veux tordre le cou à une dernière idée reçue concernant l'Aide médicale de l'État (AME) : non, elle ne nourrit pas l'immigration irrégulière ! C'est une question de protection et de santé publique. Aucun projet migratoire vers la France n'est seulement motivé par l'existence de ce dispositif dont les conditions d'accès et les modalités de contrôle ont d'ailleurs été renforcées récemment.* »⁴³

Le début de l'année 2023, avec le nouveau projet de loi « Asile et immigration » ne fait pas non plus exception.

Ainsi le début de l'examen du texte au Sénat a vu l'adoption en Commission des lois à l'initiative de la députée LR Françoise Dumont d'un amendement⁴⁴ visant à substituer à l'Aide médicale d'État une aide médicale d'urgence.

Ainsi se banalise l'idée que l'on peut laisser sciemment la santé des personnes se dégrader pour ne les prendre en charge qu'à des stades aggravés aux Urgences.

Depuis sa présentation en Conseil des ministres par Gérald Darmanin en mars 2023, ce projet de loi ne cesse de faire l'objet de tractations politiques, en particulier avec les tenants d'une ligne dure en matière de politique migratoire. Le ministre de l'Intérieur s'est exprimé publiquement sur l'Aide médicale d'État⁴⁵, plaçant ce dispositif de santé au centre des négociations autour du projet de loi – poursuivant une particularité jamais démentie depuis plus de trente ans, le ministre de l'Intérieur s'exprime sur la politique de santé dès lors qu'il s'agit de la santé des étrangers, les ministres de la Santé successifs ayant jusqu'ici renoncé à exercer leur plein magistère devant la volonté d'influence de leurs homologues de l'Intérieur. L'instrumentalisation de ces enjeux de santé à des fins de politique migratoire au détriment de ceux de santé publique ne cesse de prospérer.

Ainsi, sur la base d'arguments fondés sur des idées xénophobes de plus en plus diffuses, les lois et décrets ont tendance à ébranler peu à peu et avec constance les droits des personnes dans l'accès aux droits et aux soins.

La nomination comme ministre de la Santé de M. Aurélien Rousseau⁴⁶, fin connaisseur des enjeux de santé et précarité, contribuera-t-elle à faire prévaloir les considérations de santé des personnes et de santé publique dans les débats à venir ?

⁴³ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2022-2023/deuxieme-seance-du-mardi-06-decembre-2022>

⁴⁴ N° COM-3 rect, Françoise DUMONT

⁴⁵ https://www.huffingtonpost.fr/politique/article/loi-immigration-braun-met-en-garde-darmanin-sur-l-aide-medicale-d-etat_218445.html

⁴⁶ Le 20 juillet 2023.

RESTREINDRE L'AME POUR RAISONS BUDGÉTAIRES : LE FAUX DÉBAT

La maîtrise des dépenses de santé est un sujet récurrent. En juin 2019, mettant en avant de supposés « abus » ou « dévoiements », le gouvernement et la majorité présidentielle ont clairement lié les dépenses de l'AME à la migration autour du « tourisme médical ». « *L'AME est devenue le milliard le plus scruté parmi les dépenses publiques, tant elle fait l'objet de fantasmes de la part d'une partie de la classe politique et des médias* » (Bontemps et al., 2021). Que ce soit dans certains programmes électoraux (par exemple lors de la campagne présidentielle de 2022) ou dans les amendements déposés par des parlementaires (amendements Dumont déposé le 15 mars 2023⁴⁷), l'AME créerait le fameux « appel d'air ».

Or, l'AME est une prestation très contrôlée. Des rapports de l'Igas et de l'IGF⁴⁸ réguliers en examinent précisément le fonctionnement et les dépenses. En 2010 déjà, les constats suivants y étaient érigés et sont toujours valables (Cordier & Salas, 2010) :

- Pas d'abus de droit mais au contraire des risques de renoncement aux soins : les personnes qui demandent l'AME ne le font que lorsqu'elles sont déjà malades ;
- Une consommation de soins inférieure en moyenne à celles des assurés sociaux, l'essentiel des dépenses se concentrant sur quelques personnes très malades ;
- Ni fraude ni abus ne sont constatés ;
- L'immigration pour soins n'est pas une hypothèse retenue pour expliquer la hausse des dépenses ;
- Les hôpitaux font l'effort d'inscrire à l'AME les patients qui y ont droit, ce qui leur permet d'améliorer le recouvrement des factures auprès des CPAM ;
- Le système de facturation hospitalière majore le coût de l'AME ;
- Les dysfonctionnements du dispositif de régularisation pour soins des étrangers gravement malades ont des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses AME.

Pourtant, le dispositif de l'AME continue d'être réputé « incontrôlé et incontrôlable » ; or, **le coût direct de l'AME est stable et représente entre 0,4 % et 0,5 % du budget de l'assurance maladie. La sempiternelle chasse à la fraude perdure néanmoins**, bien que toutes les études sérieuses et les rapports institutionnels versés au débat politique montrent qu'elle est toujours quasi inexistante. Olivier Véran à l'Assemblée nationale 4 novembre 2021 a assuré que « *les phénomènes de fraude sont limités*⁴⁹ ». **Ce qui est massif en revanche, c'est le non-recours aux droits et le renoncement aux soins des personnes face aux multiples obstacles constatés au quotidien par les équipes de Médecins du Monde.**

LES DÉPENSES DE L'AME PAR BÉNÉFICIAIRE RESTENT STABLES

Par son enquête « Premiers Pas », l'Irdes a recueilli des informations sur le parcours de migration, l'état de santé, l'accès aux droits et à l'assurance et le recours aux soins de 1 223 personnes sans titre de séjour en 2019. Plusieurs articles sont publiés à sa suite⁵⁰, certaines données relatives au coût de l'AME ont été dévoyées par les politiques (Rouland et al., 2022). Les chercheurs avancent, avec la prudence scientifique de rigueur, qu'il n'y a pas « *a priori de consommation moyenne par bénéficiaire anormalement élevée ni d'évolution à la hausse significative* ». En effet, « *les dépenses moyennes par bénéficiaire s'élèvent à environ 2 550 euros en 2017, ce qui est inférieur à la moyenne des Français [...] Par rapport à la population générale les dépenses associées à l'AME sont plus concentrées sur les dépenses hospitalières* » pour deux tiers et un tiers en soins de ville (Wittwer et al., 2019). Comme MdM le décrit depuis vingt ans dans ses rapports de l'Observatoire, publications et plaidoyers, les services hospitaliers sont utilisés non seulement en raison de l'accès au plateau technique permettant la prise en charge de certaines pathologies, mais aussi et surtout à cause des cas de non-recours ou retard de recours aux soins.

POUR EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Malgré les études scientifiques et rapports concernant l'accès aux droits et aux soins des personnes couvertes par l'AME, celle-ci fait l'objet de fantasmes : elle serait une motivation à l'exil, facile à obtenir, les personnes bénéficiaires en feraient un usage abusif, son coût pèserait dans le budget de la sécurité sociale...

Si une première lecture des textes montrerait un accès simple à cette couverture maladie (être en situation irrégulière depuis au moins trois mois consécutifs et déclarer des ressources inférieures à 810 euros par mois), dans la réalité il n'en est rien.

L'ILLUSION DE LA MIGRATION POUR SOINS

La migration pour soins est un mythe. L'enquête « Premiers Pas » réalisée en 2019 par l'Irdes montre que le facteur de recours à l'AME n'est ni le motif de venue en France ni l'état de santé. Les auteurs démontrent que « la suppression de l'AME aurait très peu d'effet sur les flux migratoires. En revanche elle aggraverait la situation déjà très précaire » des personnes en situation irrégulière au regard du séjour (Rouland et al., 2022).

Selon les données d'observations du Comede en 2021, les personnes atteintes de pathologies chroniques découvrent leur maladie en France dans 80 % des cas en moyenne, souvent tardivement sur le parcours de soins au détour d'examens de santé. La plupart des personnes qui en sont atteintes l'ignorent.

⁴⁷ Amt N° Com 3 rect. Ter. https://www.senat.fr/amendements/commissions/2022-2023/304/Amdt_COM-3.html

⁴⁸ L'Igas en 2003 ; l'IGF et l'Igas en 2007, 2010 et 2019.

⁴⁹ Assemblée nationale, J.O. session ordinaire 46^e séance <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/deuxieme-seance-du-jeudi-04-novembre-2021.pdf>

⁵⁰ Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France (Wittwer et al., 2019) ; Étudier l'accès à l'AME des personnes sans titre de séjour (Dourgnon et al., 2019) ; Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour (Marsaudon et al., 2020) ; une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France (Prieur et al., 2022) ; Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État (Marsaudon et al., 2023).

Par ailleurs, à ce jour, rien ne prouve que des « filières » de soins soient en place, contrairement à certaines rumeurs exacerbant des situations isolées à des fins d'instrumentalisation politique. L'AME est une prestation qui bénéficie à toute une population particulièrement démunie et exposée à des risques de santé du fait de conditions de vie dégradées.

LA FACILITÉ D'OBTENTION

Obtenir l'AME est laborieux :

- Le taux de non-recours à l'AME est estimé à 49 % (Jusot et al., 2019) ;
- 86,5 % des patients éligibles à l'AME reçus à Médecins du Monde en 2022 ne sont pas couverts.

Les raisons sont multiples :

- **La méconnaissance voire la non-information sur les droits** : même suivies dans un parcours de soins, les personnes ne sont pas toujours informées de leurs droits par les professionnels qu'elles rencontrent.

Mme Y., en France depuis trois ans, vient de payer 2 700 € pour une hospitalisation alors qu'elle pouvait bénéficier de l'AME. Le bureau des admissions aurait dû alerter le service social et informer Mme Y. de ses droits.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

Une dame en France depuis trois ans était suivie en ville et a toujours payé ses consultations et frais de santé. N'ayant plus les moyens, elle vient au Caso. Aucun professionnel de santé ne lui avait parlé de l'AME, nous l'avons accompagnée dans le montage du dossier.
[Équipes MdM, Caso, 2022]

- **La complexité administrative** : soit les exigences sont ubuesques (demande de preuves de l'irrégularité de présence en France ou de justifications de ressources même lorsque les personnes n'en ont pas), soit les CPAM ont des demandes abusives (les refus de preuves de résidence - bulletin d'hospitalisation, ordonnance, carte AME, etc.) ou entretiennent encore une confusion entre l'adresse et la stabilité de résidence, etc.

Une dame vient nous voir à la suite de sa demande de renouvellement d'AME plusieurs mois auparavant. Elle est nourrie et logée par sa famille et ne travaille pas. Elle a reçu un courrier lui demandant de justifier ses revenus. Elle ne comprend pas la question : « Je ne gagne rien : j'ai mis 0. » Or la CPAM n'accepte pas les dossiers mentionnant des ressources nulles.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

Nous avons aidé à constituer le dossier de renouvellement d'AME d'un couple, dans lequel figurait toutes les pièces nécessaires à son instruction. Ils avaient reçu un courrier de la CPAM leur demandant de fournir un document complémentaire concernant l'hébergement devant dater de plus de trois mois. Or, dans le dossier figurait bien deux types de justificatifs :
- un premier pour justifier de leur adresse : une attestation de domiciliation de la Cimade,

datant de moins de trois mois ;

- un second pour justifier de leur stabilité de résidence en France de plus de trois mois et moins d'un an : une attestation de dépôt de leur première demande d'AME, document établi par la CPAM elle-même.

Nous avons interpellé la CPAM qui a relayé la situation auprès de la caisse centralisatrice et nous a indiqué par la suite que l'attestation de dépôt n'était pas un document officiel. Le dossier a été traité favorablement dans les huit jours.

Outre le caractère ubuesque du refus a priori de leur propre attestation comme document officiel, cette situation montre la complexité des démarches pour des personnes qui, sans l'aide d'associations, se voient imposer des difficultés supplémentaires pour accéder aux soins.

[Équipe MdM, Caso, 2022]

Lors de l'enregistrement des dossiers pour vérifier leur complétude, avant qu'ils ne soient envoyés pour instruction aux caisses centralisatrices, il est encore trop souvent demandé des pièces abusives, comme :

- des actes de naissance, alors que figuraient le passeport des enfants, ou à l'inverse le passeport, alors que figurait l'acte de naissance ;
 - le numéro d'allocataire CAF, alors que les personnes ne peuvent pas percevoir d'allocation de la CAF ;
 - un avis d'imposition alors que figure une attestation de ressources sur l'honneur ;
 - un justificatif d'identité ou une facture d'électricité au nom de l'hébergeant, etc.
- Les agents CPAM indiquent demander plus de pièces pour anticiper les demandes de pièces complémentaires formulées par la caisse centralisatrice...*

[Équipe MdM, Caso, 2022]

Deux ordonnances et feuilles de soins pour le suivi d'une endométriose n'ont pas été suffisantes pour attester que la personne était bien sur le territoire pendant la durée requise. Il a fallu qu'elle retourne chez le professionnel de santé pour obtenir une attestation de suivi : la personne et le professionnel ont perdu leur temps pour répondre à une nouvelle exigence issue d'une liste diffusée par la Cnam en 2021 où n'apparaissent plus les ordonnances et les feuilles de soins mais où sont spécifiées les « attestations de suivi » par un médecin.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

- **La barrière linguistique** : Tous les jours nous accompagnons des personnes pour remplir des dossier qu'ils ne comprennent pas, parce qu'ils ne parlent pas français ou parce que le jargon administratif est difficilement compréhensible.

Si l'on ne sait pas lire et écrire le français, qu'on ne dispose pas de connexion Internet ou de forfait téléphonique pour appeler le 3646, se soigner devient une mission impossible.
[Présidente MdM, Dr. Florence Rigal, 2023]

- **La quasi-fermeture des guichets d'accueil de la CPAM** où l'on n'accède plus maintenant que *via* un rendez-vous parfois excessivement difficile à obtenir, parfois sans agent avec des bornes informatiques uniquement, ou dont l'accès est filtré par des vigiles.

Z. doit demander un rendez-vous à la CPAM : il appelle le 3646 (numéro payant) à trois reprises avant que quelqu'un ne décroche ; il demande son rendez-vous et on lui répond qu'on ne peut pas le lui donner. L'interlocuteur lui fixe donc un rendez-vous téléphonique le lendemain pour lui donner un rendez-vous au guichet.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

Nous avons plusieurs cas de personnes devant déposer leur première demande de couverture maladie en mains propres et pouvant le faire sans rendez-vous mais qui se retrouvent stoppées par des vigiles. Ces derniers ne les laissent pas rentrer ou leur imposent de déposer leur dossier dans la boîte aux lettres. Lorsque cela arrive, les personnes reçoivent un courrier les enjoignant de se présenter dans les trente jours, sous peine que leur dossier ne soit pas recevable, quand bien même elles s'étaient pourtant présentées une première fois.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

- **Le dépôt physique des premières demandes**, imposés par la réforme de 2019, organisé différemment selon les caisses – celles ayant maintenu un accès sans rendez-vous font figure d'exception.

Nous avons réalisé une enquête en Île-de-France recensant l'ensemble des obstacles administratifs auxquels se heurtent les personnes pour accéder à l'AME : insuffisance de la couverture territoriale des lieux où déposer sa demande (une seule agence dédiée dans certains départements), couplée avec l'obligation d'une prise de rendez-vous selon des modalités complexes et hétérogènes (plateforme internet ou 3646, numéro payant de l'assurance maladie, outils inadaptés à un public précarisé, souvent non francophone), et des conditions d'accueil inadaptées sur place. (MdM et al., 2023)

- **Les délais de traitement des dossiers** (pourtant réglementairement de deux mois)

D. a fait une demande d'AME en 2021 et n'a jamais reçu sa carte. En février 2022, l'assistante sociale l'aide à constituer un nouveau dossier, vérifie toutes les pièces et notamment le bail d'habitation, appelle le 3646 pour avoir un rendez-vous pour déposer le dossier. Le rendez-vous est fixé pour le 16 mars (soit trois semaines après). Fin avril, D. reçoit un courrier (qu'il ne comprend pas) lui demandant le justificatif de domicile. D. travaille et arrive à se libérer début juin pour voir l'assistante sociale. Le justificatif de domicile est à nouveau envoyé. Il revient début septembre (plus de cinq mois après la demande) : il n'a toujours rien reçu. Appel au 3646 sans succès ce jour-là.

Il revient le lendemain (en perdant de nouveau une demi-journée de travail) ; nouvel appel au 3646 : la carte AME est prête (il n'en avait pas été informé auparavant). On lui fixe un rendez-vous téléphonique pour lui donner un rendez-vous au guichet pour retirer sa carte. Nouvel appel en septembre au 3646 : le premier rendez-vous pour retirer sa carte est en janvier 2023. L'assistante sociale insiste en expliquant, notamment que la carte périmé en mars 2023 et qu'il ne peut pas aller la chercher seulement deux mois avant. Grâce à son insistance elle obtient un rendez-vous téléphonique pour fixer un rendez-vous plus tôt ; cette fois, il est rappelé et D. peut aller chercher sa carte quelques jours plus tard. Délai d'obtention : sept mois.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

- **La difficulté d'obtenir une domiciliation**

Dans une commune du sud de la France, pour obtenir une domiciliation au CCAS, il faut s'y présenter, demander un rendez-vous, trouver des preuves de son lien avec la commune (pas toujours facile lorsque l'on est sans domicile), revenir le jour du rendez-vous pour déposer sa demande de domiciliation, revenir quelques jours plus tard pour retirer sa domiciliation. Il faut donc au moins un mois pour obtenir une domiciliation, et pendant ce temps, il n'est donc pas possible de faire une demande de couverture maladie.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

- **Le recours croissant à la dématérialisation ou à des plateformes téléphoniques payantes**

Lors de réunions entre partenaires, les services de la CPAM font souvent la promotion d'outils visant à faciliter les démarches telles que le compte Ameli ou Mon Espace Santé. Or, avec d'autres associations de lutte contre les exclusions, nous y rappelons systématiquement que ces espaces ne sont pas accessibles pour une partie non négligeable de la population, du fait de la fracture numérique, ou tout simplement du fait que les bénéficiaires de l'AME en sont exclus n'étant pas assurés sociaux. Ces derniers sont invités à composer le 3646, mais il s'agit d'un numéro payant, sans interprète, avec des interlocuteurs souvent non spécialistes des questions concernant l'AME, donnant des informations imprécises ou contradictoires.
[Équipe MdM, Caso, 2022]

- **L'AME n'est valable qu'un an** et l'ensemble des démarches doit être renouvelé chaque année avec les risques avérés de rupture de droits et de soins pendant la période.

La pratique quotidienne des équipes de Médecins du Monde se confronte chaque jour à l'écart entre une volonté affichée de faciliter l'accès aux soins selon laquelle la mission de l'assurance maladie est de « garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins »⁵¹ et la réalité des immenses difficultés rencontrées par les patients pour faire valoir leurs droits.

UN ACCÈS GRATUIT À TOUS LES SOINS, VRAIMENT ?

L'Aide médicale d'État ne permet pas un accès gratuit à tous les soins, pour exemple :

- Les soins sont pris en charge à hauteur de 100 % du tarif sécurité sociale : ainsi, les prothèses dentaires (même les moins chères), les prothèses auditives, les frais d'optique deviennent inaccessibles pour des personnes qui, rappelons-le, ont des revenus bien inférieurs au seuil de pauvreté.
- Les médicaments considérés à service médical rendu modéré ou faibles ne sont pas remboursés.
- Les programmes de prévention comme la prévention bucco-dentaire pour les enfants, ou encore les dépistages gratuits des cancers du côlon ou du col de l'utérus ne leur sont pas accessibles.
- Certains soins programmés sont soumis à entente préalable et à ne peuvent être mis en œuvre qu'après un délai de neuf mois (prothèse de hanches, soins kiné, opération de la cataracte, etc.).
- Les cures thermales, faut-il le rappeler, ne sont pas dans le panier de soins de l'AME...

Médecins du Monde affirme que les personnes n'abusent pas des soins :

- 50 % des personnes rencontrées à MdM ont un retard de recours aux soins en 2022
- Les bénéficiaires de l'AME sont confrontés à des refus de soins justement beaucoup plus souvent que tout autre patient. Le phénomène des refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CSS ou de l'AME a été longuement documenté, mais la dernière enquête testing du Défenseur des Droits, menée en 2022, est sans équivoque. Les résultats mettent en évidence des discriminations envers les personnes couvertes par l'Aide médicale d'État, qui ont une probabilité d'obtenir un rendez-vous de 10 à 12 points plus faible que celle des patients de référence. Les auteurs révèlent que ces discriminations sont le fait d'une minorité de praticiens, mais ont une ampleur non négligeable et sont souvent exprimées de manière explicite par les praticiens (*Défenseur des droits et al., 2023*).

UN BUDGET COLOSSAL ?

Le budget de l'AME constitue une part minime des dépenses de la sécurité sociale. Il finance une politique publique essentielle à la préservation de la santé des personnes. Elle est reconnue comme efficace et indispensable pour répondre à des enjeux de santé publique sur le territoire.

L'AME ne représente que 0,4 % du budget de l'assurance maladie (pour 0,6 % de l'ensemble des personnes ayant une couverture maladie) (ODSE, 2023).

- Budget de l'assurance maladie 2023 : 244 milliards d'euros
- Budget AME 2023 : 1,14 milliards d'euros

Avant tout, les personnes concernées par l'AME vivent dans des conditions de grande précarité voire de précarité extrême : elles sont d'autant plus exposées à des risques de santé et vulnérables à toutes formes de pathologies, notamment de pathologies infectieuses graves (*Wittwer et al., 2019*).

Dans l'incapacité de pouvoir se soigner, la santé de nombre d'entre elles ne pourrait que s'aggraver : le coût humain mais aussi le coût financier s'en verrait grandement augmenté. Rappelons que l'AME permet une prise en charge médicale par la médecine de ville, sans attendre qu'une dégradation de l'état de santé conduise à une hospitalisation plus coûteuse (*Wittwer et al., 2019*).

Médecins du Monde a notamment constaté cette année encore que :

- **93 % des femmes enceintes n'ont pas de couverture maladie ;**
- parmi les personnes éligibles à l'AME reçues dans les Caso en 2022, **celles sans droits ouverts renoncent deux fois plus aux soins au cours des 12 derniers mois que celles couvertes par l'AME** (respectivement 22,4 % et 12,6 %).

Médecins du Monde démontre depuis les débuts de ses activités en Caso et au fil des réformes successives que **certaines politiques sont volontairement organisées pour complexifier les accès à la couverture santé et aux soins** : identifier le parcours d'accès aux droits, s'adapter aux changements législatifs de plus en plus complexes, faire face d'un territoire à l'autre aux différences d'application des lois et décrets, être soupçonné a priori de fraude, être l'objet de discriminations... et pourtant **« la couverture par l'AME réduit drastiquement le coût financier du recours aux soins »** (*Marsaudon et al., 2023*).

C'est donc une absolue nécessité de maintenir une couverture maladie pour les personnes en situation irrégulière au regard du droit au séjour.

VERS UNE PROTECTION MALADIE RÉELLEMENT UNIVERSELLE

Le dispositif de l'Aide médicale d'État reste essentiel pour l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour. Mais sa complexité, le maintien d'un panier de soins réduit, les retards de soins et l'extraordinaire taux de non-recours que le dispositif engendre nous oblige à faire évoluer le système, changer de paradigme et revenir à un accès au système de santé non conditionné à la régularité du droit au séjour.

Plusieurs institutions⁵², organisations du médico-social, ONG, sociétés savantes en particulier l'Académie de médecine⁵³ se sont ainsi positionnées pour que les bénéficiaires de l'AME soient intégrés dans le régime général de la sécurité sociale.

Nous nous devons d'inclure l'AME dans le régime général de la sécurité sociale pour venir instaurer sur tout le territoire français une protection maladie réellement universelle.

⁵² L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection des finances (IGF) (2007 et 2010), Le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (2007) Défenseur des droits (2014 & 2021).

⁵³ démie Nationale de Médecine, 2017)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie Nationale de Médecine. (2017). *Rapport Précarité, pauvreté et santé*. <https://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/>
- Andro, A., Scodellaro, C., Eberhard, M., Gelly, M., & Equipe Dsafhir. (2019). Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. *Enquête Dsafhir. Bull Epidemiol Hebd.* 2019 (17-18):334-41. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_3.html. *Bull Epidemiol Hebd.*, 17-18, 334-341.
- Assemblée Nationale. (2021). *Rapport de la commission d'enquête sur les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France sur les migrations, les déplacements de populations et les conditions de vie et d'accès au droit des migrants, réfugiés et apatrides en regard des engagements nationaux, européens et internationaux de la France (Mme Sonia Krimi et M. Sébastien Nadot)* (p. 453). https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cemigrants/115b4665_rapport-enquete.pdf
- Azogui-Levy, S., & Rochereau, T. (2012). Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. *La Santé de l'Homme, Promouvoir la santé bucco dentaire*(417), 5-6.
- Barou, J. (2011). Les enfants « perdus » des demandeurs d'asile : Désarrois parentaux et réactivité infantine. *Journal des Africanistes*, 81-2, 145-162. <https://doi.org/10.4000/africanistes.4092>
- Boissonnat-pelsy, H., & Tiebot, I. (2012). Estime de soi et santé bucco-dentaire. *La Santé de l'Homme*, 417, 29-31.
- Bontemps, A., Chalvin, P., Delivré, O., Girault, F., Henry, E., Kettal, Y., Lhote, F., & Seynac, Y. (2021, février 16). La réforme de l'aide médicale d'Etat est une triple faute morale, économique et sanitaire. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/02/16/la-reforme-de-l-aide-medicale-d-etat-est-une-triple-faute-morale-economique-et-sanitaire_6070151_3232.html
- Bouris, S. S., Merry, L. A., Kebe, A., & Gagnon, A. J. (2012). Mothering Here and Mothering There : International Migration and Postbirth Mental Health. *Obstetrics and Gynecology International*, 2012, e593413. <https://doi.org/10.1155/2012/593413>
- Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., & Jankeliowitch-Laval, E. (2014). Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : Une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Economie et Statistique*, n° 469-470. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989&q=soins+dentaires>
- CIDE. (1989). *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Cimade. (2022a, octobre 13). *Demande d'asile : La résistible ascension des procédures accélérées*. La Cimade. <https://www.lacimade.org/demande-dasile-la-resistible-ascension-des-procedures-accelerees/>
- Cimade. (2022b, novembre 16). *Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile : Bilan 2021 et perspectives 2022*. La Cimade. <https://www.lacimade.org/le-dispositif-national-daccueil-des-demandeurs-dasile/>
- CNDH Romeurope. (2017). *20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et en squats*. <https://www.romeurope.org/le-cndh-romeurope-entre-en-campagne-publication-du-rapport-2017/>
- Cordier, A., & Salas, F. (2010). *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*. Inspection générale des finances; Inspection générale des affaires sociales. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article135>
- Défenseur des droits, Mendras, P., Roy, D., Sultan Parraud, J., & Toulemon, L. (2023). *Éclairages : Une étude sur les discriminations envers les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale de l'État (AME)* (Eclairages) [Rapport d'enquête]. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2023/05/eclairages-une-etude-sur-les-discriminations-envers-les-beneficiaires-de-la>
- Defossez, G., Le Guyader-Peyrou, S., Uhry, Z., Grosclaude, P., Remontet, L., Colonna, M., Dantony, E., Delafosse, P., Molinié, F., Woronoff, A.-S., Bouvier, A.-M., Bossard, N., & Monnereau, A. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. SPF* (p. 20). <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-etude-a-partir-des-registres-des>
- Delon, M. (2007). *La vie après le bidonville*. <https://univ-nantes.academia.edu/margotdelon>
- Denieul, A., Leconte, T., & Schechter, F. (2020). *L'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance—IGAS* (IGAS N°2020-018R; p. 82).

- Doineau, E., Godefroy, J.-P., & Sénat. Commission des affaires sociales. (2017). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/36754-mineurs-non-accompagnes-repondre-lurgence-qui-sinstalle>
- Dourgnon, P., Guillaume, S., Jusot, F., & Wittwer, J. (2019). Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas. *IRDES*, 244. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/244-etudier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>
- Eberhard, M., Garcin, E., Quere, M., & Segol, E. (2018). *Les femmes seules dans le dispositif de veille sociale : Une enquête auprès du public accueilli à l'ESI « Halte Femmes »* (p. 67) [Rapport d'enquête].
- Fondation Abbé Pierre. (2022). *27e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021*. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/27e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2022>
- Fondation Abbé Pierre. (2023). *28e rapport sur l'état du mal-logement en France 2023* (28). Fondation Abbé Pierre. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/28e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2023>
- Fresnoza-Flot, A. (2013). *Rupture et continuité des liens familiaux dans le contexte migratoire : Les migrations parentales internationales en question*. 6, 59-68.
- Gautier, L., Quesnel-Vallée, A., Soehl, T., Poveda, Juan-Diego, Bouchon, M., Reques Sastre, L., Aranda, E., & Perrineau, S. (2020). *Article en cours de publication : Exploration des facteurs contextuels et individuels qui façonnent les besoins de santé des mineurs non accompagnés : Une étude mixte comparative à Montréal et à Paris*. <https://doi.org/IRB 219-83>
- Huaume, H., Kellou, N., Tomasino, A., Chappuis, M., & Letriliart, L. (2017). Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : Une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bull Epidemio Hebd.*, 19-20, 430-436.
- IGAS. (2018). *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/37398-mission-bipartite-de-reflexion-sur-les-mineurs-non-accompagnes>
- INSEE. (2017). Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. *Insee Première*, 1642. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280#consulter>
- INSEE. (2019). État de santé de la population – France, portrait social. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
- Jusot, F., Dourgnon, P., Wittwer, J., & Sarhiri, J. (2019). Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : Premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 245. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., Suk, J. E., Hatzakis, A., McKee, M., Noori, T., & Stuckler, D. (2015). How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review: Table 1. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 937-944. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv151>
- Marmot. (2004). Social determinants of health : A panoramic view - Rome, 18.11.2004. *Fondazione Internazionale Premio Balzan*. <https://www.balzan.org/en/prizewinners/michael-marmot/social-determinants-of-health/>
- Marsaudon, A., Dourgnon, P., Jusot, F., & Wittwer, J. (2020). Anticiper les conséquences de l'épidémie de Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour. *IRDES*, 253. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/253-anticiper-les-consequences-de-l-epidemie-covid-19-et-des-politiques-de-confinement-pour-les-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>
- Marsaudon, A., Jusot, F., Wittwer, J., & Dourgnon, P. (2023). Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 280. <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-280-acces-aux-soins-et-lieux-de-soins-usuels-des-personnes-sans-titre-de-sejour-couvertes-par-l-ame.html>
- MdM. (2017). *Cadre de référence en Santé Mentale dans les contextes d'urgence et de crise*.
- MdM, Comède, Cimade, Dom'Asile, & Secours catholique. (2023). *Entraves dans l'accès à la santé, les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'aide médicale d'Etat* [Rapport d'enquête]. <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/obstacles-a-la-sante-une-enquete-inedite-sur-laide-medicale-detat/>
- Menvielle, G., & Lang, T. (2021). Les inégalités sociales de santé : Vingt ans d'évolution. *Actualité et dossier en santé publique - Revue ADSP*, 113. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1174>
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., & Goodkind, J. R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees : Implications for policy and practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88, 26-37. <https://doi.org/10.1037/ort0000272>
- Moquet, A.-M. (2008). *La santé de l'homme N°397 Septembre—Octobre 2008*. 1.
- Moquet, M.-J., & Potvin, L. (2011). Inégalités sociales de santé : Connaissances et modalités d'intervention. *La Santé de l'Homme*, 414, 7-8.
- OCDE. (2021). *Panorama de la santé 2021* (Les indicateurs de l'OCDE). Éditions de l'OCDE. <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>
- ODSE. (2023). *L'Aide médicale d'Etat : Un filet de sécurité pour la santé publique à ne plus restreindre*. <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2023/06/Argumentaire-AME-ODSE-MAJ-juin-2023-VF.pdf>
- OMS. (1946). *Constitution OMS*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

- OMS. (2022). *Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240054486>
- ORS Auvergne-Rhône-Alpes. (2019). *Étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise* [Étude qualitative]. <https://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/etude-qualitative-parcours-suivi-femmes-enceintes-situation-de-precarite-metropole-lyonnaise-ors-auvergne-rhone-alpes-fevrier-2019-mise-ligne-13-novembre-2019/>
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F., & Desgrées du Loû, A. (2018). Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France : An analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *The Lancet Public Health*, 3(1), e16-e23. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30211-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6)
- Pegon-Machat, E., Jourdan, D., & Tubert-Jeannin, S. (2018). Inégalités en santé orale : Déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France: *Santé Publique*, Vol. 30(2), 243-251. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0243>
- Pikus, A.-C., Deschamps, J.-P., & Boissonnat, H. (2015). Maladies chroniques et précarité : Obstacles à la prise en charge et préconisations. *Santé Publique*, S1(HS), 13-16. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0013>
- Prieur, C., Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., Wittwer, J., & Guillaume, S. (2022). Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. *IRDES*, 266. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/266-une-personne-sans-titre-de-sejour-sur-six-souffre-de-troubles-de-stress-post-traumatique-en-france.pdf>
- Rouland, B., Vignier, N., Izambert, C., Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., & Wittwer, J. (2022, février). L'Aide Médicale d'Etat, la fabrique d'un faux problème. *De Facto Migrations*, 31. <https://www.icmigrations.cnrs.fr/defacto/>
- Schapiro, K. A. (2009). Migration and Educational Outcomes of Children. *UNDP*, 80.
- UNICEF France, Samu Social de Paris, & Santé Publique France. (2022). *Grandir sans chez-soi, Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants*. https://unicef.hosting.augure.com/Augure_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=69C83A47-32F2-4B2D-BF5F-0A7546D9AE80&filename=HD_WEB_Rapport_SAMU_UNICEF_2022-pageapage.pdf
- UBS. (2023). *Global Wealth Report 2023*. <https://www.ubs.com/global/en/family-office-uhnw/reports/global-wealth-report-2023.html>
- Vilain, A., Fresson, J., Rey, S., & DREES. (2020). Interruptions volontaires de grossesse : Une hausse confirmée en 2019. *Etudes et Résultats*, 1163. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirnee-en>
- Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., & Jusot, F. (2019). Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France—L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue. *IRDES*, 243. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protoger-la-sante-des-personnes-etrangeres-en-situation-irreguliere-en-france.pdf>

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Les témoignages et constats sont recueillis dans les **Caso** et les programmes spécifiques. En revanche les données quantitatives sont recueillies uniquement dans les **Caso**.

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des **Caso** à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois **d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Caso et d'un outil de collecte de données, regroupant ce qui est appelé « visite » et « consultations »**. Le DPI s'appuie sur un accès à une base de données unique centralisée sur Internet et hébergée par un « hébergeur de données de santé à caractère personnel » agréé.

La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existant dans les **Caso** en France. Ainsi, le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social (dont MNA, régularisation pour soins), infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie/sage-femme, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au **Caso**. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant et/ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des personnes rencontrées au jour de leur première visite.

Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des personnes et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

Sauf mention contraire, les données exploitées ici ne sont issues que des programmes **Caso**, en revanche les témoignages repris dans ce rapport sont issus de tout type de programmes (**Caso** ou spécifiques – MNA, santé logement, DSSR).

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la classification internationale des soins de santé primaires⁵⁴. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;
- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.) et sept rubriques.

17 chapitres (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A** Général et non spécifié⁵⁵
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (*Blood, sang*)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (*Hearing, audition*)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéoarticulaire (*Locomotion*)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (*Skin, peau*)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (*Woman, femme*)
- X** Système génital féminin et sein (*Chromosome X*)
- Y** Système génital masculin et sein (*Chromosome Y*)
- Z** Social⁵⁶

⁵⁴ Pour plus d'informations sur la CISP, se référer au site internet du CISP-Club.

⁵⁵ Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

⁵⁶ Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

Sept rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :

Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29
Procédures – **gris** : codes 30 à 69
Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99
Maladies infectieuses – **jaune**
Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**
Lésions traumatiques – **rose**
Anomalies congénitales – **bleu foncé**
Autres diagnostics – **violet**

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

Exemples :

Peur du VIH : B 25 (B = sang, système hématopoïétique, immunologie / 25 = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert))

Angine aiguë : R 76 (R = respiratoire et 76 = code spécifique / rubrique infection (jaune))

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemples :

Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : K 60 (K = cardiovasculaire / 60 = code spécifique procédure (gris))

Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : N 63 (N = neurologique / 63 = code spécifique procédure (gris))

Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : W 45 (W = grossesse, accouchement et planification familiale / 45 = code spécifique procédure (gris))

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75) ;
- Oreille (exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...)
- Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19).

Les médecins peuvent indiquer jusqu'à cinq résultats de consultations dans les dossiers médicaux. Ils notifient toutes les pathologies repérées en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation, l'objectif étant de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données Caso est confiée au CREA-ORS Occitanie. Le traitement des données a été réalisé à l'aide

du logiciel Sas (version 9.4). Les comparaisons bivariées de deux variables ont été testées à l'aide du test du chi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées à l'aide de la valeur « p », ou degré de signification. La valeur « p » maximale pour considérer une différence comme significative est fixée à 5 %, c'est-à-dire qu'il y a 5 % de chance d'obtenir par le hasard le résultat observé en supposant que l'hypothèse d'absence de lien entre les groupes étudiés soit vraie. La codification suivante est ainsi retenue dans les tableaux :

- ns : différence non significative au seuil de 5 % ;
- * : différence significative au seuil de 5 % ;
- ** : différence significative au seuil de 1 % ;
- *** : différence significative au seuil de 1 %.

Des analyses multivariées à partir de régression logistique ont également été réalisées afin d'analyser les relations entre une variable à expliquer qualitative binaire et plusieurs variables explicatives. Ces analyses permettent de mesurer l'effet individuel de chaque variable explicative sur la variable à expliquer et de prendre en compte l'influence de facteurs tiers (ajustement). L'*odds ratio* est utilisé pour témoigner du sens (augmentation si >1 et diminution si <1) et de la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, sans pour autant mettre en évidence une relation de causalité. La régression logistique n'a pas été utilisée ici pour construire des modèles prédictifs, mais seulement pour contrôler l'impact de variables de confusion et quantifier la force du lien entre les variables explicatives et la variable à expliquer.

ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES AVEC LA CISP

Le traitement des données médicales a été réalisé selon deux approches.

Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2021 dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année. Dans la suite des analyses, et en particulier pour toutes celles portant sur des populations spécifiques (mineurs, SDF, demandeurs d'asile, etc.), le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées mais à partir du groupe de patients spécifiques venus consulter, cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

Rappelons enfin que le terme de « prévalence » n'est pas tout à fait approprié dans ce travail dans la mesure où les consultants de Médecins du Monde ne subissent pas un examen complet permettant d'avoir une vue d'ensemble de leur état de santé. Il faut donc interpréter les prévalences en termes de fréquences de pathologies diagnostiquées, sans que l'on connaisse exactement la véritable prévalence de ces affections parmi les consultants.

ACTIVITÉS PAR CASO

	Ajaccio	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	TOTAL
Nombre de consultations	432	3 874	3 395	2 502	1 502	3 092	2 048	2 279	4 482	1 406	920	7 351	1 434	2 457	37 174
Nombre de patients différents (file active)	152	1 687	1 538	1 334	912	1 400	683	1 290	1 871	671	841	3 046	455	1 213	17 093
Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes)	420	1 853	1 288	1 626	936	835	1 029	1 229	2 143	841	769	2 700	440	1 441	17 550
<i>Part des consultations médicales (Répartition des Casos)</i>	2,4%	10,6%	7,3%	9,3%	5,3%	4,8%	5,9%	7,0%	12,2%	4,8%	4,4%	15,4%	2,5%	8,2%	100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	148	979	976	1 036	704	637	524	795	1 430	419	592	1 679	284	883	11 086
Nombre moyen de consultations médicales par patient	2,84	1,89	1,32	1,57	1,33	1,31	1,96	1,55	1,50	2,01	1,30	1,61	1,55	1,63	1,58
Nombre de consultations dentaires						752	89	181	550					1 572	1 572
<i>Part des consultations dentaires (Répartition des Casos)</i>						47,8%	5,7%	11,5%	35,0%						100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire						336	49	121	273						779
Nombre moyen de consultations dentaires par patient						2,24	1,82	1,50	2,01						2,02
Nombre de consultations infirmières ou de prévention	7	469	1 612	313	101	635	7	28	10	15	122	921	392	26	4 658
<i>Part des consultations infirmières/prévention (Répartition des Casos)</i>	0,2%	10,1%	34,6%	6,7%	2,2%	13,6%	0,2%	0,6%	0,2%	0,3%	2,6%	19,8%	8,4%	0,6%	100,0%
Nombre de patients différents ayant une consultation infirmière/prévention	7	403	1 243	279	76	496	5	28	10	14	120	764	269	24	3 738
Nombre moyen de consultations infirmières/prévention par patient	1,00	1,16	1,30	1,12	1,33	1,28	1,40	1,00	1,00	1,07	1,02	1,21	1,46	1,08	1,25
Nombre de consultations sociales¹	4	1 552	494	533	465	870	923	841	2 329		18	3 684	602	990	13 305
<i>Part des consultations sociales (Répartition des Casos)</i>	0,0%	11,7%	3,7%	4,0%	3,5%	6,5%	6,9%	6,3%	17,5%		0,1%	27,7%	4,5%	7,4%	100,0%

¹ Les entretiens sociaux comprennent les consultations sociales et DASEM et les consultations sociales MINA.

ANALYSES PAR CASO

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
152	0,9	420	0	7	4

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	23,0	35	36,2	6 125	36,0	6 160
Âge moyen (années)	48,6		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	4,7	7	9,9	1 674	9,9	1 681
18-29 ans	8,7	13	33,2	5 615	33,0	5 528
30-39 ans	14,7	22	28,5	4 826	28,4	4 848
40-49 ans	18,0	27	15,0	2 538	15,0	2 565
≥ 50 ans	54,0	81	13,3	2 253	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	57,9	88	97,8	16 573	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	74,3	113	7,6	1 291	8,2	1 404
Europe (hors UE)	2,6	4	9,6	1 627	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	0,7	1	39,7	6 714	39,3	6 715
Maghreb	19,7	30	30,9	5 225	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	1,3	2	7,0	1 186	6,9	1 188
Asie	0,0	0	3,5	599	3,5	599
Océanie et Amériques	1,3	2	1,7	290	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
France	42,1	64	2,2	368	2,5	432
Roumanie	15,8	24	2,4	412	2,6	436
Maroc	8,6	13	5,8	981	5,8	994
Tunisie	6,6	10	6,1	1 031	6,1	1 041
Pologne	5,3	8	0,1	18	0,2	26
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	93,0	80	49,4	6 576	49,7	6 656
Situation irrégulière	7,0	6	50,6	6 742	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	0,0	0	21,6	2 591	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	25,5	12	36,5	5 703	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	10,6	5	23,8	3 717	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	6,4	3	13,7	2 136	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	17,0	8	21,5	3 365	21,5	3 373
≥ 10 ans	40,4	19	4,5	704	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	8,8	3	7,1	940	7,1	943
Hébergé	44,1	15	64,9	8 579	64,8	8 594
Squat ou campement	14,7	5	5,6	747	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	29,4	10	21,4	2 828	21,4	2 838
Autre situation	2,9	1	1,0	133	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	7,1	2	28,5	3 422	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	80,4	41	23,5	1 907	23,9	1 948
Droits non ouverts	19,6	10	76,5	6 206	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 687	9,9	1 853	0	469	1 552

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, DASEM, psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	44,6	753	35,1	5 407	36,0	6 160
Âge moyen (années)	35,1		33,4		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	11,3	189	9,7	1 492	9,9	1 681
18-29 ans	24,0	404	34,0	5 224	33,0	5 528
30-39 ans	30,4	511	28,2	4 337	28,4	4 848
40-49 ans	16,3	274	14,9	2 291	15,0	2 565
≥ 50 ans	18,0	302	13,2	2 032	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	98,2	1 656	97,4	15 005	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	16,7	281	7,3	1 123	8,2	1 404
Europe (hors UE)	20,4	344	8,4	1 287	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	33,6	566	39,9	6 149	39,3	6 715
Maghreb	23,0	388	31,6	4 867	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	2,1	36	7,5	1 152	6,9	1 188
Asie	1,2	21	3,8	578	3,5	599
Océanie et Amériques	2,9	48	1,6	244	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	11,7	198	18,4	2 833	17,7	3 031
Bulgarie	9,7	164	0,3	45	1,2	209
Géorgie	7,1	119	1,7	260	2,2	379
Albanie	6,6	111	2,3	362	2,8	473
Nigeria	6,5	110	2,6	402	3,0	512
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	58,4	661	48,9	5 995	49,7	6 656
Situation irrégulière	41,6	471	51,1	6 277	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	19,7	208	21,7	2 383	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	24,6	366	37,7	5 349	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	15,5	230	24,6	3 492	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	18,1	269	13,2	1 870	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	37,6	558	19,8	2 815	21,5	3 373
≥ 10 ans	4,2	63	4,7	660	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,0	76	7,2	867	7,1	943
Hébergé	52,4	664	66,1	7 930	64,8	8 594
Squat ou campement	16,6	210	4,5	542	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	23,7	300	21,2	2 538	21,4	2 838
Autre situation	1,4	18	1,0	116	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	23,6	254	28,9	3 170	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	46,5	363	21,5	1 585	23,9	1 948
Droits non ouverts	53,5	417	78,5	5 799	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 538	9,0	1 288	0	1 612	494

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie/opticien

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	31,2	480	36,5	5 680	36,0	6 160
Âge moyen (années)	28,9		34,0		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	13,0	200	9,5	1 481	9,9	1 681
18-29 ans	45,9	705	31,7	4 923	33,0	5 528
30-39 ans	23,7	364	28,9	4 484	28,4	4 848
40-49 ans	9,9	152	15,5	2 413	15,0	2 565
≥ 50 ans	7,5	116	14,3	2 218	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	98,5	1 515	97,4	15 146	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,4	67	8,6	1 337	8,2	1 404
Europe (hors UE)	9,4	144	9,6	1 487	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	37,3	574	39,5	6 141	39,3	6 715
Maghreb	31,2	480	30,7	4 775	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	13,8	213	6,3	975	6,9	1 188
Asie	3,3	50	3,5	549	3,5	599
Océanie et Amériques	0,7	10	1,8	282	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	18,7	288	17,6	2 743	17,7	3 031
Afghanistan	11,3	174	4,1	633	4,7	807
Guinée	10,3	159	4,4	679	4,9	838
Tunisie	9,8	150	5,7	891	6,1	1 041
Rép. dém. du Congo	6,6	102	2,1	329	2,5	431
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	62,0	832	48,3	5 824	49,7	6 656
Situation irrégulière	38,0	509	51,7	6 239	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	42,4	473	19,4	2 118	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	47,1	677	35,4	5 038	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	23,0	330	23,8	3 392	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	10,7	154	13,9	1 985	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	16,4	236	22,0	3 137	21,5	3 373
≥ 10 ans	2,8	40	4,8	683	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,4	89	7,2	854	7,1	943
Hébergé	68,5	947	64,4	7 647	64,8	8 594
Squat ou campement	2,3	32	6,1	720	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,3	294	21,4	2 544	21,4	2 838
Autre situation	1,4	20	1,0	114	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	27,6	273	28,5	3 151	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	17,0	124	24,5	1 824	23,9	1 948
Droits non ouverts	83,0	606	75,5	5 610	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 334	7,8	1 626	0	313	533

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	34,5	460	36,2	5 700	36,0	6 160
Âge moyen (années)	30,2		33,8		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	19,7	262	9,0	1 419	9,9	1 681
18-29 ans	34,9	464	32,8	5 164	33,0	5 528
30-39 ans	21,3	284	29,0	4 564	28,4	4 848
40-49 ans	13,2	176	15,2	2 389	15,0	2 565
≥ 50 ans	10,9	145	13,9	2 189	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	98,2	1 310	97,4	15 351	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	8,5	114	8,2	1 290	8,2	1 404
Europe (hors UE)	11,6	155	9,4	1 476	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	41,8	558	39,1	6 157	39,3	6 715
Maghreb	31,0	414	30,7	4 841	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	5,2	70	7,1	1 118	6,9	1 188
Asie	0,9	12	3,7	587	3,5	599
Océanie et Amériques	0,8	11	1,8	281	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	21,9	292	17,4	2 739	17,7	3 031
Guinée	10,3	137	4,4	701	4,9	838
Albanie	6,7	89	2,4	384	2,8	473
Tunisie	6,6	88	6,0	953	6,1	1 041
Roumanie	5,8	77	2,3	359	2,6	436
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	60,5	780	48,5	5 876	49,7	6 656
Situation irrégulière	39,5	509	51,5	6 239	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	28,1	328	20,8	2 263	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	42,8	544	35,9	5 171	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	29,4	374	23,3	3 348	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	12,3	157	13,8	1 982	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	12,8	163	22,3	3 210	21,5	3 373
≥ 10 ans	2,7	34	4,8	689	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	4,7	61	7,4	882	7,1	943
Hébergé	52,9	682	66,1	7 912	64,8	8 594
Squat ou campement	8,0	103	5,4	649	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	33,5	432	20,1	2 406	21,4	2 838
Autre situation	0,9	11	1,0	123	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	36,4	443	27,5	2 981	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	13,6	108	25,0	1 840	23,9	1 948
Droits non ouverts	86,4	686	75,0	5 530	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
912	5,3	936	0	101	465

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	29,8	272	36,4	5 888	36,0	6 160
Âge moyen (années)	34,0		33,5		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	12,1	110	9,7	1 571	9,9	1 681
18-29 ans	30,0	273	33,2	5 355	33,0	5 528
30-39 ans	27,0	246	28,5	4 602	28,4	4 848
40-49 ans	15,9	145	15,0	2 420	15,0	2 565
≥ 50 ans	15,0	137	13,6	2 197	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	96,8	883	97,5	15 778	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,8	44	8,4	1 360	8,2	1 404
Europe (hors UE)	4,9	45	9,8	1 586	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	33,7	307	39,6	6 408	39,3	6 715
Maghreb	54,0	492	29,5	4 763	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	1,6	15	7,3	1 173	6,9	1 188
Asie	0,5	5	3,7	594	3,5	599
Océanie et Amériques	0,3	3	1,8	289	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	43,3	395	16,3	2 636	17,7	3 031
Comores	12,5	114	0,8	132	1,4	246
Tunisie	7,1	65	6,0	976	6,1	1 041
Nigeria	6,4	58	2,8	454	3,0	512
Guinée	3,7	34	5,0	804	4,9	838
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	35,9	236	50,4	6 420	49,7	6 656
Situation irrégulière	64,1	422	49,6	6 326	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	6,0	34	22,3	2 557	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	36,2	312	36,5	5 403	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	24,2	208	23,7	3 514	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	14,1	121	13,6	2 018	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	21,1	182	21,5	3 191	21,5	3 373
≥ 10 ans	4,4	38	4,6	685	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	7,6	47	7,1	896	7,1	943
Hébergé	73,9	455	64,4	8 139	64,8	8 594
Squat ou campement	4,5	28	5,7	724	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	13,6	84	21,8	2 754	21,4	2 838
Autre situation	0,3	2	1,0	132	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	31,4	186	28,3	3 238	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	13,4	52	24,4	1 896	23,9	1 948
Droits non ouverts	86,6	336	75,6	5 880	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 268	8,3	775	755	578	901

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, dentaire (psychologie/psychiatrie suspendues depuis 2021)

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	30,2	423	36,6	5 737	36,0	6 160
Âge moyen (années)	33,5		33,6		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,3	88	10,2	1 593	9,9	1 681
18-29 ans	38,6	539	32,5	5 089	33,0	5 528
30-39 ans	28,3	395	28,4	4 453	28,4	4 848
40-49 ans	14,2	198	15,1	2 367	15,0	2 565
≥ 50 ans	12,7	177	13,8	2 157	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	98,1	1 373	97,4	15 288	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	5,8	81	8,4	1 323	8,2	1 404
Europe (hors UE)	13,4	187	9,2	1 444	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	20,1	281	41,0	6 434	39,3	6 715
Maghreb	50,8	711	29,0	4 544	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	6,3	88	7,0	1 100	6,9	1 188
Asie	2,1	29	3,6	570	3,5	599
Océanie et Amériques	1,6	23	1,7	269	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	28,4	397	16,8	2 634	17,7	3 031
Maroc	19,9	278	4,6	716	5,8	994
Guinée	5,2	73	4,9	765	4,9	838
Albanie	5,2	73	2,5	400	2,8	473
Afghanistan	4,9	69	4,7	738	4,7	807
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	55,5	279	49,4	6 377	49,7	6 656
Situation irrégulière	44,5	224	50,6	6 524	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	20,7	87	21,5	2 504	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	34,3	451	36,7	5 264	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	20,3	267	24,1	3 455	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	16,5	217	13,4	1 922	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	23,2	305	21,4	3 068	21,5	3 373
≥ 10 ans	5,6	74	4,5	649	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,1	21	7,2	922	7,1	943
Hébergé	63,0	261	64,9	8 333	64,8	8 594
Squat ou campement	5,8	24	5,7	728	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	24,9	103	21,3	2 735	21,4	2 838
Autre situation	1,2	5	1,0	129	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	26,3	105	28,5	3 319	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	32,9	109	23,5	1 839	23,9	1 948
Droits non ouverts	67,1	222	76,5	5 994	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
683	4,0	1 029	89	7	923

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, dentaire, psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	35,0	239	36,1	5 921	36,0	6 160
Âge moyen (années)	34,0		33,5		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	11,3	77	9,8	1 604	9,9	1 681
18-29 ans	29,3	200	33,2	5 428	33,0	5 528
30-39 ans	28,6	195	28,4	4 653	28,4	4 848
40-49 ans	15,2	104	15,0	2 461	15,0	2 565
≥ 50 ans	15,5	106	13,6	2 228	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	94,6	646	97,6	16 015	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,7	66	8,2	1 338	8,2	1 404
Europe (hors UE)	11,0	75	9,5	1 556	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	17,4	119	40,2	6 596	39,3	6 715
Maghreb	56,8	388	29,7	4 867	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	3,2	22	7,1	1 166	6,9	1 188
Asie	0,3	2	3,6	597	3,5	599
Océanie et Amériques	1,6	11	1,7	281	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	36,3	248	17,0	2 783	17,7	3 031
Maroc	15,2	104	5,4	890	5,8	994
France	5,4	37	2,4	395	2,5	432
Nigeria	4,8	33	2,9	479	3,0	512
Tunisie	3,8	26	6,2	1 015	6,1	1 041
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	52,2	328	49,5	6 328	49,7	6 656
Situation irrégulière	47,8	300	50,5	6 448	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	9,3	51	22,1	2 540	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	26,1	152	36,9	5 563	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	24,5	143	23,7	3 579	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	15,4	90	13,6	2 049	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	28,6	167	21,2	3 206	21,5	3 373
≥ 10 ans	5,3	31	4,6	692	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	24,9	150	6,3	793	7,1	943
Hébergé	65,6	395	64,8	8 199	64,8	8 594
Squat ou campement	1,0	6	5,9	746	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	8,0	48	22,0	2 790	21,4	2 838
Autre situation	0,5	3	1,0	131	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	21,4	124	28,8	3 300	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	24,0	94	23,9	1 854	23,9	1 948
Droits non ouverts	76,0	298	76,1	5 918	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 290	7,5	1 229	181	28	841

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, dentaire, psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	43,6	562	35,4	5 598	36,0	6 160
Âge moyen (années)	37,7		33,2		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,8	88	10,1	1 593	9,9	1 681
18-29 ans	24,5	315	33,7	5 313	33,0	5 528
30-39 ans	28,5	367	28,4	4 481	28,4	4 848
40-49 ans	18,2	234	14,8	2 331	15,0	2 565
≥ 50 ans	22,0	284	13,0	2 050	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	98,4	1 270	97,4	15 391	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	10,1	130	8,1	1 274	8,2	1 404
Europe (hors UE)	21,3	275	8,6	1 356	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	21,1	272	40,8	6 443	39,3	6 715
Maghreb	38,8	500	30,1	4 755	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	2,9	38	7,3	1 150	6,9	1 188
Asie	3,6	46	3,5	553	3,5	599
Océanie et Amériques	2,2	28	1,7	264	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	25,2	325	4,5	716	6,1	1 041
Algérie	8,3	107	18,5	2 924	17,7	3 031
Maroc	4,6	59	5,9	935	5,8	994
Russie	4,0	51	0,3	54	0,6	105
Géorgie	3,9	50	2,1	329	2,2	379
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	43,7	547	50,3	6 109	49,7	6 656
Situation irrégulière	56,3	705	49,7	6 043	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	19,3	238	21,7	2 353	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	23,4	293	37,6	5 422	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	26,3	330	23,5	3 392	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	16,3	205	13,4	1 934	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	23,6	296	21,3	3 077	21,5	3 373
≥ 10 ans	10,4	130	4,1	593	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	12,3	154	6,6	789	7,1	943
Hébergé	65,7	826	64,7	7 768	64,8	8 594
Squat ou campement	1,7	21	6,1	731	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,7	248	21,6	2 590	21,4	2 838
Autre situation	0,6	8	1,0	126	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	16,2	199	29,8	3 225	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	17,2	159	24,7	1 789	23,9	1 948
Droits non ouverts	82,8	765	75,3	5 451	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 871	10,9	2 143	0	10	2 329

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	34,0	637	36,3	5 523	36,0	6 160
Âge moyen (années)	34,1		33,5		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	3,5	66	10,6	1 615	9,9	1 681
18-29 ans	35,3	659	32,7	4 969	33,0	5 528
30-39 ans	34,5	644	27,7	4 204	28,4	4 848
40-49 ans	16,4	307	14,9	2 258	15,0	2 565
≥ 50 ans	10,3	193	14,1	2 141	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	99,9	1 870	97,2	14 791	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	0,7	14	9,1	1 390	8,2	1 404
Europe (hors UE)	0,9	17	10,6	1 614	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	63,3	1 185	36,4	5 530	39,3	6 715
Maghreb	14,3	268	32,8	4 987	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	12,1	227	6,3	961	6,9	1 188
Asie	6,8	127	3,1	472	3,5	599
Océanie et Amériques	1,8	33	1,7	259	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	23,1	432	8,5	1 293	10,1	1 725
Mali	11,8	221	2,6	403	3,7	624
Afghanistan	9,9	185	4,1	622	4,7	807
Cameroun	9,5	177	3,3	508	4,0	685
Algérie	8,6	160	18,9	2 871	17,7	3 031
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	39,0	647	51,2	6 009	49,7	6 656
Situation irrégulière	61,0	1 014	48,8	5 734	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	22,9	369	21,3	2 222	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	39,5	725	36,1	4 990	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	25,8	474	23,5	3 248	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	12,3	225	13,8	1 914	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	19,5	358	21,8	3 015	21,5	3 373
≥ 10 ans	2,9	54	4,8	669	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	2,6	43	7,8	900	7,1	943
Hébergé	69,0	1 146	64,2	7 448	64,8	8 594
Squat ou campement	3,3	55	6,0	697	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	24,3	403	21,0	2 435	21,4	2 838
Autre situation	0,8	13	1,0	121	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	29,4	471	28,3	2 953	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	17,5	161	24,7	1 787	23,9	1 948
Droits non ouverts	82,5	757	75,3	5 459	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
671	3,9	841	550	15	0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, dentaire, psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	30,4	204	36,3	5 956	36,0	6 160
Âge moyen (années)	30,2		33,7		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	21,1	141	9,4	1 540	9,9	1 681
18-29 ans	33,2	222	33,0	5 406	33,0	5 528
30-39 ans	21,3	142	28,7	4 706	28,4	4 848
40-49 ans	11,7	78	15,2	2 487	15,0	2 565
≥ 50 ans	12,7	85	13,7	2 249	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	86,6	581	97,9	16 080	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	18,1	121	7,8	1 283	8,2	1 404
Europe (hors UE)	10,1	68	9,5	1 563	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	31,9	214	39,6	6 501	39,3	6 715
Maghreb	16,1	108	31,4	5 147	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	19,9	133	6,4	1 055	6,9	1 188
Asie	2,7	18	3,5	581	3,5	599
Océanie et Amériques	1,2	8	1,7	284	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Afghanistan	17,3	116	4,2	691	4,7	807
France	13,4	90	2,1	342	2,5	432
Maroc	9,7	65	5,7	929	5,8	994
Guinée	7,6	51	4,8	787	4,9	838
Algérie	5,1	34	18,2	2 997	17,7	3 031
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	92,3	490	47,9	6 166	49,7	6 656
Situation irrégulière	7,7	41	52,1	6 707	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	51,1	191	20,5	2 400	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	24,6	96	36,8	5 619	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	30,0	117	23,6	3 605	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	21,0	82	13,5	2 057	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	20,5	80	21,5	3 293	21,5	3 373
≥ 10 ans	3,8	15	4,6	708	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	16,4	72	6,8	871	7,1	943
Hébergé	74,0	325	64,5	8 269	64,8	8 594
Squat ou campement	9,1	40	21,8	2 798	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	0,0	0	5,9	752	21,4	2 838
Autre situation	0,5	2	1,0	132	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	6,7	29	29,2	3 395	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	54,8	240	22,1	1 708	23,9	1 948
Droits non ouverts	45,2	198	77,9	6 018	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
841	4,9	769	0	122	18

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	26,8	225	36,5	5 935	36,0	6 160
Âge moyen (années)	31,1		33,7		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	12,1	101	9,7	1 580	9,9	1 681
18-29 ans	41,1	344	32,6	5 284	33,0	5 528
30-39 ans	24,6	206	28,6	4 642	28,4	4 848
40-49 ans	12,7	106	15,2	2 459	15,0	2 565
≥ 50 ans	9,6	80	13,9	2 254	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	96,7	813	97,5	15 848	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,2	35	8,4	1 369	8,2	1 404
Europe (hors UE)	3,6	30	9,9	1 601	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	28,7	241	39,9	6 474	39,3	6 715
Maghreb	58,1	489	29,3	4 766	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	4,3	36	7,1	1 152	6,9	1 188
Asie	0,7	6	3,7	593	3,5	599
Océanie et Amériques	0,5	4	1,8	288	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	26,5	223	17,3	2 808	17,7	3031
Tunisie	21,3	179	5,3	862	6,1	1041
Maroc	8,9	75	5,7	919	5,8	994
Guinée	5,7	48	4,9	790	4,9	838
Congo-Brazzaville	3,8	32	1,1	179	1,2	211
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	49,6	365	49,7	6 291	49,7	6 656
Situation irrégulière	50,4	371	50,3	6 377	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	16,0	86	21,7	2 505	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	48,7	367	35,8	5 348	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	27,1	204	23,6	3 518	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	9,2	69	13,9	2 070	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	12,1	91	22,0	3 282	21,5	3 373
≥ 10 ans	2,9	22	4,7	701	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	9,3	69	7,0	874	7,1	943
Hébergé	74,8	557	64,2	8 037	64,8	8 594
Squat ou campement	1,6	12	5,9	740	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	13,3	99	21,9	2 739	21,4	2 838
Autre situation	1,1	8	1,0	126	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	28,6	181	28,4	3 243	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	30,3	118	23,5	1 830	23,9	1 948
Droits non ouverts	69,7	271	76,5	5 945	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
3 046	17,8	2 700	0	921	3 684

Consultations spécialisées pratiquées au centre : prévention DSSR, DASEM, cardiologie, psychologie/psychiatrie, dermatologie, ophtalmologie/opticien (dentaire via bus social dentaire)

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	41,0	1 248	35,0	4 912	36,0	6 160
Âge moyen (années)	34,9		33,3		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	4,8	146	11,0	1 535	9,9	1 681
18-29 ans	31,0	945	33,4	4 683	33,0	5 528
30-39 ans	34,9	1 061	27,0	3 787	28,4	4 848
40-49 ans	17,3	527	14,5	2 038	15,0	2 565
≥ 50 ans	12,0	365	14,1	1 969	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	99,6	3 033	97,0	13 628	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	6,5	198	8,6	1 206	8,2	1 404
Europe (hors UE)	1,3	41	11,3	1 590	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	60,6	1 846	34,7	4 869	39,3	6 715
Maghreb	15,8	480	34,0	4 775	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	5,2	158	7,3	1 030	6,9	1 188
Asie	8,0	243	2,5	356	3,5	599
Océanie et Amériques	2,6	80	1,5	212	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Côte d'Ivoire	30,8	937	5,6	788	10,1	1 725
Algérie	10,6	322	19,3	2 709	17,7	3 031
Mali	9,5	289	2,4	335	3,7	624
Cameroun	7,1	217	3,3	468	4,0	685
Inde	5,3	160	0,1	15	1,0	175
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	25,3	561	54,5	6 095	49,7	6 656
Situation irrégulière	74,7	1 655	45,5	5 093	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	6,4	140	24,8	2 451	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	38,2	1 109	36,1	4 606	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	24,1	699	23,7	3 023	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	12,1	350	14,0	1 789	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	21,1	613	21,6	2 760	21,5	3 373
≥ 10 ans	4,5	132	4,6	591	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	3,1	68	7,9	875	7,1	943
Hébergé	67,1	1 480	64,4	7 114	64,8	8 594
Squat ou campement	8,3	182	5,2	570	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,4	449	21,6	2 389	21,4	2 838
Autre situation	1,2	27	1,0	107	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	44,6	910	25,1	2 514	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	13,6	163	25,6	1 785	23,9	1 948
Droits non ouverts	86,4	1 039	74,4	5 177	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
455	2,7	440	0	392	602

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	34,7	158	36,1	6 002	36,0	6 160
Âge moyen (années)	39,2		33,4		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	6,4	29	10,0	1 652	9,9	1 681
18-29 ans	23,3	106	33,3	5 522	33,0	5 528
30-39 ans	30,2	137	28,4	4 711	28,4	4 848
40-49 ans	13,4	61	15,1	2 504	15,0	2 565
≥ 50 ans	26,7	121	13,3	2 213	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	98,7	449	97,4	16 212	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,1	41	8,2	1 363	8,2	1 404
Europe (hors UE)	17,9	81	9,3	1 550	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	23,8	108	39,7	6 607	39,3	6 715
Maghreb	45,7	207	30,4	5 048	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	2,0	9	7,1	1 179	6,9	1 188
Asie	0,9	4	3,6	595	3,5	599
Océanie et Amériques	0,7	3	1,7	289	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	32,1	146	17,3	2 885	17,7	3 031
Maroc	9,2	42	5,7	952	5,8	994
Géorgie	7,0	32	2,1	347	2,2	379
Cameroun	6,2	28	3,9	657	4,0	685
Roumanie	4,0	18	2,5	418	2,6	436
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	41,0	151	49,9	6 505	49,7	6 656
Situation irrégulière	59,0	217	50,1	6 531	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	5,5	18	21,9	2 573	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	29,0	126	36,7	5 589	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	18,9	82	23,9	3 640	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	18,9	82	13,5	2 057	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	27,9	121	21,3	3 252	21,5	3 373
≥ 10 ans	5,3	23	4,6	700	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,9	21	7,1	922	7,1	943
Hébergé	64,7	229	64,8	8 365	64,8	8 594
Squat ou campement	5,9	21	5,7	731	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,0	78	21,4	2 760	21,4	2 838
Autre situation	1,4	5	1,0	129	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	21,7	74	28,6	3 350	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	30,0	74	23,7	1 874	23,9	1 948
Droits non ouverts	70,0	173	76,3	6 043	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

ACTIVITÉ 2022

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 213	7,1	1 441	0	26	990

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Ville		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	38,3	464	35,9	5 696	36,0	6 160
Âge moyen (années)	31,3		33,7		33,6	
Classes d'âge						
< 18 ans	14,7	177	9,5	1 504	9,9	1 681
18-29 ans	36,3	439	32,7	5 189	33,0	5 528
30-39 ans	22,7	274	28,9	4 574	28,4	4 848
40-49 ans	14,6	176	15,1	2 389	15,0	2 565
≥ 50 ans	11,8	142	13,8	2 192	13,7	2 334
Ressortissants étrangers	96,8	1 174	97,5	15 487	97,5	16 661
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	8,2	99	8,2	1 305	8,2	1 404
Europe (hors UE)	13,6	165	9,2	1 466	9,6	1 631
Afrique subsaharienne	36,6	443	39,5	6 272	39,3	6 715
Maghreb	24,8	300	31,2	4 955	30,8	5 255
Proche et Moyen-Orient	11,6	141	6,6	1 047	6,9	1 188
Asie	3,0	36	3,5	563	3,5	599
Océanie et Amériques	2,3	28	1,7	264	1,7	292
Nationalités les plus représentées						
Algérie	17,6	214	17,7	2 817	17,7	3 031
Afghanistan	9,7	118	4,3	689	4,7	807
Guinée	8,6	104	4,6	734	4,9	838
Géorgie	5,6	68	2,0	311	2,2	379
Nigeria	4,8	58	2,9	454	3,0	512
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	69,7	699	48,0	5 957	49,7	6 656
Situation irrégulière	30,3	304	52,0	6 444	50,3	6 748
Demandeurs d'asile ¹	42,7	368	19,9	2 223	21,5	2 591
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	44,0	485	35,9	5 230	36,5	5 715
[3 mois-12 mois [	23,5	259	23,8	3 463	23,8	3 722
[1 an-3 ans [	10,4	115	13,9	2 024	13,7	2 139
[3 ans-10 ans [	17,7	195	21,8	3 178	21,5	3 373
≥ 10 ans	4,4	48	4,6	675	4,6	723
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,9	69	7,1	874	7,1	943
Hébergé	61,5	612	65,1	7 982	64,8	8 594
Squat ou campement	5,3	53	5,7	699	5,7	752
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,1	250	21,1	2 588	21,4	2 838
Autre situation	1,1	11	1,0	123	1,0	134
Besoin d'une domiciliation administrative	19,6	173	29,1	3 251	28,4	3 424
Droits à la couverture maladie ²						
Droits ouverts	24,5	142	23,8	1 806	23,9	1 948
Droits non ouverts	75,5	438	76,2	5 778	76,1	6 216

¹ Parmi les ressortissants étrangers ayant répondu (non-réponses exclues)

² Parmi les personnes éligibles à la couverture maladie

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

Le CREAI-ORS Occitanie, la Direction des opérations France, la Direction Santé Plaidoyer de Médecins du Monde.

COORDINATION

Valérie Brunel, référente rédaction de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction Santé Plaidoyer ; **Anne Tomasino** chargée de projet à l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction des opérations France.

ANALYSE DES DONNÉES

Cécile Gaboret – Chargée de projets, service informatique, Médecins du Monde

Adeline Beaumont – Statisticienne, CREAI-ORS Occitanie

Alexandre Durel – Chargé d'études, CREAI-ORS Occitanie

Thibaud Bouillie – Informaticien, CREAI-ORS Occitanie

CONTRIBUTION ÉCRITE

Édito : Dr Florence Rigal

Rapport : Valérie Brunel, référente rédaction de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Direction Santé Plaidoyer ; **Aurore Camier**, référente épidémiologiste, Direction Santé Plaidoyer ; **Marion Mottier**, référente santé, Direction des opérations France.

Chapitre 5 – « L'inconcevable recul de l'accès aux soins des personnes en situation administrative irrégulière » : **Nadège Drouot**, coordinatrice régionale Lorraine; **Agnès Gillino**, coordinatrice générale Nice; **Christian Reboul**, référent migration, droits & santé; **Valérie Brunel**.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord à toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également **tous les acteurs bénévoles et salariés** des programmes MdM en France qui participent aux recueils de données, témoignages et analyses ainsi que les équipes de la Direction des opérations France et de la Direction Santé Plaidoyer sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

Pour leur relecture :

Irène Aboudaram, Sébastien Bechereau, Christian Bensimon, Camille Boittiaux, Aurore Camier, Theo Campbell, Caroline Courtois, Nadège Drouot, Émilie Dubuisson, Agnès Gillino, Maiwenn Henriquet, Marie Laluque, Orane Lamas, Antoine Lazarus, Marion Mottier, Stéphanie Nguengang Wakap, Sandrine Simon, Anne Tomasino.

Pour la coordination graphique : Thomas Flamerion

AVEC LE SOUTIEN

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL).

ISSN : 1776-2510
Dépôt légal : octobre 2023

MÉDECINS DU MONDE

Direction des opérations France et Direction Santé Plaidoyer –
Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
84 avenue du Président Wilson
93210 La Plaine-Saint-Denis
Tél : 01 44 92 15 15
pole-ope.dof@medecinsdumonde.net
et PoleRechercheApprentissages@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique :

CommeQuoi ? www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture :

Valérie Brunel
Pauline De Smet
Thomas Flamerion

Photo :

Couverture : © Anaïs Oudart
Page 3 : © Marie Pierson

**Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS)
et de la Délégation interministérielle à l'hébergement
et à l'accès au logement (Dihal)**

EN COLLABORATION AVEC



**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**